



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

## CARTA CLÍNICA

# Dolor torácico persistente tras resolución de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19)



## Persistent chest pain after resolution of coronavirus 2019 disease (COVID-19)

Y. Tung-Chen<sup>a,\*</sup>, S. Blanco-Alonso<sup>b</sup>, B. Antón-Huguet<sup>a</sup>, C. Figueras-López<sup>c</sup> y C. Ugueto-Rodrigo<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Hospital Universitario La Paz. Servicio de Urgencias, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro- Majadahonda, Madrid, España

<sup>c</sup> Centro de Salud Fuencarral. Unidad Asistencial Norte, Madrid, España

<sup>d</sup> Hospital Universitario La Paz. Servicio de Cardiología, Madrid, España

La pandemia generada por el coronavirus SARS-CoV-2, ha afectado especialmente a España, generando una crisis sanitaria sin precedentes. La enfermedad producida por este virus (COVID-19), puede causar diversas manifestaciones clínicas, desde cuadros respiratorios leves, síntomas gastrointestinales, dermatológicos hasta manifestaciones más graves como el síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), choque séptico y fallo multiorgánico<sup>1</sup>.

La pericarditis aguda es la afectación inflamatoria que afecta el saco que rodea el corazón, que con mayor frecuencia se debe a infecciones virales. Actualmente, para establecer el diagnóstico, es imprescindible cumplir dos de cuatro criterios<sup>2</sup>: dolor torácico típico, roce pericárdico a la auscultación, elevación del segmento ST en el electrocardiograma o presencia de derrame pericárdico en la ecocardiografía.

Presentamos el caso de una mujer de 29 años sin antecedentes clínicos de interés, que consulta por dolor torácico de larga evolución. Es enfermera de nuestro centro. La paciente fue diagnosticada de COVID-19, seis semanas antes, por presentar cuadro de febrícula de hasta 37,5 °C, astenia y dolor centrotorácico con irradiación a región

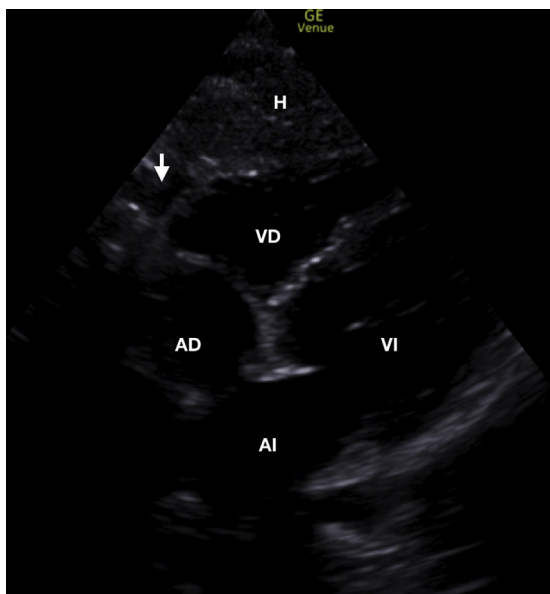
interescapular de características pleuríticas. Al inicio del cuadro, se le realizó una radiografía de tórax, sin hallazgos patológicos. En ese momento, se le realizó un test por reacción en cadena de la transcriptasa reversa (RT-PCR) para SARS-CoV-2, resultando negativo. Consultó nuevamente seis días más tarde por persistencia de los síntomas, se le repitió la RT-PCR, en esta ocasión siendo positiva. Dada la persistencia del dolor torácico, se decidió realizar una nueva radiografía de tórax, no mostrando alteraciones patológicas. Con el diagnóstico de probable afectación pulmonar por COVID-19, se le recomendó tratamiento sintomático con paracetamol 1 g cada ocho horas.

Vuelve a consultar dos semanas más tarde por persistencia del dolor torácico, que es continuo y no se ha modificado desde el inicio del cuadro. En ese momento se le realizó una nueva radiografía de tórax, sin cambios con respecto a las dos previas. En esta ocasión se extrajo una analítica sanguínea, sin mostrar alteraciones relevantes del hemograma y la bioquímica, con niveles de proteína C reactiva < 0,5 mg/L (valor normal – VN: 0 – 5), ferritina de 17 ng/mL (VN: 10 – 291), troponina I (hs-TnI) < 2,5 ng/L (0 – 34,1) y dímero D 170 ng/mL (VN: 0 – 500). La paciente recibe el alta con diagnóstico de dolor de características musculares.

Una semana más tarde los síntomas no han variado, pero tampoco limitan su actividad diaria, produciéndose su reincorporación laboral al servicio. En ese momento decide consultar de nuevo con el fin de tratar de filiar el origen

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [yale.tung.chen@gmail.es](mailto:yale.tung.chen@gmail.es) (Y. Tung-Chen).



**Figura 1** Sonda sectorial. Vista subxifoidea. Se observa estructura anecoica entre el hígado (H) y el ventrículo derecho (VD), correspondiente con un leve derrame pericárdico (flecha).

del cuadro. A la exploración física se encuentra apirética, presenta buena perfusión periférica con tensión arterial de 102/82 mmHg, frecuencia cardíaca de 84 lpm y saturación de oxígeno basal del 97%. La auscultación cardíaca y pulmonar es normal.

Se le realizó un electrocardiograma que presentaba un ritmo sinusal a 68 lpm, con conducción AV e IV conservada y sin alteraciones en la repolarización sugestivas de isquemia aguda.

