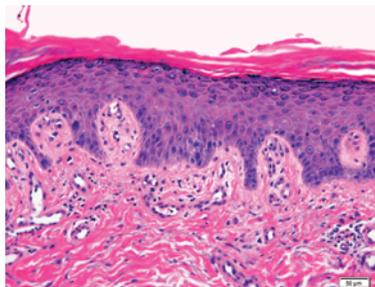
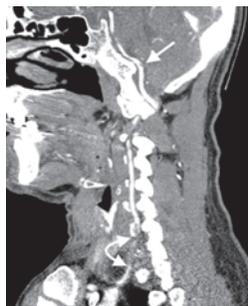


# CASO CASO



SaludMadrid

Hospital Universitario  
12 de Octubre



**EXPERIENCIAS CLÍNICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL  
HOSPITAL 12 DE OCTUBRE DE MADRID**

**EDITORES**

**M. Lorena Castro Arias  
Ana Morla Sánchez  
Luis Pérez Ordoño  
Juan Vila Santos**

# No todo lo que parece COVID lo es

Marta Torres Arrese

## + ANTECEDENTES PERSONALES

- Alergia estacional con rinoconjuntivitis.
- Episodios de bronquitis aguda en la infancia que requirieron terapia con inhaladores.
- Tratamiento habitual: ninguno.

## + ENFERMEDAD ACTUAL

Varón de 38 años que acude al Servicio de Urgencias por un cuadro de tres días de evolución de **disnea progresiva** de moderados esfuerzos asociado a dolor torácico en hemitórax izquierdo, que aumenta con la respiración y no se irradia. Asocia fiebre de 39°C sin tiritona. Niega tos, pero sí ha presentado algún esputo hemoptoico.

Se interroga al paciente por sintomatología adicional de enfermedad por coronavirus, dada la situación epidemiológica en ese momento, con una muy alta incidencia, negando la presencia de diarrea, ageusia, cefalea o anosmia.

## + EXPLORACIÓN FÍSICA

Tª 39,5°C, FC 93 lpm, FR 14 rpm sin uso de musculatura accesoria, Sat O<sub>2</sub> basal 98%, peso 78 kg, altura 1,78 m.

Paciente consciente y orientado. Eupneico al habla.

No presenta ingurgitación venosa yugular.

Auscultación cardíaca: latido de la punta fuerte con ruidos cardíacos rítmicos y sin soplos.

Auscultación pulmonar: **disminución del murmullo vesicular** en la base izquierda junto con crepitantes.

Extremidades inferiores: no presenta datos de TVP.

## + PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- **Analítica sanguínea** (Tabla 1).
- **ECG** (Fig.1): ritmo sinusal a 65 lpm, sin alteraciones en la conducción ni en la repolarización.
- **Radiografía de tórax**: infiltrado en lóbulo inferior izquierdo (LII) asociando derrame pleural ipsilateral (Figs. 2 y 3).
- **Ecografía clínica**:
  - La **ecografía pulmonar** se realiza bajo el protocolo de Volpicelli modificado, que incluye siete zonas de exploración por cada hemitórax (Fig. 4). Se evidencian infiltrados pulmonares bilaterales en la región posteroinferior (zona 5 bilateral) de morfología triangular, siendo de mayor tamaño el del lado izquierdo, que corresponde al infiltrado objetivado en la radiografía de tórax. Están rodeados de líneas B asimétricas y asocia derrame pleural de características anecoicas en el lado izquierdo (Figs. 5, 6 y 7).

**TABLA 1. Análítica sanguínea.****Bioquímica**

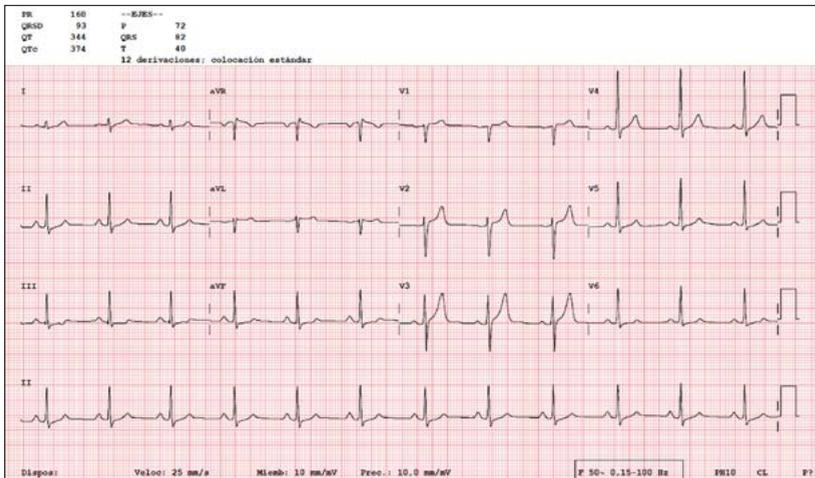
Glucosa 100 mg/dl, Creatinina 1,08 mg/dl, Sodio 138 mEq/L, Potasio 4,41 mEq/L, Cloro 100,6 mEq/L, Proteínas totales 7,3 g/dl, Albúmina 3,5 g/dl  
 ALT 20 U/L, AST 23 U/L, Gamma-GT 15 U/L, Fosfatasa alcalina 53 U/L, LDH 294 U/L, Bilirrubina 0,43 mg/dl, **Proteína C Reactiva 11,31 mg/dl**, CK 67 U/L, Troponina T hs 5,12 ng/L, NT-proBNP 45 pg/ml

