

HIDATIDOSIS PERITONEAL MASIVA

Y. Núñez-Delgado, J.M. Becerra-Almazán, A. García-Galera

ASPE Hospital de Poniente

Resumen

Hidatidosis y equinococosis son términos que se aplican indistintamente para denominar a los procesos parasitarios causados por las formas adultas y larvares de tenias pertenecientes al género *Echinococcus*. Se trata de una ciclozoonosis de distribución mundial.

En el año 2010 en España, siete CC.AA notificaron casos de hidatidosis, se declararon un total de 146 casos. El número de casos de hidatidosis no sufrió grandes cambios con respecto al 2009 aunque existe una tendencia descendente desde el 2006¹.

Palabras clave: Hidatidosis.

Abstract

Hidatidosis and echinococcosis are the terms applied to denote parasitic processes caused by adult and larval forms of tapeworms of the genus *Echinococcus*. This cyclozoonosis is considered to be present worldwide.

CORRESPONDENCIA

Yolanda Nuñez Delgado
yolandadelgado69@hotmail.com

In 2010, seven autonomous regions in Spain reported seven cases of hydatid disease, the total cases reported being 146. The number of cases of hydatid disease was essentially stable compared to 2009 although there is a downward trend since 2006¹.

Keywords: Hydatid disease.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 27 años, natural de Marruecos, sin antecedentes personales de interés, que consultó en el servicio de urgencias por dolor abdominal y fiebre de 2 días de evolución. En la exploración el abdomen se encontraba distendido de forma generalizada y resultaba doloroso de la palpación difusa. En los datos de laboratorio destacaba una leucocitosis de 12.500 con 83% de neutrófilos. Se realizó ecografía abdominal y TC abdominopélvico con contraste intravenoso lo cuales mostraron la presencia de múltiples lesiones quísticas septadas, que ocupan la práctica totalidad del abdomen típicas de hidatidosis (Figura 1).

Discusión

Las tenias del género *echinococcus* tienen un ciclo biológico indirecto, con intervención de un huésped definitivo

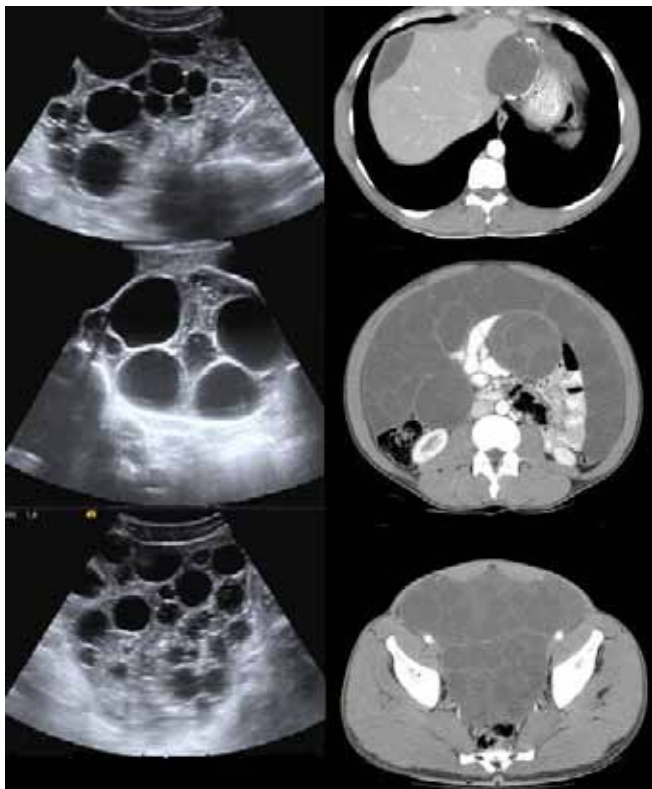


Figura 1

Ecografía abdominal y TC abdominopélvica con contraste oral e intravenoso: Múltiples lesiones quísticas multiloculadas/septadas, de morfología redondeada, algunas de ellas incluidas en otras lesiones de mayor tamaño con morfología "en panal", la mayor de ellas localizada en mesenterio, de aprox. 90x80mm. Dichas lesiones ocupan la práctica totalidad del abdomen a nivel perihepático, subhepático, mesentérico, en flancos, en retroperitoneo izquierdo, pelvis y ambas regiones inguinales, provocando efecto de masa sobre estructuras abdominales deformando el contorno hepático y colapsando las asas intestinales. Hígado de morfología alterada secundario al efecto de masa referido, apreciando una lesión en región de ligamento gastrohepático que impronta el LHI similar a las descritas, con calcificación periférica. Conclusión: Lesiones multiloculadas típicas de hidatidosis activa (clasificación tipo 2 de la OMS mayoritariamente, alguna tipo 3) y una inactiva (tipo 5) con extensa afectación fundamentalmente peritoneal.

(perro doméstico y cánidos silvestres), y un huésped intermediario, (mamíferos herbívoros, especialmente ganado ovino).

El hombre constituye un huésped intermediario accidental.

Una vez que el parásito consigue atravesar la pared intestinal se distribuye bien por el sistema linfático o el sistema venoso portal pudiendo afectar al hígado hasta en el 75% de los casos, al pulmón en el 15% y otras localizaciones en el 10%².

La hidatidosis peritoneal se presenta en el 13% de los casos de enfermedad abdominal, casi siempre secundaria a enfermedad hidatídica hepática, aunque se han descrito casos de afectación primaria. Suele ocurrir secundaria a cirugía hepática, de forma espontánea o por microrroturas asintomáticas de quistes hepáticos³.

