

CC-3 Neumomediastino masivo y enfisema subcutáneo espontáneo en relación con neumonía COVID grave.

Pérez Rodríguez Andrea, Fernández Cotarelo M^a José, Hernández Puche Sonia, García Navazo Gema (2), Abellán Martínez Javier, Moreno Cuerda Víctor Julián. Servicio de Medicina Interna. Servicio Cuidados Intensivos (2). Hospital Universitario de Móstoles.

Varón de 51 años con antecedentes personales de alergia a metamizol y penicilina, asma bronquial con exacerbaciones frecuentes, SAHOS grave no usando CPAP prescrito y cuadro de poliartritis seronegativa en tratamiento con metotrexate y prednisona 5mg/día.

Acude a urgencias por clínica de infección respiratoria consistente en tos con expectoración verdosa y disnea; sin objetivarse infiltrado neumónico en la radiografía y presentando PCR SARS-COV-2 positiva, el paciente es dado de alta en tratamiento con moxifloxacino y prednisona. Ocho días después acude de nuevo por empeoramiento clínico presentando SatO₂:85% e infiltrados bilaterales en la radiografía, compatibles con neumonía grave por SARS CoV2. En analítica destaca linfopenia de 610/mcl, ferritina de 7617 ng/ml, LDH 786 U/l e IL6 de 29 U/l.

A su ingreso se inicia tratamiento con oxígeno, dexametasona y enoxaparina; no se inicia remdesivir por estar fuera de ventana temporal. En siguientes días empeoramiento clínico con aumento de las necesidades de oxígeno hasta precisar reservorio a 12 lpm, se inicia baricitinib que se suspende dos días después por hipertransaminasemia. A los tres días del ingreso refiere odinofagia que se interpreta en el contexto de probable muguet, ese mismo día el paciente presenta edema facial puesto en relación con posible reacción alérgica a tramadol. En la valoración del edema facial se puede comprobar presencia de crepitación en tejido celular subcutáneo de cuello, cara y tórax. Se realiza TAC torácico urgente (figura 1) que evidencia neumomediastino masivo, neumotórax izquierdo pequeño y dudoso derecho, enfisema subcutáneo en región cervical y torácica; así como afectación parenquimatosa pulmonar extensa en relación con neumonía. Ante este hallazgo y la mala evolución respiratoria el paciente es trasladado a UCI, se intenta mantener con cánulas de alto flujo pero ante

mala evolución se debe proceder a intubación orotraqueal (IOT) y ventilación mecánica. En cultivo realizado en el momento de IOT y coincidiendo con pico febril se cultiva *aspergillus flavus*, por lo que se realiza tratamiento con voriconazol. Tras 24 días de ingreso en UCI es trasladado a planta para recuperación. Tras veinte días más de ingreso en planta realizando tratamiento rehabilitación el paciente es dado de alta. Dos meses después presenta síndrome postCOVID consistente en disnea de esfuerzo a pesar de normalizar TAC torácico y secuelas en la marcha por polineuropatía de enfermo crítico.

