

## CC-6 ¿Si ya pasé la neumonía COVID19...por qué me vuelve a faltar el aire?

María Navarro de la Chica<sup>1</sup>, Andrea Silva Asiain<sup>2</sup>, Leticia Nair López Lara<sup>3</sup>, Sonia Casallo Blanco<sup>3</sup>, Ana Isabel Muñoz Ruiz<sup>3</sup>, Antonio Gallegos Polonio<sup>3</sup>, Moisés de Vicente Collado<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Residente de tercer año de Medicina Interna. <sup>2</sup>Residente de quinto año de Medicina Interna. <sup>3</sup>F.E.A Medicina Interna. <sup>4</sup>Jefe de Servicio de Medicina Interna.

Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina, Toledo.

Presentamos el caso de un paciente varón de 73 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial y diabetes mellitus. Ex fumador de un paquete al día. Síndrome de apnea hipopnea del sueño grave en tratamiento con CPAP.

Acude a urgencias por clínica respiratoria y fiebre desde hace ocho días, con un resultado de PCR SARSCoV2 positivo previo. Tras su valoración el paciente ingresó con diagnóstico de Neumonía bilateral por el virus SARSCoV2. Presentó rápido deterioro respiratorio precisando oxigenoterapia con alto flujo por lo que se le administró tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro, así como tratamiento inmunosupresor con corticoesteroides a altas dosis y Anakinra según protocolo COVID19 hospitalario en ese momento, con una duración de dos semanas. No precisó ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. Tras dicho tratamiento el paciente tuvo mejoría clínica y respiratoria significativa que permitió el alta domiciliaria.

Tras una semana reingresa por aparición de fiebre en domicilio, así como empeoramiento respiratorio. El paciente persistía con PCR SARSCoV2 positiva e infiltrados pulmonares bilaterales estables. Aunque inicialmente se planteó la posibilidad que fuese una persistencia del síndrome de distress respiratorio por dicho virus, dado el antecedente de hospitalización se realizó cobertura antibiótica pensando en sobreinfección bacteriana nosocomial. Sin embargo no tenía una buena respuesta a antibióticos. Finalmente se aislaron en esputo *Aspergillus fumigatus* y *Aspergillus flavus*. Se realizó TAC de tórax con contraste con hallazgo de infiltrados en vidrio deslustrado y nódulos pulmonares bilaterales con imagen de aspergiloma endocavitario. Por tanto tras los resultados de pruebas complementarias y la clínica del paciente compatible se realizó el diagnóstico de **Aspergilosis pulmonar asociada a COVID19** y se inició tratamiento con Voriconazol, con importante mejoría del paciente y resolución de la clínica.

En este caso la severidad de la neumonía COVID19 y el tratamiento inmunosupresor que precisó en planta pudieron ser factores predisponentes para la infección fúngica. Sin embargo, la Aspergilosis pulmonar se presenta como un reto diagnóstico en pacientes COVID19, ya que no son pacientes que presenten los factores de riesgo habituales y la presentación clínica puede variar ya que en muchos casos presentan afectación pulmonar por el virus.