

NOTA CLÍNICA

No es COVID todo lo que reluce

D. Durán Barata¹, B. Pintado Cort¹, C. Rodríguez Calle¹, R. Nieto Royo¹, I. Cano Pumarega¹,
C. Almonacid Sánchez²

¹Servicio de Neumología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Servicio de Neumología. Hospital de Toledo. Toledo.

Rev Patol Respir. 2021; 24(2): 83-85

Resumen

Se describe el caso de una paciente de 50 años que fue ingresada durante la pandemia de SARS-CoV-2 (COVID-19) por neumonía bilateral, atribuida a la infección por dicho virus. Sin embargo, tras realizar pruebas complementarias, se diagnostica una pieza dentaria localizada en fosa nasal como foco infeccioso del proceso. Se concluye con la necesidad de efectuar una correcta anamnesis para valorar otras posibles causas de neumonía durante la pandemia por SARS-CoV-2.

Palabras clave: Neumonía persistente; Diente ectópico; SARS-CoV-2; COVID-19.

ALL THAT GLITTERS IS NOT COVID**Abstract**

We describe the case of a 50-year-old patient who was admitted during the SARS-Cov-2 (COVID-19) pandemic for bilateral pneumonia, attributed to infection by this virus. However, after complementary tests, a tooth located in the nostril is diagnosed as an infectious focus of the process. It concludes with the need to carry out a correct anamnesis to assess other possible causes of pneumonia during the SARS-CoV-2 pandemic.

Key words: Persistent pneumonia; Ectopic tooth; SARS-Cov-2; COVID-19.

Introducción

La enfermedad por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) se observó por primera vez en Wuhan, provincia de Hubei (China), en diciembre de 2019, y fue declarada pandemia el 11 de marzo de 2020 por la Organización Mundial de la Salud¹. El espectro clínico de la infección por SARS-CoV-2 es amplio, y aunque un gran porcentaje de los infectados son asintomáticos o presentan síntomas leves-moderados, existe un porcentaje en torno al 15% que precisan ser hospitalizados y presentan neumonías graves, generalmente consistentes en opacidades bilaterales y periféricas en la radiografía de tórax².

Presentamos un caso de neumonía bilateral persistente en una paciente que se atribuyó a una infección por SARS-CoV-2 dada la situación epidémica. Aunque en esta situación es importante pensar en dicha infección, no podemos olvidarnos de otras posibles causas de neumonía persistente y realizar un buen diagnóstico diferencial.

Observación clínica

Presentamos el caso de una mujer de 50 años, original de Colombia, nunca fumadora y con antecedente de asma persistente grave y en estudio por posible síndrome de Sjögren, que acude al Servicio de Urgencias en abril de 2020 por clínica de un mes de evolución de fiebre elevada y expectoración marronácea, así como clínica de sinusitis. En la radiografía de tórax (Fig. 1) se observan extensas opacidades bilaterales, sugestivas de infección por SARS-CoV-2 dada la situación epidémica. En las pruebas de laboratorio, la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para el virus es negativa y en la analítica de sangre se observa elevación de LDH y afectación de perfil hepático, así como proteína C reactiva de 191 y leucocitosis con neutrofilia, sin linfopenia. De este modo, ingresa como alta sospecha de SARS-CoV-2, recibiendo tratamiento con hidroxiquina, corticoterapia sistémica según protocolo en ese momento, y ceftriaxona y azitromicina para cubrir posible sobreinfección bacteriana, sustituyéndose por

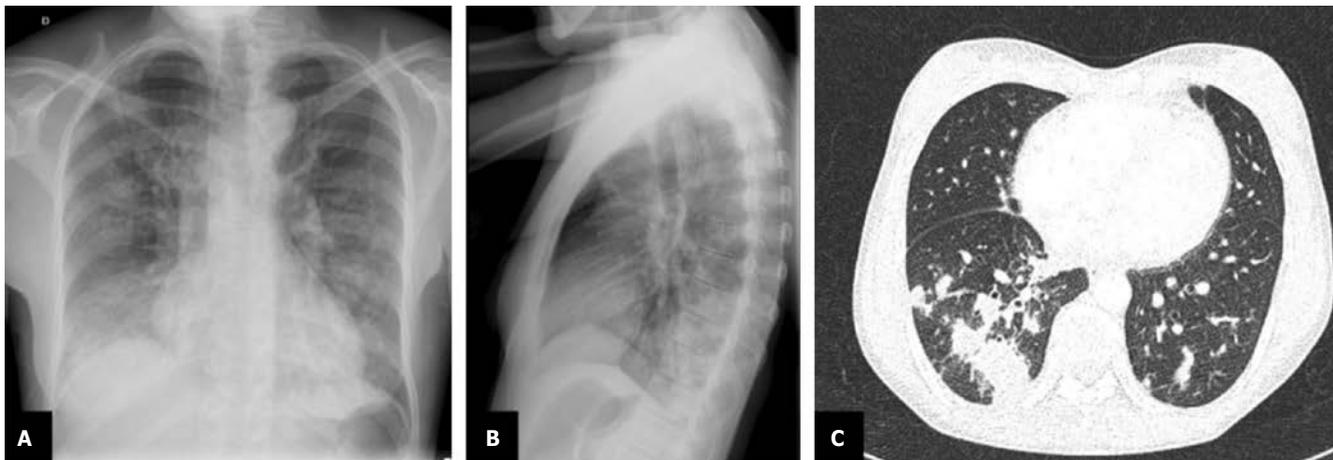


Figura 1. Radiografía: A) postero-anterior; B) lateral de tórax mostrando extensas opacidades bilaterales, sugestivas de infección por SARS-CoV-2. C) Corte axial de TC de tórax mostrando opacidades pulmonares peribroncovasculares en ambos lóbulos inferiores de nueva aparición y adenopatías hiliomedistínicas y broncovasculares.

