

No tot és futbol

Patricia Aguilera⁽¹⁾; Laia Mas⁽¹⁾; Albert Cartanya⁽¹⁾; Pau Romero⁽²⁾; Mónica López⁽²⁾; Berta Cisteró⁽²⁾.

⁽¹⁾MEF Medicina Interna, ⁽²⁾Adjunt Servei d'Urgències

Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell

Nom autora: Patricia Aguilera Lloc de treball: Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell

Data recepció: 27.11.2019 Data acceptació: 13.01.2020

Mail: paguilera@tauli.cat

Forma citació: Aguilera P, Mas L, Cartanya A, Romero P, López M, Cisteró B. *No tot és futbol*.

ReMUE.c@t 2020;7(2):12-14

Motiu de consulta:

Home de 46 anys que consulta per dolor abdominal amb vòmits.

Antecedents personals rellevants:

Pacient natural del Marroc, des de fa 20 anys resident a Catalunya. Últim viatge al país d'origen fa 5 anys. No hàbits tòxics. No al·lèrgies medicamentoses conegudes. No antecedents patològics d'interès.

Malaltia actual:

Explica dolor abdominal difús, intens, amb vòmits alimentaris i posteriorment biliosos d'una hora d'evolució aproximadament, d'aparició després de patir un traumatisme abdominal jugant a futbol. El pacient ho atribueix a ingesta abundant prèvia al partit. No febre. No alteració del ritme deposicional. Nega clínica els dies previs.

Exploració física:

TA 96/61mmHg, FC 72 lpm, SatO₂ 96% (FiO₂ 0.21), afebril.

Afectació de l'estat general. Diaforètic. Normohidratat i normocolorejat. Bon nivell d'alerta.

Exploració cardíaca: tons cardíacs rítmics, no bufs ni freqs. No ingurgitació jugular. No edemes a extremitats inferiors.

Exploració respiratòria: murmur vesicular conservat sense sorolls sobreafegits.

Exploració abdominal: tou, depressible, amb dolor a la palpació a hipocondri dret amb discreta defensa, dificultat a l'exploració per dolor espontani.

Proves complementàries realitzades a Urgències:

- Analítica a l'arribada: Leucòcits $14.96 \times 10^9/L$, Hemoglobina 174 g/L, Plaquetes $208 \times 10^9/L$, Neutròfils $12.78 \times 10^9/L$, Limfòcits $1.50 \times 10^9/L$, Temps protrombina 0.95 ratio, Glucosa 124 mg/dL, Urea 18 mg/dL, Creatinina 0.97 mg/dL, Sodi 143 mEq/L, Potassi 3.3 mEq/L, Aspartat aminotransferasa 19 U/L, Alaninaminotransferasa 17 U/L, Bilirubina total 0.4 mg/dL, Amilasa 66 U/L, Lipasa 20 U/L, Proteïna C reactiva 1.43 mg/dL, Àcid làctic 43.4 mg/dL.

- Equilibri àcid base venós: pH 7.23 pH, Pressió parcial CO₂ 64.10 mm Hg, Bicarbonat actual 26.00 mmol/L, Excés de base -2.80 mmol/L.

- Rx tòrax: no cardiomegàlia, sense costofrènics lliures, sense condensacions apreciables.

- Rx abdomen: femta a marc còlic sense signes de pneumoperitoneu ni d'oclusió intestinal.

Evolució clínica a Urgències:

Durant l'estada a urgències s'inicia tractament amb seroteràpia i analgèsia convencional amb paracetamol i dexketoprofè alterns. Durant l'administració d'aquest últim, el pacient presenta empitjorament de la hipotensió arterial (73/40mmHg, FC 90 lpm), reacció urticariforme i disminució del nivell de consciència (Glasgow 10, sense altra focalitat neurològica), amb lleu insuficiència respiratòria (SatO₂ 87% FiO₂ 0.21, sense aparent broncospasme ni edema glòtic). S'inicia tractament amb 0.5mg d'adrenalina intramuscular, corticoteràpia, antihistamínic i oxigenoteràpia amb FiO₂ al 50%, amb milloria progressiva dels paràmetres hemodinàmics, respiratoris i cutanis però persistint amb tendència a la hipotensió arterial i defensa a la palpació d'hemiabdomen dret. Es realitza gasometria venosa urgent que mostra normalització dels valors d'àcid làctic.

Diagnòstic diferencial a Urgències:

• Xoc anafilàctic per fàrmacs: sospita clínica inicial per xoc clar després de l'administració del fàrmac, tot i que revisant la història ja presenta paràmetres de xoc a l'arribada.

• Xoc anafilàctic no immunològic (induït per factors físics com calor o exercici físic): compatible per inici de la clínica després d'exercici físic intens.

• Xoc anafilàctic per ruptura de quist hidatídic hepàtic: per aparició de la clínica després de traumatisme abdominal i en pacient procedent del Marroc.

