

Marcos Fragiél<sup>1</sup>  
Jesús Canora Lebrato<sup>2</sup>  
Francisco Javier Candel<sup>3</sup>  
Antonio Zapatero Gaviria<sup>2</sup>  
Javier Marco Martínez<sup>1</sup>  
Juan González del Castillo<sup>4</sup>

## Diagnóstico diferencial de la neumonía en los tiempos del COVID-19

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid, España.

<sup>3</sup>Servicio de Microbiología Clínica. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

<sup>4</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital San Carlos. Madrid, España.

### Article history

Received: 8 June 2020; Accepted: 22 July 2020; Published: 3 August 2020

Sr. Editor: La abrupta aparición de casos provocados por la pandemia de COVID-19 ha condicionado la atención de los pacientes en los servicios de urgencias (SU) [1]. El cuadro clínico se caracteriza por fiebre y síntomas respiratorios, asociados a infiltrados pulmonares intersticiales en los casos más graves [2]. Durante estos meses, ante cualquier paciente con síntomas respiratorios ha sido obligado descartar infección por SARS-CoV-2 [3]. No obstante, existen otras etiologías de origen infeccioso que pueden presentarse con características clínicas, radiológicas e incluso analíticas similares, y que deben tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial [4, 5]. Más aún cuando el diagnóstico alternativo puede dar lugar a un manejo terapéutico diferente.

Se presenta el caso de una mujer de 32 años, sin antecedentes de interés, que acudió al SU por cuadro asteniforme con fiebre y disnea de dos semanas de evolución. En urgencias destacaban saturaciones basales en torno al 80%, frecuencia respiratoria de 22 rpm y crepitanes gruesos bilaterales en la auscultación pulmonar. Se realizó un análisis sanguíneo donde se objetivó linfopenia y elevación de proteína C reactiva, D-dímero y LDH. La radiografía de tórax (figura 1) mostró infiltrados intersticiales bilaterales. Dada la situación epidemiológica se solicitó una PCR de SARS-CoV-2 que resultó negativa. Aún así, considerando la alta sospecha clínica de infección por SARS-CoV-2, se inició tratamiento con hidroxiquina y lopinavir/ritonavir. Durante el ingreso hospitalario presentó al octavo día un empeoramiento clínico y radiológico (figura 2), por lo que se optó por iniciar tratamiento con esteroides a altas dosis (metilprednisolona 250 mg durante 3 días). No hubo mejoría clínica, requiriendo aumento de oxigenoterapia (reservorio a 15 lpm). Se solicitó

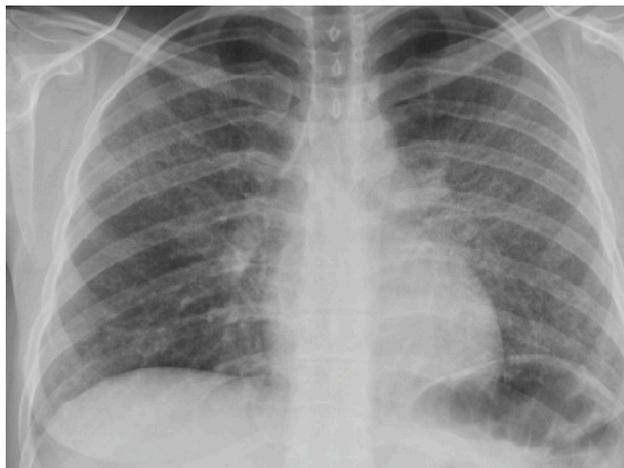
la determinación de IL-6 que resultó mayor de 40 pg/ml, por lo que se decidió iniciar tratamiento con tocilizumab. En los días sucesivos persistió el empeoramiento clínico. El D-dímero en ese momento era de 2.500 ng/mL, por lo que se realizó una tomografía computarizada de tórax con contraste donde no se objetivó tromboembolismo pulmonar y se constataron los infiltrados bilaterales. Ante este resultado y debido a la persistencia de reactantes inflamatorios elevados, se instauró tratamiento con anakinra.

Ante la ausencia de mejoría clínica, se reinterrogó a la paciente que refirió un síndrome constitucional de varios meses de evolución relacionado con deposiciones diarreas durante el último año, bicitopenia en estudio por hematología y múltiples parejas sexuales en la última década. Se comenzó en ese momento tratamiento con cotrimoxazol y prednisona, ante la sospecha de neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, y se solicitó serología de VIH que resultó positiva. Se realizó broncoscopia con lavado broncoalveolar con IFI positivo para *P. jirovecii* y PCR de SARS-CoV2 negativo. Se mantuvo el tratamiento médico instaurado y se inició tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA). La paciente presentó finalmente buena evolución clínica, siendo dada de alta tras 35 días de ingreso.

Con este caso queremos ejemplificar la importancia de realizar un adecuado diagnóstico diferencial, incluso durante una época de pandemia como la vivida, evitando errores diagnósticos iniciales que conducen a un error en la estrategia terapéutica inicial.

