



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 482/1420 - ASÍ COMENZÓ TODO

E. Garrido López<sup>1</sup>, M. Rodríguez García<sup>2</sup>, A. Páramo Aguado<sup>3</sup> y R. Escudero González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armunia. León. <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armunia. León. <sup>3</sup>Enfermero. Hospital Virgen del Mirón. Soria.

## Resumen

**Descripción del caso:** 15 de marzo de 2020, son las 23: 00h, en nuestro punto de atención continuada (PAC), aviso desde una residencia socio-sanitaria. Varón de 91 años ha comenzado a emitir sangre oscura por la cavidad oral. No nos proporcionan más datos. En la historia clínica consta alergia a metamizol, hipertensión arterial, fibrilación auricular (anticoagulada con acenocumarol), portador de marcapasos y deterioro cognitivo moderado.

**Exploración y pruebas complementarias:** A nuestra llegada se encuentra en decúbito supino en la cama, con restos hemáticos en posos de café y contenido sanguinolento fresco en cavidad oral, consciente, semiorientado y poco colaborador. La cuidadora niega que tuviera tos. Auscultación: arrítmico a 90 lpm, murmullo vesicular globalmente disminuido, crepitantes en base derecha. Abdomen: blando, depresible, dolor a la palpación en epigastrio, no se palpan masas ni megalias, no defensa, ruidos conservados. Extremidades inferiores: sin alteraciones. Tacto rectal normal. TA: 147/74, SatO<sub>2</sub> 92%, temperatura axilar 38,5 °C. Administramos paracetamol 1 g, metoclopramida 1 mg y 500 cc de suero fisiológico intravenosos. Trasladamos en soporte vital básico a urgencias hospitalarias. Se descarta realizar procedimientos invasivos y es dado de alta. Analítica en urgencias con anemia (Hb 11,7), leucopenia (4,0) y PCR 67,4.

**Orientación diagnóstica:** Dos días más tarde es derivado desde el PAC, en esta ocasión por disnea y fiebre. La analítica muestra anemia, linfopenia (0,54), dímero D 1.302, fibrinógeno 540, INR 2,60, TP 26%, PCR 130. Gasometría arterial: PO<sub>2</sub> 58,7%, pH 7,5, PCO<sub>2</sub> 32,9%. Radiografía de tórax: borrosidad de la trama broncovascular con opacidades reticulares y focos de consolidación en campo superior de hemitórax izquierdo y base pulmonar derecha. PCR positiva para SARS-CoV-2. Ingresa, falleciendo cinco días después.

**Diagnóstico diferencial:** Hemorragia digestiva alta (HDA). Infección respiratoria con hemoptisis. Tromboembolismo pulmonar (TEP).

**Comentario final:** Posiblemente se trataran de ambas patologías concomitantes, HDA y neumonía por COVID-19. Actualmente, sabemos que el SARS-CoV-2 (al igual que el tipo 1) puede provocar alteraciones en la cascada de la coagulación, desencadenando fenómenos trombóticos. Sin embargo, complicaciones tales como el sangrado son muy infrecuentes.

## Bibliografía

1. Iba T, Levy JH, Levi M, Thachil J. Coagulopathy in COVID-19. *J Thromb Haemost.* 2020;18:2013-9.
2. Berlin DA, Gulick RM, Martinez FJ. Severe COVID-19. *NEJM.* 2020.

**Palabras clave:** Coagulación. Coronavirus. Neumonía.