CC-10 Un imitador desenmascarado.

Cano Llorente, V (1,2). Corral Lardiés, C (3). Soto San Roman, B (2)

- 1. Servicio de Medicina Interna. Sección Infecciosas. Hospital Virgen de la Salud, Toledo
- 2. Servicio de Medicina interna. Hospital Quiron 3 culturas. Toledo.
- 3. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Caso clinico:

Varon, 44 años, sin antecedentes. Vacunacion incompleta. Ingreso por cuadro catarral de 8 días de evolución. Refiere tos, mialgias, fiebre elevada. Test Ag positivo 48 horas antes. Confirmado por PCR.

EF: Crepitantes secos bilaterales basales. Tos. Sat basal 93%.

Analitica: Linfocitos totales 730 mil/mm3. PCR 20 mg/dl (N inf 0.5):

Rx torax: Infiltrados bilaterales multiples perihiliares en vidrio deslustrado de predominio periferico. (fig 1)

Al ingreso se inicia tratamiento con Dexametasona 6mg. El paciente inicialmente se estabiliza con mejoría clinica, desaparición de la fiebre, pero persistencia de las necesidades de oxigeno por desaturación con el esfuerzo. A partir del día 6º de ingreso comienza a presentar nuevamente fiebre y deterioro respiratorio. Coincidiendo con el deterioro, refiere molestias gástricas tipo reflujo. Aparición de lesiones yugales (que presentaba previamente pero menos floridas) claramente candidiasicas. El paciente además comenta clínica de diarrea persistente, liquida, de unos "meses" de duración, con episodios incluso nocturnos, continua. Se sospecha en ese momento la posibilidad de un segundo patógeno. Se realizan 2 pruebas diagnósticas y se inicia, de manera empírica, tratamiento antibiótico específico, junto con modificación de la pauta esteroidea. (fig 2) El paciente empeora durante las siguientes 24 horas precisando inicio de GNAF y finalmente IOT. Una vez en UCI, se confirman las sospechas diagnósticas y se continúa el tratamiento, asociando otros tratamientos orientados al cuadro.

Discusión:

Se trata de un caso de "neumonía COVID19" con la presentación temporal y clínica habituales. Sin embargo, el curso clínico posterior no fue el esperado en cuanto a evolución, persistiendo el deterioro respiratorio de una manera mucho más lenta y asociando otras alteraciones clínicas que no suelen presentarse en la neumonía viral "pura", incluso en aquellos pacientes que llegan a precisar VM. El paciente presentaba además un cuadro subagudo sin estudio etiológico realizado que sugería una inmunodepresión subyacente. Se realizó serología VIH, que resultó positiva, se sospechó Pneumocystis jirovecci como agente causal del deterioro clínico y de la progresión radiológica en el TAC, y se inició tratamiento con Trimetroprim/sulfametoxazol + metilprednisolona, fluconazol (por la candidiasis, con sospecha de afectación esofagica), y TAR en el 8ºdía. Se confirmaron posteriormente tanto el virus como el hongo en BAS. Tras el inicio del TMT/SMX el paciente mejora desapareciendo la clínica respiratoria y permitiendose la extubación precoz y con buena evolución respiratoria posterior.

Con posterioridad se recibió el recuento linfocitario del paciente, con CD4<50uL/mm3.

Conclusion:

Es ampliamente conocida la asociación entre infecciones respiratorias virales y el desarrollo de infecciones secundarias bacterianas o fungicas, especialmente en pacientes con una inmunodepresión subyacente. Si bien se ha asociado fundamentalmente con "influenza", la posibilidad de coinfección en pacientes con SARSCOV2.19 se considera un problema emergente que se vigila especialmente. Dado que la PJP y la "COVID19" comparten muchas caracteristicas clínicas (infiltrados bilaterales multifocales difusos, hipoxemia severa), la coinfección por Pneumocystis puede pasar desapercibida y empeorar la gravedad de un proceso ya de por si severo. Debemos permanecer atentos a la posibilidad de coinfección por patógenos "atipicos" incluso en ausencia de inmunodepresión conocida, ya que su rapido diagnostico puede evitar una evolución fatal del proceso, asi como sospechar otras posibilidades diagnosticas asociadas ante un curso atipico de la enfermedad.

Figuras:

Figura 1 (Rx ingreso)





