



P-219 - EMBOLISMO PULMONAR SECUNDARIO A QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Latorre Fragua, Raquel; Manuel Vázquez, Alba; Ramiro Pérez, Carmen; Gijón de la Santa, Luis; López Marcano, Aylhin; Diego, Lucía; Arteaga Peralta, Vladimir; Ramia Ángel, José Manuel

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Resumen

Introducción: La equinococosis es una zoonosis causada por *E. granulosus*. Existen áreas geográficas endémicas, entre ellas España, sin datos oficiales desde 1996. La localización más frecuente es el hígado (70-80%) y los pulmones (10-15%). La mayoría de los quistes hidatídicos se detectan incidentalmente. Los síntomas asociados a comunicación cistobiliar y/o infección del quiste son lo más graves y frecuentes. Presentamos dos casos clínicos de hidatidosis hepática con embolismo hidatídico pulmonar, una complicación excepcional.

Casos clínicos: Caso clínico 1: varón, 53 años, intervenido por hidatidosis hepática en 1989. En enero 2012 presenta cuadro de anafilaxia por hidatidosis hepática (serología *Equinococo* positiva: 1/2.560). TC abdominal: lesión quística de 14,5 cm en hígado derecho que colapsa vena cava inferior (VCI) con trombo en su interior y comprime riñón derecho, con circulación colateral ácigos-hemiácigos. Intraoperatoriamente se objetiva quiste hidatídico que contacta con diafragma, riñón derecho y VCI realizándose colecistectomía y quistectomía subtotal, dejando parche sobre VCI con flujo mínimo. El postoperatorio transcurre sin incidencias, alta al 5DPO. A los 4 meses: edemas bilaterales en MMII. ECO-doppler: trombosis en vena femoral común izquierda. Se inicia tratamiento con Sintrom® durante 6 meses. A los 12 meses: ingreso hospitalario donde se objetiva colección hepática en la cavidad residual, VCI intrahepática sin aparente flujo, con circulación colateral, nódulos pulmonares y tromboembolismo pulmonar (TEP). Serología: +. Se realiza punción de colección residual, sin evidenciar escolices. Al mes disnea, nuevo TAC: múltiples nódulos pulmonares bilaterales de hasta 2 cm compatible con siembre hidatídica y defectos de repleción intravasculares en varias arterias pulmonares compatible con embolia pulmonar secundaria a hidatidosis. Valorado por Cirugía Torácica no ve indicada la cirugía. Actualmente, el paciente está en tratamiento continuado con eskazole con control de la enfermedad pulmonar. Caso clínico 2: varón, 41 años, magrebí, intervenido a los 7 años de hidatidosis pulmonar y hepática. Intervenido en 2010 por quiste hidatídico multivesicular de 20 cm, con efecto masa sobre hilio hepático y VCI, que produce circulación colateral por el sistema venoso ácigos-hemiácigos, venas lumbares y eje esplenoportal, realizándose marsupialización del quiste. A los 18 meses presenta episodios de hemoptisis autolimitadas. Analítica: GGT 300, FA 180, Bilirrubina total 2,1 (directa 1%). TC toraco-abdominal: cavidad residual hepática, lesión quística pulmonar en LSI compatible con quiste hidatídico e imagen compatible con diseminación hematogena de quiste hidatídico en el LSD. En seguimiento, continúa con episodios de hemoptisis, que precisan ingreso hospitalario en dos ocasiones. Último TC toraco-abdominal (diciembre 2013): imágenes hipodensas intraluminales bilaterales, en vasos pulmonares dilatados, compatible con embolia pulmonar secundaria a hidatidosis. Se inicia tratamiento con eskazole, pero el paciente se ha perdido en el seguimiento hospitalario.

Discusión: El embolismo hidatídico pulmonar es una complicación muy poco frecuente, que se produce por rotura hacia la VCI o suprahepáticas de un quiste hepático. El manejo de complicaciones tan poco frecuentes obliga a individualizar el tratamiento. Las opciones terapéuticas son la embolectomía, el tratamiento farmacológico o ambas. La presencia de disnea súbita en pacientes intervenidos de quistes hidatídicos que contactan con grandes estructuras vasculares nos debe hacer descartar una embolia pulmonar hidatídica.