El TARGA ha supuesto un cambio en la historia natural de la infección por el VIH, siendo excepcionales en este momento que los pacientes tratados padezcan una infección oportunista [6]. Sin embargo, el diagnóstico tardío, cuando presentan menos de 350 linfocitos CD4/ $\mu$ L, ocurre en España en el 50% de los nuevos diagnósticos [7]. Las infecciones oportunistas continúan siendo, en estos pacientes con infección oculta, causa importante de morbilidad y mortalidad. Los SU debemos estar

Correspondencia:  
Juan González del Castillo  
Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos.  
Calle Profesor Martín-Lagos s/n, 28040 Madrid.  
Phone Number: (34) 91.330.37.50  
FAX Number: (34) 91.330.35.69  
E-mail: jgonzalezcast@gmail.com



**Figura 1** Radiografía de tórax al ingreso del paciente



**Figura 2** Radiografía de tórax al octavo día de ingreso hospitalario

atentos a ello cuando establecemos el diagnóstico diferencial de los pacientes [8].

Las características típicas de la neumonía por *P. jirovecii* son la presencia de fiebre, tos, disnea, hipoxemia e infiltrados bilaterales que se inician en las regiones parahiliares y progresan a las zonas apicales y periféricas. Pueden existir elevación de la LDH y linfopenia [9]. Constituye, por tanto, un cuadro difícilmente distinguible de la neumonía provocada por SARS-CoV-2. En este sentido, una anamnesis epidemiológica dirigida puede ser clave para establecer una sospecha clínica inicial. Además, no debemos olvidar que la mortalidad global de la neumonía por *P. jirovecii* en pacientes hospitalizados puede alcanzar del 15 al 20% [9].

Por otra parte, la prevalencia de neumonía como condición indicadora de infección por VIH es del 4-9%, y es aún más común (16%) en presentadores tardíos [10]. Estos datos aconsejan incluso la determinación serológica para el VIH de manera sistemática a todos los pacientes con neumonía.

En conclusión, la alta prevalencia de una enfermedad en momentos o entornos determinados puede condicionar el diagnóstico, pero no debemos olvidar que una buena historia clínica con atención a los detalles epidemiológicos son claves para establecer el diagnóstico certero, más allá de las determinaciones analíticas o las pruebas de imagen.

## FINANCIACIÓN

Los autores declaran que no han recibido financiación para la realización de este estudio.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

- Martín-Sánchez FJ, Valls Carbó A, López Picado A, Martínez-Valero C, Miranda JD, Leal Pozuleo JM et al. Impact of Spanish Public Health Measures on Emergency Visits and COVID-19 diagnosed cases during the pandemic in Madrid. *Rev Esp Quimioter.* 2020;33(4):274-277. doi:10.37201/req/053.2020
- Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med.* 2020;382(18):1708-1720. doi:10.1056/NEJMoa2002032
- Documento técnico. Manejo clínico del COVID-19: atención hospitalaria. Versión del 18 de junio de 2020. Consultado el 20 de Julio de 2020. Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Protocolo\\_manejo\\_clinico\\_ah\\_COVID-19.pdf](https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Protocolo_manejo_clinico_ah_COVID-19.pdf)
- Valle Borrego B, García Romo E, Olabarrieta Arnal I, Orizales Lago CM, Merino FJ. Emerging and imported diseases diagnosed in the emergency department of a hospital in Madrid. *Emergencias.* 2018;30:332-5.
- Trilla A. Flu transmission in emergency departments. *Emergencias.* 2018;30:5-6.
- Asensi-Diez R, Fernández-Cuerva C, Alcaraz Sánchez JJ, Muñoz-Castillo I. Diagnóstico al alta y causas de mortalidad de pacientes VIH+ ingresados en un hospital de tercer nivel. *Rev Esp Quimioter.* 2019;32(4):317-326.
- Vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA en España 2018. Actualización del 30 de Junio de 2019. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Consultado el 16 de Febrero de 2020 en [https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/Informe\\_VIH\\_SIDA\\_2019\\_21112019.pdf](https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/Informe_VIH_SIDA_2019_21112019.pdf)
- Esteve-Esteve M, Bautista-Rentero D, Zanón-Viguer V. Risk of influenza transmission in a hospital emergency department during the week of highest incidence. *Emergencias.* 2018;30:7-13.

9. Kato H, Samukawa S, Takahashi H, Nakajima H. Diagnosis and treatment of *Pneumocystis jirovecii* pneumonia in HIV-infected or non-HIV-infected patients-difficulties in diagnosis and adverse effects of trimethoprim-sulfamethoxazole. *J Infect Chemother.* 2019;25(11):920-924. doi:10.1016/j.jiac.2019.06.007
10. Tonsmiki F, Katchanov J, Driesch D, et al. The late-presenting HIV-infected patient 30 years after the introduction of HIV testing: spectrum of opportunistic diseases and missed opportunities for early diagnosis. *HIV Medicine* (2017), 18, 125-132. DOI: 10.1111/hiv.12403