Se decidió completar el estudio con una ecografía torácica. En la ecocardiografía se observó una función conservada del ventrículo izquierdo y un pequeño derrame pericárdico, que no producía compromiso hemodinámico (figura 1 y video 1 del material suplementario). En la ecografía pulmonar se observó un patrón de líneas B a nivel paraesternal derecho (figura 2 y video 2 del material suplementario).

Con el diagnóstico de pericarditis aguda no complicada secundaria a infección por SARS-CoV-2, se le indicó el inicio de colchicina 1 mg al día e ibuprofeno 600 mg cada ocho horas durante dos semanas. Su evolución fue satisfactoria, encontrándose asintomática una semana después.

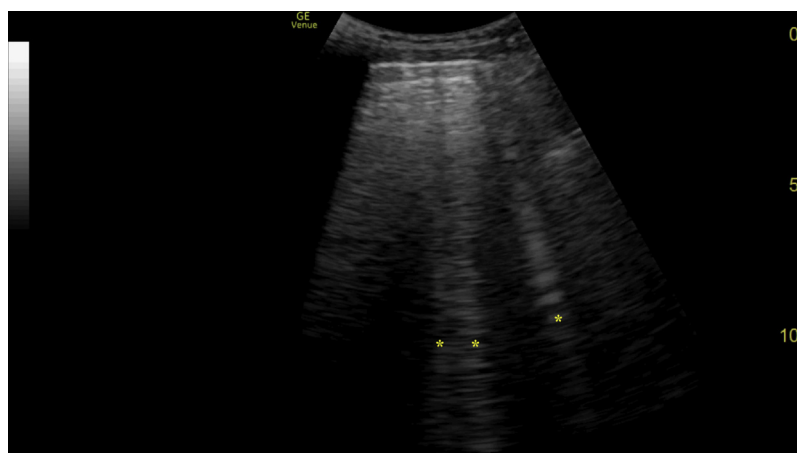
En este contexto de pandemia, es fundamental organizar de forma eficiente nuestros recursos materiales y humanos, racionalizando su uso o sustituyéndolo por métodos alternativos más eficientes. Será fundamental la capacidad de confirmar rápidamente los casos sospechosos o descartar complicaciones como pueda ser la afectación pulmonar. Sin embargo, el método de diagnóstico principal, la RT-PCR, tiene muchas limitaciones, como la baja sensibilidad de la prueba en la presentación inicial o las dificultades técnicas para realizarla correctamente<sup>3</sup>.

Este caso es ilustrativo de la diferencia que supuso la realización de la ecografía, así como las ventajas que supone para el clínico: es sencilla, rápida, inocua, de bajo coste y no conlleva radiación o el uso de contrastes, pudiendo realizarlo inmediatamente a la cabecera del paciente. Tal y como se ha observado en nuestro caso, su realización puede ser de utilidad durante el seguimiento de los pacientes recuperados de una infección por COVID-19.

La prueba de imagen con mayor disponibilidad es la radiografía de tórax, sin embargo, su sensibilidad para la detección de alteraciones intersticiales en COVID-19 es de alrededor del 60%<sup>4</sup>. Nuestra paciente se realizó en total tres radiografías de tórax (anteroposterior y lateral), sin hallazgos. Sin embargo, en la ecografía torácica se observaron alteraciones patológicas evidentes seis semanas más tarde desde el inicio de los síntomas.

Debido al aumento de casos de COVID-19, a medida que se propague el brote, es esperable que la incidencia de complicaciones se incremente también. En nuestra práctica diaria es frecuente ver pacientes con síntomas persistentes tras la infección (segunda o tercera semana desde el inicio de los síntomas). En estos pacientes puede ser de utilidad la ecografía para descartar patologías como son la pericarditis aguda, el embolismo pulmonar, la fibrosis pulmonar o la sobreinfección bacteriana<sup>5</sup>.

La ecografía clínica puede ser de utilidad en el paciente con persistencia de síntomas tras la infección pasada por



**Figura 2** Sonda cóvex. Vista longitudinal en hemitórax derecho anterior. Se observan múltiples líneas B (asterisco) correspondientes con afectación pulmonar por COVID-19.

COVID-19. Es fundamental en este periodo de pandemia generalizar esta formación a todos los médicos que atiendan esta patología con la mayor celeridad posible.

### Consentimiento ético

Se ha contado con el consentimiento del paciente y se han seguido los protocolos del centro de trabajo sobre tratamiento de la información de los pacientes.

### Conflicto de intereses

Declaramos que no existe financiación externa ni conflicto de intereses por parte de los autores.

### Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.recesp.2010.04.001](https://doi.org/10.1016/j.recesp.2010.04.001).

### Bibliografía

1. Guidance for Corona Virus Disease 2019: Prevention, Control, Diagnosis and Management National Health Commission (NHC) of the PRC, General Office; National Administration of Traditional Chinese Medicine of the PRC, General Office. Available at: <http://www.pmph.com/>.
2. Adler Y, Charron P, Imazio M, et al. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases: The Task Force for the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by: The European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J*. 2015;36:2921.
3. Ai T, Yang Z, Hou H, et al. Correlation of Chest CT and RT-PCR Testing in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in China: A Report of 1014 Cases. *Radiology*. 2020;2019:200642.
4. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020 Feb 28. *NEJMoa2002032*.
5. Ultrasound Guidelines: Emergency, Point-of-Care and Clinical Ultrasound Guidelines in Medicine. *Ann Emerg Med*. 2017;69:e27-54.