

Quiste hidatídico hepático

– Puesta al día y presentación de un caso clínico autóctono –

Rodas J*, Pizurno D**, Pizurno O***, Rodríguez A****

*Jefe de Cátedra y Servicio; **Jefe de Sala; ***Jefe de Residentes; ****Médico Residente.
II Cátedra de Clínica Quirúrgica, Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina.
Universidad Nacional de Asunción - Paraguay

- La Hidatidosis es un entidad de relativa baja frecuencia en Paraguay, que sin embargo, debe ser tenida en cuenta como diagnóstico diferencial.
- El siguiente artículo realiza una revisión de la literatura y presenta el caso clínico de una mujer portadora de un quiste hidatídico hepático autóctono, analizando las dificultades diagnósticas, dada la escasa frecuencia de la enfermedad en nuestro medio.

Palabras Clave: Hidatidosis, Quiste hidático, *Echinococcus granulosus*.

Introducción

La **Hidatidosis humana** o enfermedad por quiste hidatídico en el hombre es una zoonosis parasitaria causada por la forma quística del parásito *Echinococcus granulosus* y menos frecuentemente por el *Echinococcus alveolaris*. El *Echinococcus granulosus* es un cestode de distribución geográfica prácticamente mundial.

La enfermedad se adquiere por el hombre y otros huéspedes intermediarios, habitualmente a través de la ingestión de huevos del parásito contenidos en alimentos contaminados a partir de las heces del perro, que actúa como vector.

Una vez ingresado al organismo, se produce la parasitación hepática, pulmonar o en otros órganos.⁽⁵⁾

Epidemiología

En el mundo son conocidas como zonas de alta prevalencia de Hidatidosis, por el estrecho contacto entre pastores, ovejas y perros, los países cercanos al mar mediterráneo, particularmente Grecia, Yugoslavia, Bulgaria, Líbano y Turquía. Australia y parte de los Estados Unidos y Canadá se han convertido en zonas endémicas, pero los vectores allí son los zorros y el caribú.

En América del Sur el parásito existe principalmente en regiones agrícolas y ganaderas de Argentina, Brasil, Chile, Perú y Uruguay^(2,6), donde la Hidatidosis es endémica. Su incidencia en el ganado bovino en el Paraguay es baja y los casos humanos referidos son muy poco frecuentes.

Localización y expresión clínica

En el adulto, el órgano blanco más frecuentemente parasitado es el **hígado** (60-70%), seguido por el **pulmón**

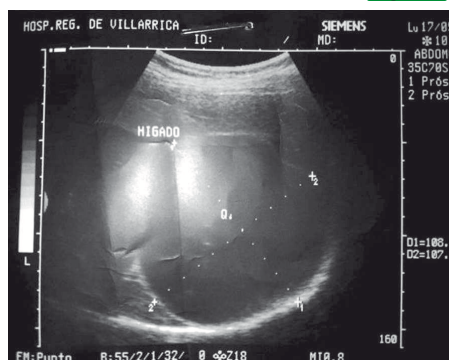
(15-25%). El resto del cuerpo se ve afectado en aproximadamente un 10%.⁽¹⁾

El compromiso visceral puede ser por quistes únicos o múltiples, uni o multilobulados.

El quiste ocasiona incomodidad progresiva en el abdomen, pero los síntomas no aparecen hasta que el tamaño es considerable: dolor en hipocondrio derecho (51%), dispepsia (33%), hepatomegalia (27%) y adelgazamiento (20%).⁽³⁾

Usualmente, se localiza en el lóbulo derecho (56%), la mayoría tiene comunicación con el árbol biliar (60%).

Figura 1



Ecografía abdominal
Lóbulo derecho hepático
Imagen anecoica de 108 mm x 107 mm

Presentación del caso clínico

Por su escasa frecuencia en nuestro medio, con pocos reportes a nivel nacional, se presenta un caso de quiste hidatídico en una paciente que procede de una zona considerada no endémica. Se incluyen los hallazgos clínicos, radiológicos preoperatorio, el tratamiento quirúrgico y postoperatorio implementado.

Caso clínico

Datos patronímicos: Paciente de sexo femenino, de 26 años, procedente de la ciudad de Iturbe – Guaira.

Cuadro al ingreso: Ingresó al Hospital de Clínicas con antecedente de un mes de enfermedad caracterizada por dolor en hipocondrio derecho tipo puntada, de moderada intensidad que irradia a la escápula y cede con la ingesta de analgésicos. No presentó sensación febril, náuseas ni vómitos. La paciente no refirió antecedentes de episodio similar anterior, niega haber viajado fuera del país.

Antecedentes patológicos: Sin antecedentes a destacar.

Examen físico: Signos vitales dentro de límites normales. Abdomen plano, simétrico, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho, sin defensa muscular ni dolor a la descompresión brusca.

Se palpa hígado a 2 cm del reborde costal. Ruidos hidroaéreos presentes.

El resto del examen físico no presentó datos patológicos de interés.

Exámenes complementarios:

Hemograma:

- Hb: 11.6 g/dl,
- Hto: 32.9%,
- Glóbulos Blancos: 7.650 con fórmula leucocitaria que muestra eosinofilia de 9.4%,
- Neutrófilos: 52%,
- Linfocitos: 29.2%.
- Plaquetas: 342 000

Hepatograma:

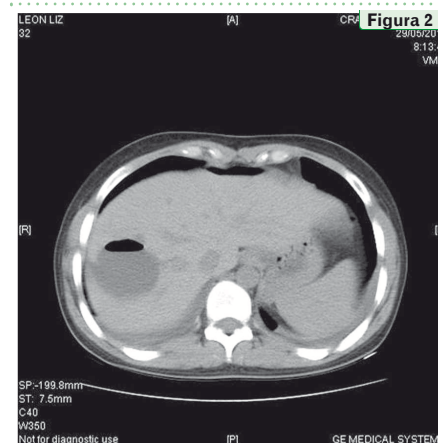
- GOT: 21 U/I,
- GPT: 12 U/I,
- FA: 163 U/I,
- BT: 0,6 mg/dl,
- BD: 0,06 mg/dl y
- BI: 0,54 mg/dl

Todos estos resultados se encontraron en rango de normalidad.

Radiografía de tórax: No se observa elevación diafragmática. El resto estaba dentro de los límites normales.

Ecografía abdominal: En hígado a nivel del lóbulo derecho, en su cara posteroinferior, se observa una imagen anecoica de gran tamaño de 108 mm x 107 mm compatible con quiste de etiología a determinar. El doppler no constata flujo vascular. (Ver Figura 1)

Tomografía Axial Computarizada: Muestra una imagen de aspecto quístico con nivel hidroaéreo en segmentos



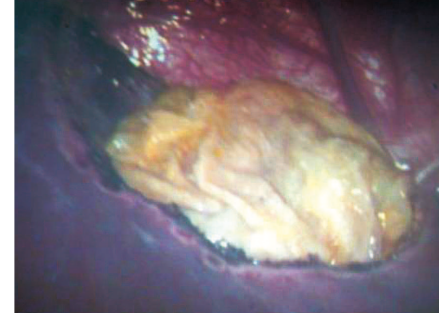
Tomografía Axial computarizada
Quiste con nivel hidroaéreo de 59 mm x 55 mm
Segmentos hepáticos 7 y 8

Es importante el grado de afección de los órganos y el tiempo de existencia del quiste, antes que puedan aparecer los síntomas. Existen algunos reportes que hablan de hasta un 75% de casos de quiste hidatídico hepático que se mantienen asintomáticos por más de 10 años.⁽⁷⁾ Esto explica que la Hidatidosis es adquirida en la edad pediátrica, pero no se diagnostica hasta la tercera o cuarta década de la vida.

La **sintomatología** es comparable a la de tumores de crecimiento lento y depende de la localización y tamaño del quiste hidatídico.⁽³⁾ El quiste se manifiesta por los signos y síntomas inherentes al órgano donde se aloja.

El **diagnóstico definitivo** se realiza con la clínica y los medios auxiliares de imágenes y laboratorio.⁽⁴⁾

Figura 3



Intervención quirúrgica
Imagen del quiste

7 y 8 de 59 mm x 55 mm, sin grumos en su interior, sin halo periquístico. (Ver Figura 2)

Conducta

Se decide realizar intervención quirúrgica. La paciente ingresa a quirófano con diagnóstico de *quiste simple de hígado*.

Se realiza Laparoscopia exploradora y se constata en segmentos hepáticos 7 y 8 imagen de aspecto quístico.

Se procede a realizar su destechamiento, se comprueba en el lecho un material de aspecto membranoso, friable y se procede a la exéresis total del contenido. (Ver Figuras 3 y 4)

El tratamiento se complementa con albendazol a dosis de 400 mg al día.

Evolución

La paciente presenta buena evolución postoperatoria y es dada de alta en su 4° día postcirugía con el plan de completar tratamiento antiparasitario vía oral y seguimiento en consultorio.

La anatomía patológica informa pared quística fibrosa con epitelio cuboideo simple, membrana interna con material membranoso correspondiente a membrana prolifera y estructuras compatibles con *Echinococcus*, por lo que se confirma el diagnóstico de **Quiste Hidatídico**.

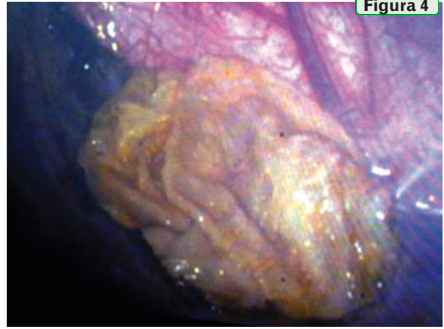
Discusión

Nuestra paciente con 26 años, sin patología de base conocida, refiere historia clínica de un mes de evolución dado por dolor en hipocondrio derecho, de inicio brusco, tipo puntada, que irradia a la escápula. No presentó sensación febril, náuseas ni vómitos, por lo que se sospecha la presencia de algún cuadro en el hipocondrio derecho por lo que se solicitan estudios auxiliares.

El diagnóstico del quiste hidatídico hepático se realiza habitualmente mediante *ecografía abdominal*, donde se observa en la mayoría de los casos varios tipos de imágenes que van desde una imagen quística unilocular, con presencia de arenilla hidatídica en el fondo, membranas flotantes (*signo del camalote ecográfico*) y vesículas hijas como grumos, en algunos casos puede presentarse con calcificaciones.^(8,9)

En nuestra paciente, al no presentar ninguna de estas características ecográficas, no se realizó el diagnóstico

Figura 4



Intervención quirúrgica
Imagen del quiste

de quiste hidatídico. Cabe destacar que el servicio no cuenta con **Doble difusión de arco 5 de capron (DDA5)** ni Inmunofluorescencia Indirecta.

La Tomografía Axial Computarizada abdominal es un estudio que brinda un nivel diagnóstico comparable al de la ecografía, donde su mayor colaboración es en los casos de quistes múltiples. En nuestro caso, el aporte de la tomografía fue semejante al de la ecografía, por lo que no se sospechó en ningún momento el diagnóstico de quiste hidatídico^(8,10)

Conclusión

La hidatidosis hepática es poco frecuente en Paraguay, si bien es endémica en la región. Los estudios imagenológicos permiten orientar el diagnóstico por sus hallazgos característicos.

En la historia clínica presentada, sin embargo, la imagenología no permitió acercarnos al diagnóstico de quiste hidatídico hepático.

La laparotomía exploradora realizó el diagnóstico que fue confirmado por la anatomía patológica.

La paciente presentó buena evolución clínica.

Interesa recordar esta enfermedad que tiene pocos reportes a nivel nacional, pero corresponde tenerla presente en los diagnósticos diferenciales.

Bibliografía

- Alvarez C, Riveros P, Miranda R, Yarus O. Quiste hidatídico mediastínico. Reporte de un caso clínico y revisión de la literatura. *Rev Chil Infect* 2007; 24 (2): 149-152.
- Larrieu E, Frider B, del Carpio M y col. Portadores asintomáticos de hidatidosis: epidemiología, diagnóstico y tratamiento. *Rev Panam Sal Pub/ Pan Am J Public Health*. 2000; 8(4):250-256.
- Bustios C, Uribe R, Vargas G, Mayuri C. Quiste hidatídico hepático asociado a hipertensión portal. *Rev. Gastroenterol. Perú*. 1999; 19(4).
- Revista Electrónica de Medicina Intensiva Caso nº 18. Vol 7 nº 1, enero 2007.
- Farreras P, Rozman C. *Medicina Interna*. 13ra. ed. Madrid, España: Harcourt Brace; 1995: 2: 2472-2474.
- Barrios A, Bustamante Y, Caro A, García G. Enfermedad Hidatídica. Reporte de dos casos. *Revista de Cirugía. Hospital Universitario de la Samaritana Bogotá, D.C. Diciembre 2001*.
- Ferraina P, Oria A. *Cirugía de Michans*. 5ta ed. Buenos Aires: El ateneo; 2003: 519-528.
- Harrison. Principios de la Medicina interna. 14ta ed. Madrid (España): Mc Graw-Hill-Interamericana, 1998: vol 1: 1404-1405.
- Valle-Sanz Y, Lorente-Ramos RM. Sonographic and computed tomographic demonstration of hydatid cysts communicating with the biliary tree. *J Clin Ultrasound*, 2004;32(3):144-8.
- Vera MG, Venturilli F, Aliro Venturilli A. Hidatidosis humana. *Cuad. de Cirug. (Valdivia)*, 2003; 17:88-94.