**Hematología**

Hematíes  $4,36 \times \text{mill}/\mu\text{l}$ , Hemoglobina 13,9 g/dl, Hematocrito 40,9%, VCM 93,9 fl, HCM 31,9 pg, CHCM 34 g/dl, RDW 13%, Plaquetas  $341 \times 1.000/\mu\text{l}$ , VPM 7,1 fl, Leucocitos  $9,5 \times 1.000/\mu\text{l}$  [Neutrófilos  $7,4 \times 1.000/\mu\text{l}$  (78,1%), Linfocitos  $1 \times 1.000/\mu\text{l}$  (10,7%), Monocitos  $0,9 \times 1.000/\mu\text{l}$  (9,7%), Eosinófilos  $0,1 \times 1.000/\mu\text{l}$  (0,7%), Basófilos  $0,1 \times 1.000/\mu\text{l}$  (0,8%)]

**Hemostasia**

Actividad de protrombina 70%, INR 1,26, TTPa 28,2 sec, Fibrinógeno (derivado) 908 mg/dl, **Dímeros D 4.980 ng/ml**



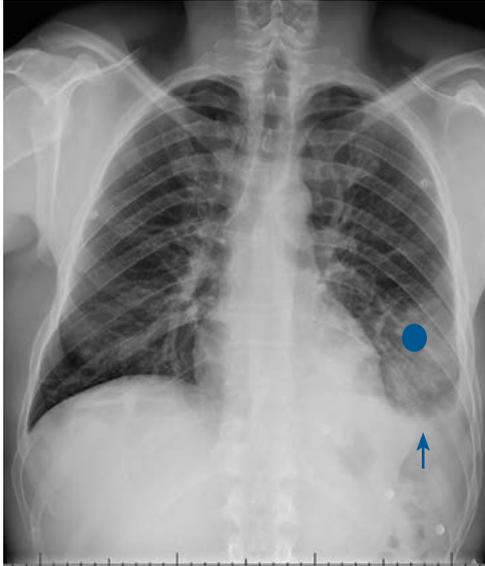
**Figura 1.** Electrocardiograma.

Ante estos hallazgos en la ecografía pulmonar, se reorientó el diagnóstico de neumonía COVID a la posibilidad de infarto pulmonar secundario a TEP, por lo que se continuó el estudio a pie de cama con ecografía doppler de miembros inferiores.

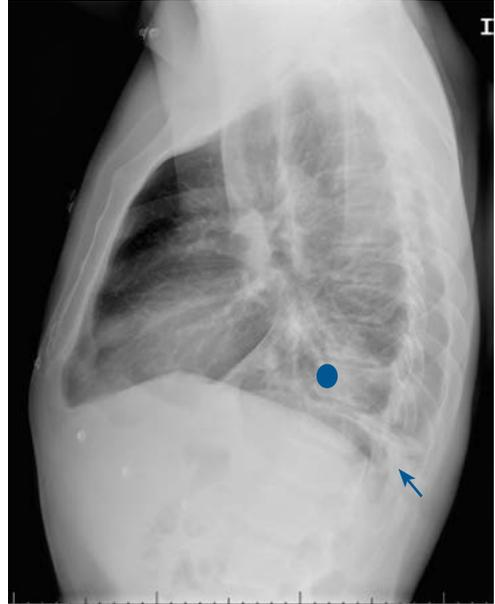
– **Ecografía doppler de miembros inferiores:** se objetiva en miembro inferior derecho, a nivel de la vena

femoral común en su porción distal, ausencia de compresibilidad parcial y contenido progresivamente más ecogénico que se continúa en la vena femoral superficial. Los hallazgos sugieren una TVP de la vena femoral superficial derecha e inicio de la vena femoral común.

• **Angio-TC de arterias pulmonares:** defectos de repleción compatibles con trombos agudos centrales, que



**Figura 2.** Radiografía de tórax proyección posteroanterior: infiltrado pulmonar en lóbulo inferior izquierdo (*círculo*) y derrame pleural en seno costofrénico lateral izquierdo (*flecha*).



**Figura 3.** Radiografía de tórax proyección lateral: infiltrado pulmonar en lóbulo inferior izquierdo (*círculo*) y pinzamiento del seno costofrénico lateral en relación con derrame pleural (*flecha*).

afectan en el pulmón derecho al lóbulo superior, lóbulo medio e interlobar inferior, con extensión a varias ramas segmentarias de las pirámides basales y en el pulmón izquierdo a la

lobar inferior y ramas segmentarias. No se aprecian signos de sobrecarga hemodinámica de cavidades dere-



**Figura 4.** Puntos de exploración en el protocolo de Volpicelli modificado.