



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 482/1087 - NO PERMITAMOS QUE LOS ÁRBOLES NOS IMPIDAN VER EL BOSQUE

M. Jaume Calafat<sup>1</sup> y M. Herreras<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sant Agustí-Cas Català. Palma de Mallorca. Islas Baleares. <sup>2</sup>Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sant Agustí-Cas Català. Palma de Mallorca. Islas Baleares.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 18 años, sin antecedentes de interés y de vacaciones en Mallorca desde hace 6 días, que acude a Urgencias del centro de salud por odinofagia de aproximadamente 24 horas de evolución, sensación distérmica y fiebre termometrada (máxima Tº 39,5 °C). Niega otra sintomatología acompañante.

**Exploración y pruebas complementarias:** Tº: 38,9 °C, Sat. O2: 98%AA. Buen estado general. Taquicárdico, tonos rítmicos sin soplos audibles. Eupneico, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Orofaringe congestiva con exudados amigdalares bilaterales. Adenopatías laterocervicales bilaterales de pequeño tamaño, dolorosas, no adheridas a planos profundos. Tratamiento con amoxicilina 500 mg cada 8 horas durante 7 días, dexketoprofeno 25 mg cada 8 horas, normas de reconsulta, así como síntomas y/o signos de alarma. El paciente reaccide a las 24 horas por persistencia de fiebre, aparición de tos con expectoración verdo-rosácea e importante disnea. SatO2: 79%AA. Tonos rítmicos sin soplos. Taquipneico con presencia de crepitantes bibasales. No tiraje ni uso musculatura accesoria. Se inicia oxigenoterapia a 3L, administración salbutamol en cámara y contacto con 061 para traslado hospitalario. Analítica: leucocitos 18.300/uL (N83%, L7%), Hb 11,1 mg/dL, plaquetas 178.000, TP 74%, LDH 285 U/L, PCR 8,78 mg/dL, dímero D 381 ng/ml. PCR rápida SARS-CoV-2, orofaríngea, rectal negativa. Rx tórax: infiltrados alveolointersticiales bilaterales extensos predominio en bases. TAC: afectación pulmonar bilateral parcheada. Ganglios hiliares bilaterales. A valorar etiología infecciosa, intersticial, sarcoidosis, colagenosis o hemorragia pulmonar. Serologías negativas. Estudio autoinmune negativo. Lavado broncoalveolar: frotis muy hemático con presencia de numerosos siderófagos.

**Orientación diagnóstica:** Neumonía por SARS-CoV-2.

**Diagnóstico diferencial:** Neumonía por CMV, neumonía por VEB, TBC miliar, neumonía por *P. jirovecii*.

**Comentario final:** Nos estamos enfrentando mundialmente a la mayor emergencia de salud pública desde hace décadas, pero mientras luchamos no debemos olvidar que siguen existiendo otras patologías que se están viendo eclipsadas e incluso confundidas con coronavirus. Este caso quiere poner de manifiesto un ejemplo de ello; parecía muy poco probable imaginar un diagnóstico diferencial que no fuera neumonía por SARS-CoV-2, dado que la clínica e imágenes eran muy

similares. Sin embargo, se trataba de hemosiderosis pulmonar idiopática, entidad extremadamente rara de etiología desconocida.

### **Bibliografía**

1. Ramírez MIO, et al. Hemosiderosis pulmonar idiopática en un adulto joven. Hallazgos de autopsia. Archivos de Bronconeumología. 2010;46(10):565-7.

**Palabras clave:** COVID-19. Infiltrados alveolointersticiales. Hemosiderosis pulmonar idiopática.