



## 242/2560 - ZOONOSIS SÚBITA

B. Yuste Martínez<sup>a</sup>, P. Sánchez-Seco Toledano<sup>b</sup>, A. García García<sup>a</sup>, L. López Benito<sup>c</sup>, M. Podaru<sup>d</sup> y R. Piedra Castro<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara.

<sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares.

Guadalajara. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Manantiales. Guadalajara. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de

Salud de Budia. Guadalajara. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 92 años de edad con antecedentes de dislipemia, aplastamiento vertebral, quistes hidatídicos hepáticos (intervenidos en dos ocasiones, última cirugía hace aproximadamente 18 años) y pulmonares (rechazó intervención quirúrgica). En tratamiento únicamente con simvastatina. Acude al servicio de urgencias porque ayer por la noche comienza con disnea, que ha ido aumentando progresivamente hasta hacerse de reposo. No dolor torácico ni palpitations. No fiebre, tos ni expectoración. Sin otra clínica por aparatos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: afebril, taquipneica, SatO<sub>2</sub> basal: 88%, TA: 190/107 mmHg. AC: rítmica a 99 lpm. Normocoloreada, bien hidratada y perfundida. AP: algún sibilante espiratorio y roncus aislados en base derecha. Resto sin alteraciones. Analítica sanguínea: PCR 17,6, D-dímero low 0,62, PaO<sub>2</sub> 56 mmHg. ECG: ritmo sinusal a 85-90 latidos por minuto. Eje a 0°. PR de 0,16s. T negativa en V1 e isoeletrica en V2-V5. Radiografía de tórax: fractura de cabeza de húmero ya conocida. Cardiomegalia. No se observan infiltrados en parénquima pulmonar. AngioTAC de arterias pulmonares: hidatidosis pulmonar izquierda con extensión a arteria pulmonar inferior y principal izquierda (embolismo pulmonar hidatídico) y a vena pulmonar inferior.

**Juicio clínico:** Embolismo pulmonar hidatídico en arteria pulmonar inferior y principal izquierda y en vena pulmonar inferior.

**Diagnóstico diferencial:** Neumonía adquirida en la comunidad; Tromboembolismo pulmonar.

**Comentario final:** Se administra atrovent en nebulización, furosemida iv, y 60 mg de HBPM (por alta sospecha de TEP) por vía subcutánea. Ante los hallazgos del TC de arterias pulmonares y dada la estabilidad de la paciente, se decide ingreso en planta de Neumología e inicio de tratamiento con albendazol 400 mg. El embolismo hidatídico pulmonar es una complicación muy poco frecuente que aparece por la rotura de un quiste hidatídico cardiaco o por la rotura de un quiste hidatídico hepático hacia las venas suprahepáticas o hacia la vena cava inferior.

## Bibliografía

1. Bailón-Cuadrado M, Barrera-Rebollo A, Pérez-Saborido B, Asensio-Díaz E. Embolismo pulmonar por fistulización de quiste hidatídico hepático a vena cava inferior. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2015;33(8):572.
2. Ivanov V. PS273 Cardiac Echinococcosis, Clinical Presentation, Diagnosis and Surgical Treatment. *Global Heart*. 2016;11(2):e60.

**Palabras clave:** Embolismo pulmonar. Hidatidosis.