UN PACIENTE COVID-19 QUIEN HABRÍA TENIDO UNA REINFECCIÓN EN REALIDAD PRESENTABA UNA REACTIVACIÓN DE SU ENFERMEDAD

El reporte está referido a un paciente de 77 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia, linfoma cutáneo de células B en remisión y EPOC asociado con una enfermedad intersticial leve. Su primera RT-PCR+ para SARS-CoV-2 se presentó ante la sospecha de una infección viral de poca monta que no requirió internación. Treinta y cinco días después del primer hisopado positivo ingresó al hospital por una colangitis aguda secundaria a coledocolitiasis la cual fue removida por endoscopia. La Rx de tórax al ingreso mostró alteraciones compatibles con fibrosis pulmonar sin mayores diferencias con las placas tomadas en el episodio de COVID-19 previo. Luego del procedimiento endoscópico, desarrolló una pancreatitis aguda leve, y necrosis tubular aguda. También presentó una bacteriemia por *Enterococcus faecium* a partir del catéter, tratada exitosamente con vancomicina. Durante ese período se efectuaron dos RT-PCR para SARS-CoV-2 que fueron negativas. En el día 23 (57 días después de su primera RT-PCR+), se observaron opacidades pulmonares bilaterales en la TAC efectuada para el control del proceso abdominal. Consecuentemente, se practicaron RT-PCR para SARS-CoV-2 durante 2 días consecutivos, ambas positivas (sin IgGs anti-SARS CoV-2). El paciente desarrolló disnea leve e hipoxemia y se le administró remdesivir por 5 días a la par de dexametasona 20 mg diarios por 4 días. Tras de una leve mejoría, al día 29, su cuadro respiratorio empeoró; 48 h después, comenzó con oxigenoterapia de alto flujo y una dosis única de 400 mg de tocilizumab. El paciente fue trasladado a UTI donde recibió soporte ventilatorio y los cambios posicionales. Sobrevino una insuficiencia multiorgánica, inestabilidad hemodinámica, acidosis metabólica y respiratoria, e insuficiencia renal que llevaron a su deceso en el día 34. La disponibilidad de muestras séricas (días 23, 27 y 30) permitieron realizar RT-PCR para el virus, ambas con resultados positivos. La recurrencia de COVID-19 fue interpretada inicialmente como una reinfección puesto que había compartido la habitación con otro paciente quien presentaba una RT-PCR+ para SARSCoV-2. Sin embargo, al efectuarse la secuenciación del genoma viral pudo determinarse que en realidad se trataba de una reactivación de la variante que lo había afectado en su primer episodio, habida cuenta de las similitudes entre el material obtenido entre el primer y segundo de ellos: ¿persistencia de infección activa o reactivación tras la resolución clínica? La primera hipótesis aparece menos probable puesto que el paciente se recuperó completamente de su primer cuadro. Es más, las radiografías en el ingreso al hospital no mostraron anomalías relacionadas con SARS-CoV-2 sumado a que las dos RT-PCR fueron negativas. Asumir una reactivación nos lleva a pensar que el SARS-CoV-2 habría permanecido indetectable (o no muestreado) en algún compartimento, siendo reavivado por un estado de inmunosupresión. Razones no faltaban. Además de los antecedentes, el paciente había permanecido hospitalizado 23 días previos con recuentos leucocitarios que evidenciaban una linfopenia durante los 12 días previos además del proceso infeccioso en el aparato digestivo. El poder realizar estudios de secuenciación genómica viene a reforzar aquel concepto que la realidad se va revelando en la medida que uno cuenta con mejores herramientas para aprehenderla.

**Referencia**

Perez-Lago L, et al. Proper assignation of reactivation in a COVID-19 recurrence initially interpreted as a reinfection. J Infect Dis 2021; 224: 788-92.