



242/1633 - QUÉ SUEÑO TENGO...

P. Barbero Barbero^a, A. Chuchón Alva^b, M. García Miranda^c, F. Motilva Peralta^d, A. Ciocea^e y V. Ciocea^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ávila Sur-Este. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ávila Sur-Oeste. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ávila Norte. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Navaluenga. Ávila. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Ávila Sur-Oeste. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Burgohondo. Ávila.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 87 años. Antecedentes personales de DM tipo 2, dislipemia, cardiopatía isquémica, HTP, ICC, ulcus gástrico, FA y pancreatitis aguda. En tratamiento con ácido ursodeoxicólico, sintrom, dapaglifocina, metformina, irbesartan, carvedilol, digoxina, parches de trinitrato de glicerilo, atorvastatina, omeprazol e insulina. Se acude a domicilio por hipoglucemia de 39 mg/dl. Paciente desorientado, somnoliento, sin apetito, con dolor abdominal de 24 horas. Afebril. Se administra glucagón sc y suero glucosado 10%, obteniendo glucemia capilar de 99 mg/dl. Se remite a Urgencias Hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: TA 71/44. Palidez y frialdad cutánea. Sequedad de mucosas. Mal perfundido. AC: arritmico. AP: MV disminuido. Abdomen doloroso a la palpación generalizada, con ruidos presentes. Analítica: urea 100 mg/dl, creatinina 1,38 mg/dl, bilirrubina total 1,4 mg/dl, bilirrubina directa 0,94 mg/dl, GGT 64 U/l, albúmina 2,6 g/dl, PCR 34,84 mg/dl, hemoglobina 11,5 g/dl, recuento leucocitos $23,5 \times 10^3/\text{mm}^3$, neutrófilos $22,2 \times 10^3/\text{mm}^3$, plaquetas $468 \times 10^3/\text{mm}^3$, INR 5,55. Gasometría arterial: lactato 5,5. Rx tórax: derrame pleural bilateral. Se realiza TAC de abdomen con contraste, que muestra quiste hidatídico sobreinfectado con ruptura y extensión extra hepática con presencia de colección subcapsular y líquido intraabdominal de alta densidad que pudiera encontrarse infectado o corresponder con hemoperitoneo. Tras ser valorado por Cirugía y desestimar tratamiento quirúrgico se procede a tratamiento parenteral con corticoides, analgésicos, voluvent, tazocel y perfusión con dopamina.

Juicio clínico: Quiste hidatídico sobreinfectado con ruptura y extensión extrahepática con presencia de colección subcapsular y líquido intraabdominal.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis aguda, ulcus péptico perforado, perforación de víscera hueca, colecistitis aguda, absceso hepático, quiste hidatídico hepático, rotura de tumor hepático, pancreatitis aguda, complicaciones de la diabetes.

Comentario final: La hidatidosis es una parasitosis causada por *Echinococcus granulosus*. El hígado es el órgano más afectado, seguido del pulmón. Generalmente es asintomática, siendo diagnosticada casualmente tras prueba de imagen o por complicaciones. Una complicación grave es la rotura a cavidad peritoneal (1-8% de casos). De estos, lo más frecuente es la rotura espontánea,

seguido de la traumática, provocando anafilaxia, sepsis y abdomen agudo).

Bibliografía

1. Casanova D, et al. Cirugía hepática. Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Madrid: Arán; 2004. p. 106-23.
2. Derici H, et al. Acute intraperitoneal rupture of hydatid cysts. World J Surg. 2006;30:1879-83.

Palabras clave: Somnolencia. Abdominalgia. Quiste hidatídico.