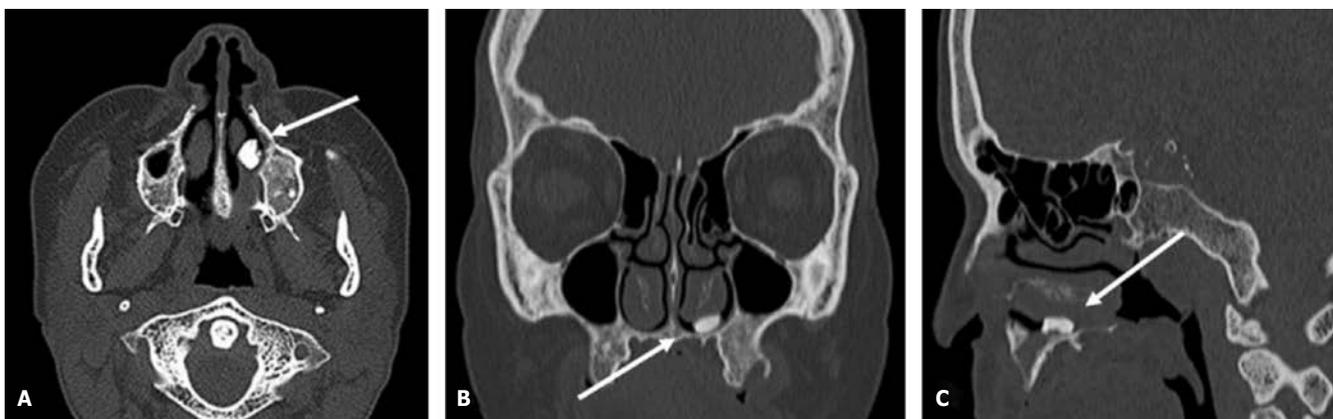


Figura 2. TC de senos en cortes A) sagital, B) coronal y C) transversal, mostrando una pieza dentaria en el interior de la fosa nasal (flecha).

amoxicilina-clavulánico por sedimento urinario patológico en paciente con buena respuesta previa en contexto de infección urinaria, así como cobertura de foco pulmonar. Durante el ingreso, debido a la persistencia de sospecha de infección por SARS-CoV-2, se repite PCR y se realiza serología frente al virus, siendo ambas negativas. Tras doce días de ingreso y dada la buena evolución clínica de la paciente, es dada de alta con tratamiento con amoxicilina/clavulánico y corticoterapia oral.

Tras finalización de pauta antibiótica en domicilio, presenta empeoramiento clínico progresivo con fiebre elevada por lo que ante fracaso tras finalización del tratamiento antibiótico ambulatorio, se ingresa a la paciente para tratamiento intravenoso. Inicialmente se pauta levofloxacino y ceftriaxona con posterior cambio a piperacilina/tazobactam por escasa mejoría clínica. En este contexto se repite la PCR de SARS-CoV-2, resultando negativa. Así mismo, se realizó ecocardiograma en el que se descartó posible endocarditis como foco infeccioso y tomografía computarizada (TC) de tórax (Fig. 1) en la que se observan opacidades pulmonares peribroncovasculares en ambos lóbulos inferiores de nueva aparición y adenopatías hiliomedistínicas y broncovasculares. Ante estos hallazgos, se realiza ecobroncoscopia. En las

muestras procesadas para citología y microbiología destaca el aislamiento de *Atopobium parvulum*, iniciándose tratamiento con amoxicilina-clavulánico según antibiograma, con desaparición de fiebre y mejoría clínica progresiva, con nuevo empeoramiento posterior tras finalización de ciclo antibiótico.

Por otro lado, dado que la paciente refería clínica de sinusitis crónica, se solicita TC de senos (Fig. 2), evidenciando un cuerpo extraño que parecía corresponder a una pieza dentaria en el interior de la fosa nasal. Tras extracción de pieza dentaria, se realiza radiografía de tórax de control en la que se observa mejoría de las opacidades pulmonares, por lo que se asume que este era el foco infeccioso causante del proceso, sin necesidad de volver a acudir al Servicio de Urgencias desde ese momento.

Discusión

Las infecciones de causa odontogénica se producen habitualmente a partir de microorganismos de la flora de la cavidad oral hacia otros tejidos. La entrada de estos microorganismos puede ocurrir de distintos lugares (tratamiento de

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de neumonía por SARS-CoV-2.

	COVID-19	Neumonía común	Otras neumonías virales
Patógenos	SARS-CoV-2	Bacteriana, <i>Mycoplasma</i>	Virus influenza A y B, parainfluenza, citomegalovirus, adenovirus y virus respiratoria sincitial
Síntomas iniciales	Fiebre y tos seca, diarrea	Obstrucción nasal, rinorrea	Fiebre alta, tos, mialgias
Exposiciones	Contacto con pacientes COVID-19	Invierno, niños	Invierno y primavera, niños
Laboratorio	PCR positiva para SARS-CoV-2, leucocitos normales o bajos, linfopenia, RFA aumentada	Elevación de RFA	PCR positiva para los virus descritos, linfocitosis
TC tórax	Estadios iniciales: <i>ground-glass</i> Estadios subagudo: consolidaciones, patrón en empedrado Estadios avanzados: lesiones exudativas difusas, fibrosis	Neumonía lobar, nódulos centrolobulillares, consolidaciones en parénquima	Inflamación intersticial, patrón reticular, edema localizado y atelectasias

COVID-19: coronavirus disease 2019; PCR: proteína C reactiva; RFA: reactantes de fase aguda.

la cavidad oral, diente cariado, gingivitis³, o como en este caso, diente ectópico).

La erupción de un diente ectópico intranasal es una entidad rara, que según distintas series, ocurre aproximadamente en el 0,1% de la población. Pueden encontrarse alojados en varias regiones, incluyendo el seno maxilar, cóndilo mandibular, coronoides, órbita y paladar, entre otros^{4,5}. En las fosas nasales, como el caso que nos ocupa, se considera que se trata de un diente supernumerario invertido que crece hacia el suelo de la fosa nasal, sin embargo, su etiología aún es incierta. Pueden presentar sintomatología muy variada y su identificación es importante ya que se asocian a complicaciones como epistaxis, rinorrea purulenta, dolor nasal y facial, absceso septal, fístulas orales, osteomielitis maxilar o, como en este caso, neumonías de repetición. La TC es la prueba de elección para confirmar el diagnóstico y para diferenciar su situación y relación anatómica con el resto de estructuras.

Habitualmente, el propio organismo del paciente combate contra dicha infección, pudiendo ser eficaz o precisando adicionalmente otros tratamientos, entre los que se encuentran los antibióticos o procedimientos bajo anestesia general⁶. La mayoría de estos pacientes reciben tratamiento inicialmente con antibióticos intravenosos hasta que finalmente se elimina el foco causal del proceso⁶. De manera empírica, se usan las penicilinas como primera elección debido a su alta efectividad en el territorio orofacial. En caso de alergia a las penicilinas, se postula el uso de moxifloxacino como alternativa^{7,8}.

De esta manera, a pesar de que la situación clínica que nos ocupa ocurre durante el periodo de la pandemia del virus SARS-CoV-2 y la clínica podría ser compatible, es importante realizar un diagnóstico diferencial según las características de cada paciente, y descartar otras posibles causas (Tabla 1).

Respecto al caso que nos ocupa, la infección por *Atopobium parvulum*, dado que se trata de una bacteria anaerobia Gram-positivo, puede generar una imagen neumónica en la radiografía de tórax, y por tanto, este tipo de bacterias anaerobias se deberían incluir en el diagnóstico diferencial de la neumonía por SARS-CoV-2.

Fuentes de financiación

El presente trabajo no ha recibido ninguna financiación específica de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Phelan A, Katz R, Gostin L. The Novel coronavirus originating in Wuhan, China. JAMA. 2020; 323: 709.
- Wu Z, McGoogan J. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China. JAMA. 2020; 323: 1239.
- Igoumenakis D, Gkinis G, Kostakis G, Mezitis M, Rallis G. Severe odontogenic infections: Causes of spread and their management. Surg Infect. 2014; 15: 64-8.
- Medeiros A, Gomide M, Costa B, Carrara C, Neves L. Prevalence of intranasal ectopic teeth in children with complete unilateral and bilateral cleft lip and palate. Cleft Palate-Craniofacial J. 2000; 37: 271-3.
- Kirmeier R, Truschnegg A, Payer M, Malyk J, Daghighi S, Jakse N. The supernumerary nasal tooth. Int J Oral Maxillofac Surg. 2009; 38: 1219-22.
- Flynn T, Shanti R, Levi M, Adamo A, Kraut R, Trieger N. Severe odontogenic infections, Part 1: Prospective report. J Oral Maxillofac Surg. 2006; 64: 1093-103.
- Kuriyama T, Williams D, Yanagisawa M, Iwahara K, Shimizu C, Nakagawa K, et al. Antimicrobial susceptibility of 800 anaerobic isolates from patients with dentoalveolar infection to 13 oral antibiotics. Oral Microbiol Immunol. 2007; 22: 285-8.
- Warnke P, Becker S, Springer I, Haerle F, Ullmann U, Russo P, et al. Penicillin compared with other advanced broad spectrum antibiotics regarding antibacterial activity against oral pathogens isolated from odontogenic abscesses. J Craniomaxillofac Surg. 2008; 36: 462-7.