



P-450 - EMBOLISMO PULMONAR POR ROTURA DE QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO A VENA CAVA INFERIOR

M. Bailón Cuadrado, A. Barrera, M. Gonzalo, M. Rodríguez, R. Velasco, S. Mambrilla, J.I. Blanco y J.L. Marcos

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Resumen

Introducción: La hidatidosis es una enfermedad parasitaria provocada por *Equinococcus granulosus* que aparece principalmente en países del área mediterránea. El hombre es un huésped intermediario que puede adquirir la enfermedad por la ingesta de alimentos contaminados o bien por el contacto directo con perros infestados. Afecta principalmente al hígado (65%) y al pulmón (25%). El embolismo hidatídico pulmonar es una complicación muy poco frecuente que aparece por la rotura de un quiste hidatídico cardiaco, o con mucha menos frecuencia, por la rotura de un quiste hidatídico hepático hacia las venas suprahepáticas o hacia la vena cava inferior. La rotura brusca de uno de estos quistes hacia la circulación sistémica puede provocar no sólo embolismo pulmonar, sino también shock anafiláctico o taponamiento valvular cardiaco, lo que desemboca en una muerte súbita hasta en el 29% de los casos. El diagnóstico se fundamenta en la angioTC, que nos mostraría posibles defectos de repleción en las arterias pulmonares y sus ramas, así como la relación entre el quiste hidatídico hepático y la vena cava inferior.

Caso clínico: Paciente varón de 54 años, obeso, fumador, sin otros factores de riesgo cardiovascular y sin alergias conocidas. Fue intervenido a los 9 años de un quiste hidatídico pulmonar y a los 41 años de quistes hidatídicos hepáticos, siendo imposible el tratamiento quirúrgico de uno de ellos debido a su proximidad a la vena cava inferior. El paciente se mantuvo asintomático desde la última cirugía hasta la aparición súbita de un cuadro de disnea y edema facial por lo que fue trasladado al servicio de Urgencias en situación clínica de shock anafiláctico. La analítica sólo mostró leucocitosis, siendo el resto normal, incluyendo el dímero D y los eosinófilos. Tras tratamiento médico intensivo, se logró estabilizar al enfermo y proceder al diagnóstico por imagen toraco-abdominal mediante TC, que evidenció un quiste hidatídico hepático parcialmente calcificado entre los segmentos VII-VIII, que ascendía cranealmente contactando con el diafragma y comprimiendo la vena cava inferior, sin pared calcificada a este nivel, y con presencia de fístula hacia la misma. Asimismo se observó un extenso defecto de repleción hipodenso en la rama de la arteria pulmonar para el lóbulo inferior derecho, compatible con embolismo pulmonar de material hidatídico. Ante estos hallazgos, el paciente fue intervenido de urgencia mediante abordaje femoral derecho para inserción de endoprótesis en la vena cava inferior. Fue dado de alta asintomático al 5º día de ingreso y a la espera de programar la cirugía hepática para resolución definitiva de la patología.

Discusión: La hidatidosis continúa siendo una enfermedad endémica en nuestro entorno y el

tratamiento quirúrgico es de elección en los quistes hidatídicos hepáticos. No obstante, la aparición de complicaciones agudas graves, tales como el embolismo hidatídico pulmonar por fístula hacia la vena cava, obliga a individualizar el tratamiento de la enfermedad hepática y a realizar ciertas técnicas previas. Revisando la literatura internacional, son excepcionales los casos de embolismo pulmonar y shock anafiláctico por rotura de un quiste hidatídico hepático hacia la vena cava inferior.