• Xoc hemorràgic per hematoma intraperitoneal: inici després de traumatisme abdominal i paràmetres de xoc ja presents a l'arribada a urgències, tot i que inicialment no presenta anemització (pot trigar hores a aparèixer).

Es realitza llavors:

- Analítica de control: Leucòcits $9.83 \times 10^9/L$, Hemoglobina 153 g/L, Plaquetes $221 \times 10^9/L$, Temps protrombina 1.30 ratio, sense alteracions a la funció renal ni a l'equilibri àcid-base venós. Àcid làctic 25.3 mg/dL, Proteïna C reactiva 18.29 mg/dL.

- TC abdominal: Fetge de grandària i densitat normal, amb una gran lesió quística heterogènia, subcapsular en s. VII, de fins a 9cm, amb alguna calcificació mural i contingut hiperdens en el seu interior, altament suggestiu d'un quist hidatídic (estadi III de la classificació WHO). No s'observen altres lesions focals hepàtiques. Col·lecció heterogènia intraperitoneal a pelvis, ocupant el recés de Douglas, de morfologia irregular, parets engruixides i imatges més quístiques al seu interior, que donat el context també és compatible amb un quist hidatídic intraperitoneal (probablement estadi II de la calcificació de WHO). El diagnòstic diferencial caldria establir-lo amb un abscess principalment. Líquid lliure intraperitoneal de distribució difusa. Troballes radiològiques que suggereixen un quadre de hidatidosis hepàtica i peritoneal (activa?), amb signes de probable ruptura recent (líquid lliure intraperitoneal).

Evolució fora d'Urgències:

Les següents hores el pacient presenta millora clínica progressiva, mantenint-se hemodinàmicament estable i asimptomàtic. Valorat per cirurgia, es decideix iniciar tractament mèdic amb albendazol i mantenir pauta descendent de corticoteràpia. Es manté ingressat al seu servei durant 4 dies, optant-se per realització de cirurgia de forma programada ambulatoria, ja que el pacient es manté amb molt bon estat general, hemodinàmicament estable en tot moment i amb exploració física anodina, així com amb millora progressiva dels paràmetres analítics. Actualment està pendent de primera visita a consultes externes.

Diagnòstic final:

Xoc anafilàctic secundari a ruptura de quist hidatídic hepàtic.

Discussió:

La hidatidosis és una parasitosis causada per *Echinococcus granulosus*. El cuc adult viu a l'intestí d'un carnívor, generalment un gos, que actua d'hoste definitiu. A l'home, les larves alliberades passen a través de l'intestí i la circulació portal fins al fetge, on formen els quists hidatídics (amb menys freqüència també afecten altres òrgans). La majoria de pacients resten asimptomàtics durant anys. Els símptomes poden ser, en les hidatidosis hepàtiques, l'hepatomegàlia dolorosa i nàusees o vòmits, o bé, més freqüentment, en forma de complicacions, sent les més habituals la ruptura del quist i la infecció. La ruptura pot ser espontània o bé traumàtica, podent produir una reacció anafilàctica secundària a la sortida del contingut quístic. Es produeix una reacció immunitària tipus I mediada per IgE, que pot variar des d'una urticària fins a un xoc anafilàctic, sent aquest últim una manifestació infreqüent de la malaltia (entre 1 i 7,5% dels casos). El diagnòstic, a banda de la sospita clínica, és recolzat per les tècniques d'imatge (sobretot pel TAC). La serologia pot ajudar a confirmar el diagnòstic (però un resultat negatiu no l'exclou) i és útil pel seguiment. Malgrat la poca literatura al respecte, el tractament de la ruptura més acceptat és medico-quirúrgic, amb albendazol i extirpació quirúrgica dels

quistos com a tractament definitiu. Tot i que en la majoria de casos descrits s'ha optat pel tractament quirúrgic urgent en cas de complicacions del quist hidatídic, alguns autors proposen la prioritització del tractament mèdic previ a cirurgia programada. El xoc anafilàctic per ruptura de quist hidatídic és una entitat molt poc freqüent, però potencialment crítica, pel que és vital una sospita diagnòstica precoç (sobretot en àrees endèmiques), per tal de poder oferir el tractament medico-quirúrgic específic.

Bibliografia:

- Riaguas Almenara A et al. Shock anafiláctico secundario a quiste hidatídico hepático roto con paso del contenido a la cavidad pleural. *Radiología* 2017; 59(5): 460-61.
- Akbulut S, Ozdemir F. Intraperitoneal rupture of the hydatid cyst: Four case reports and literature review. *World J Hepatol* 2019; 11(3): 318-329.
- Carmena D et al. Avances recientes en el inmunodiagnóstico de la hidatidosis humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2007; 25(4): 263-9.
- Yilmaz M et al. Liver hydatid cyst rupture into the peritoneal cavity after abdominal trauma: case report and literature review. *Int Surg*. 2012; 97(3): 239-44.
- Majbar et al. Asymptomatic intra-peritoneal rupture of hydatid cyst of the liver: case report. *BMC Research Notes* 2014; 7:114.

Imatges:

