



## Hidatidosis pulmonar y hepática

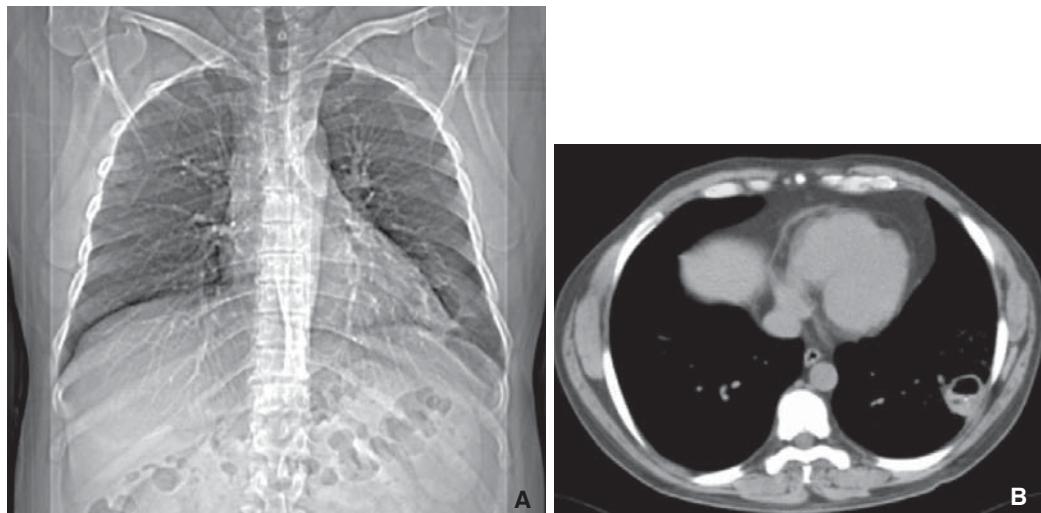
**Gaspar Alberto Motta-Ramírez,\* Manuel Axolohua Sánchez-Alonso,† Enrique Herrera-Ascencio,§ Denis José Echaverry-Navarrete,§ Gildardo Agustín Garrido-Sánchez,||**

**Caso clínico 1.** Hombre de 40 años, con síndrome doloroso abdominal inespecífico al que se le realizó un estudio de tomografía computada y en el que incidentalmente se identificó una lesión pulmonar izquierda caracterizada como masa. En el topograma inicial (*Figura 1A*) se demostró una imagen caracterizada como caverna pulmonar basal izquierda.

En la imagen de la tomografía computada postcontraste intravenoso (*Figura 1B*) se definió la lesión tipo caverna, en el segmento posterobasal izquierdo de 3 x 2.6 cm, con nivel hidroáereo mínimo intralesional, con pared gruesa y calcificaciones diminutas asociadas con afección parenquimatosa pulmonar asociada. La lesión fue sometida a

evaluación por biopsia guiada por tomografía computada de donde se obtienen 20 cm<sup>3</sup> de líquido claro, el cual se envía a citología. El informe histopatológico identificó abundantes formas de equinococo granuloso y ese hallazgo permitió establecer el diagnóstico de hidatidosis pulmonar.

**Caso clínico 2.** Mujer de 34 años, quien inició con dolor subcostal derecho, sin relación con alimentos o hábitos alimenticios, continuo, de intensidad 5/10, tipo no especificado, que aumenta de intensidad sin causa aparente y disminuye con ingesta de analgésicos y antiespasmódicos combinados, con sensación de plenitud y dolor postprandial, y que en las últimas dos semanas se torna de gran



**Figura 1.**

\* Médico Radiólogo adscrito a la Subsección de Tomografía Computada del Departamento de Radiación Ionizante del Hospital Central Militar, Secretaría de la Defensa Nacional.

† Médico Neumólogo, adscrito a la Sala de Medicina de Hombres del Hospital Central Militar, Secretaría de la Defensa Nacional.

§ Médicos Cirujanos Generales, Hospital Ángeles Pedregal.

|| Médico Patólogo, adscrito al Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Central Militar, Secretaría de la Defensa Nacional.

**Correspondencia:**

Dr. Gaspar Alberto Motta Ramírez

Correo electrónico: radbody2013@yahoo.com.mx

Aceptado: 02-06-2014.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

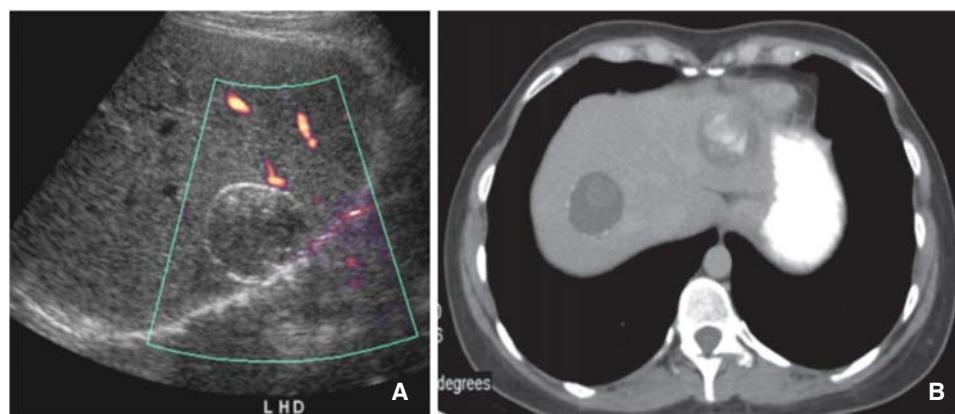


Figura 2.

intensidad, continuo, opresivo, de inicio en región toracolumbar derecha e irradiación a zona subcostal derecha, el cual se incrementa con los movimientos respiratorios, presenta además náuseas en el postpandrio y disminuye con analgésicos, sin remisión total de los síntomas.

Acudió a valoración médica y clínica con el único dato de dolor en el hipocondrio derecho a la palpación, con el resto de la exploración normal.

Se le indicó la realización de estudio de ultrasonido de hígado y vías biliares, donde se definen dos lesiones focales hepáticas, de paredes cálidas (Figura 2A) y con Doppler que define lesión hipovascular; dadas esas características, se decidió también la realización de tomografía computada de abdomen que corroboró las dos imágenes focales hepáticas sugestivas de enfermedad hidatídica.

La tomografía computada de abdomen corroboró las dos imágenes focales hepáticas (Figura 2B) con calcificaciones perilesionales e intralesionales, así como el hallazgo característico de lesión quística intralesional y que condiciona la sospecha de corresponder a enfermedad hidatídica hepática, clasificación de Gharbi V y clasificación de la OMS como CE5.

Se inició esquema de tratamiento con albendazol y se programó para tratamiento quirúrgico, encontrándose tres lesiones focales hepáticas: la mayor, subdiafragmática en el segmento VIII, una menor en el segmento II y III y una muy pequeña de alrededor de 1 cm de diámetro en el segmento VII, no detectada antes en los estudios de imagen.

Se egresó a la paciente en su cuarto día postoperatorio y hasta el momento se encuentra asintomática. Los estudios de laboratorios, incluidos anticuerpos anti-*Echinococcus granulosus* negativos, son normales. Los especímenes obtenidos fueron enviados a patología (Figuras 3A y B), donde se confirmó el diagnóstico de quiste hidatídico.

### HIDATIDOSIS PULMONAR Y HEPÁTICA<sup>1-3</sup>

La hidatidosis o equinococosis es una enfermedad clasificada dentro de las ciclozoonosis. Es producida por las formas larvarias de *Echinococcus granulosus*, el cual parasita el intestino del perro. Ésta es producida por la infección por el gusano plano del género *Echinococcus*, familia *Taeniidae*. Hasta el momento las especies conocidas son cinco:

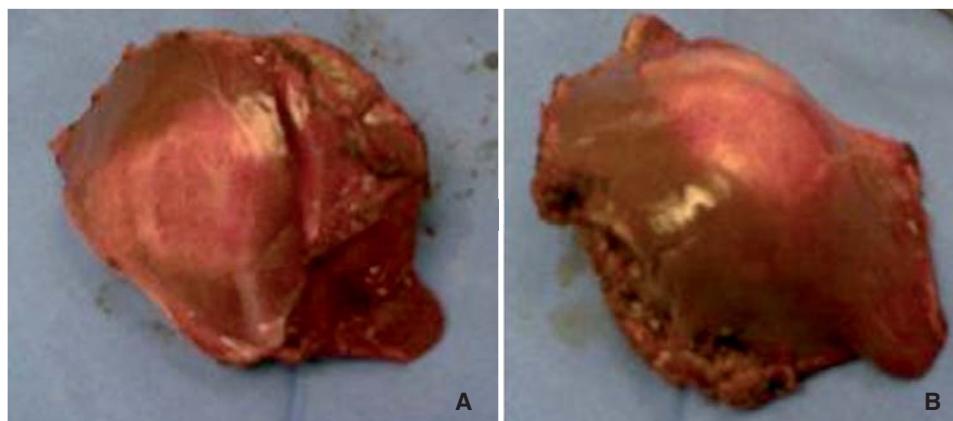
1. *Granulosus*, que es asociado frecuentemente con quiste hidatídico.
2. *Multilocularis*, causante de la equinococosis alveolar.
3. *Vogeli*, que es causante de la equinococosis poliquística.
4. *Oligarthrus*, de presentación rara.
5. *Shiquicus*, de reciente descripción, especialmente en Asia, en la región del Tíbet.

Microscópicamente, el típico quiste hidatídico suele tener dos capas (bilaminado). Se llama periquiste a la zona de reacción inflamatoria del tejido hepático circundante; capas propias del quiste son la membrana laminada (ectoquiste) que actúan como barrera mecánica y filtro de nutrientes, y la membrana germinativa (endoquiste) en donde se encuentran los parásitos y se produce el líquido quístico.

Anualmente, la incidencia mundial de quistes hidatídicos se calcula en 2-3 millones de casos. La equinococosis alveolar constituye 0.3-0.5 millones de casos; de la variedad poliquística se han descrito 150 casos.

La enfermedad típicamente ocurre en comunidades dedicadas al pastoreo, generalmente en personas de escasos recursos que crían ovejas y ganado (donde hay perros pastores). El hombre no es un huésped definitivo, sino sólo el intermediario accidental en el ciclo de vida del parásito; el perro es el huésped definitivo.

En regiones endémicas la incidencia puede ser de 50 casos por 100,000 hombres y su prevalencia oscila 5-10% (en Perú, Argentina, África del Este, Asia Central y China).

**Figura 3.**

Los síntomas, cuando los hay, son producidos por efecto de masa del quiste en expansión y suelen presentarse cuando el quiste es mayor de 5 cm. En el 75%, los pacientes son asintomáticos.

Los síntomas más comunes son:

1. Dolor abdominal (79%).
2. Dispepsia (50%).
3. Síndrome febril con escalofríos (30%).
4. Síndrome icterico (25%).
5. Artritis (5%).
6. Choque anafiláctico, descrito en especial en caso de ruptura del quiste a la cavidad abdominal.

La sintomatología del quiste hidatídico se origina por fenómenos mecánicos de compresión, por complicaciones del quiste o por el pasaje de sustancias de la hidátide al huésped, los cuales provocan alteraciones inmunológicas llegando a presentar crisis urticarianas repetidas. En general, el hallazgo de una tumoración quística en un paciente con buen estado general que procede de una zona endémica y que ha tenido contacto con perros y presenta eosinofilia debe sugerir siempre la posibilidad de una hidatidosis.

En los pulmones, por regla general, el quiste es único y se asienta comúnmente en los lóbulos inferiores, sobre todo en la base del pulmón derecho, evolucionando silenciosamente hasta complicarse o adquirir cierto tamaño.<sup>1-3</sup>

En cuanto a los órganos más frecuentemente afectados, éstos son:

1. Hígado (63%).
2. Pulmones (25%).
3. Músculo (5%).
4. Huesos (3%).
5. Riñones (2%).
6. Cerebro (1%).
7. Bazo (1%).

El tratamiento más efectivo, que constituye el estándar de oro, es el quirúrgico, describiéndose en el caso de hígado abordajes tanto por vía abierta como por laparoscópica. Dentro del tratamiento médico, se ha descrito la utilidad de medicamentos como albendazol preoperatorio a 10-15 mg/kg/día, dos tomas por 28 días y un mes postoperatorio, mebendazol a 40-50 mg/kg/día por 3-6 meses y praziquantel a 40 mg/kg/semana, cada uno con resultados variables.<sup>1-3</sup>

## REFERENCIAS

1. Thambidurai L, Santhosham R, Dev B. Hydatid cyst: anywhere, everywhere. *RCR*. 2011; 6 (3): 1-3.
2. Bakoyannis A, Delis S, Triantopoulou C, Dervenis C. Rare cystic liver lesions: a diagnostic and managing challenge. *World J Gastroenterol*. 2013; 19 (43): 7603-7619.
3. Palafox D, Palafox J, Tello B. Hidatidosis pulmonar. Reporte de dos casos clínicos. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex*. 2009; 22 (1): 111-115.