Se debe sospechar hidatidosis en toda persona sintomática o no con presencia de masa quística (única o múltiple) localizada en el abdomen o tórax, o en otra localización y asociado con antecedentes epidemiológicos (lugar de origen, contacto con perros, existencia de otros familiares con hidatidosis).

El cuadro clínico es muy variable y dependerá fundamentalmente del órgano afectado y la velocidad de crecimiento. En el hígado, por sus características estructurales, la resistencia del tejido circundante es mayor, lo que determina que en muchos casos el crecimiento sea lento o casi nulo durante años, por lo que un alto porcentaje de personas permanecen asintomáticas durante toda su vida. En cambio el pulmón al presentar características elásticas, ofrece escasa resistencia al crecimiento del quiste, lo que determina un aumento de tamaño relativamente rápido con la consiguiente aparición de síntomas clínicos en un alto porcentaje de los casos.

Cuando los quistes se rompen, en forma espontánea o secundaria a un traumatismo o cirugía, pueden provocar la siembra y formación de nuevos quistes (hidatidosis secundaria múltiple), también pueden infectarse o provocar reacciones anafilácticas.

Si bien la mayoría de las infecciones se adquieren durante la niñez, el lento crecimiento quístico genera que la mayoría de los pacientes no presenten síntomas durante mucho tiempo y, en ocasiones, la enfermedad se descubre accidentalmente al realizar un estudio de imágenes por otro motivo. En los niños, la presencia de una lesión quística hepática, pulmonar o en otra localización debe hacer sospechar la posibilidad de hidatidosis.

El diagnóstico de la hidatidosis se basa en datos epidemiológicos, manifestaciones clínicas, y fundamentalmente métodos complementarios por imágenes. Las pruebas serológicas pueden ayudar al diagnóstico.

Se considera caso confirmado: todo caso sospechoso con la confirmación diagnóstica por imágenes (ecografía, radiografía, y/o tomografía axial computarizada) y/o diagnóstico serológico mediante ELISA, WB o HAI, o por visualización directa por microscopía de protoescolices o ganchos del cestode, restos de membranas y/o estudio histopatológico de la pieza extraída por cirugía.

La ecografía es el método que más ha aportado al diagnóstico de la hidatidosis abdominal por su bajo costo y accesibilidad. Es útil en el diagnóstico de la hidatidosis humana, tanto en pacientes sintomáticos como asintomáticos. La sensibilidad y especificidad de la ecografía para la detección de portadores de quistes hidatídicos de localización hepática se han estimado en 100% y 96 a 97% respectivamente.

La ecografía también permite establecer el estadio del quiste en base a alteraciones estructurales que caracterizan a los distintos momentos evolutivos del mismo y que son la base de las clasificaciones propuestas; así mismo se utiliza para el seguimiento evolutivo de las personas tratadas y para guiar la punción durante el método de PAIR (Punción, aspiración, inyección y reaspiración).

La clasificación ecográfica clásica es la propuesta por Gharbi. La OMS ha propuesto una nueva clasificación con algunas variaciones con respecto a la propuesta por Gharbi.

Clasificación de Gharbi

Tipo I: Univesicular, con membrana visible (hiperecogénica) y contenido líquido homogéneo (anecogénico). Con o sin signo del nevado. Son quistes vitales. Debe realizarse diagnóstico diferencial con quistes simples.

Tipo II: Univesicular con desprendimiento de membrana y contenido líquido homogéneo. Expresan sufrimiento parasitario. Usualmente fértiles. Debe realizarse diagnóstico diferencial con el cistoadenoma hepático.

Tipo III: Multivesicular, con imagen típica en panal de abeja o rueda de carro. usualmente fértil; tiende a complicarse (en general se abren a la vía biliar). Debe realizarse diagnóstico diferencial con la enfermedad poliquística.

Tipo IV: Heterogéneo, predominantemente sólido, con o sin calcificaciones parciales. Raramente vitales. En regresión. Debe realizarse diagnóstico diferencial con lesiones sólidas hepáticas (primarias o secundarias).

Tipo V: Lesión sólida, hiperecogénica con sombra acústica posterior. Son los quistes calcificados y son inactivos. Debe realizarse diagnóstico diferencial con hemangiomas.

Clasificación de la OMS

CL: Quiste de características inespecíficas. Unilocular, pared no visible y contenido líquido homogéneo anecogénico. Indistinguible del quiste simple. Se lo considera como un quiste hidatídico de muy temprano diagnóstico y es fértil.

CE1: (corresponde al tipo I de Gharbi)

CE2: (corresponde al tipo III de Gharbi)

CE3: (corresponde al tipo II de Gharbi)

CE4: (corresponde al tipo IV de Gharbi)

CE5: (corresponde al tipo V de Gharbi)

La cirugía fue durante muchos años el único tratamiento en la hidatidosis. Los nuevos conocimientos sobre el *Echinococcus granulosus*, el diagnóstico temprano y la detección de casos asintomáticos mediante encuestas ecográficas cambió el enfoque terapéutico. La introducción del tratamiento médico con albendazol en pacientes asintomáticos, es el cambio más importante en los últimos años.

La cirugía continúa siendo el tratamiento de elección en los quistes hidatídicos pulmonares, y los quistes hidatídicos sintomáticos hepáticos y de otras localizaciones (complicados o no). La cirugía mínimamente invasiva ha mejorado la recuperación postquirúrgica con técnicas como la laparoscopia, toracoscopia o

el PAIR (punción, aspiración, inyección y reaspiración) aunque en casos seleccionados y en centros con experiencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Resultados de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual. Año 2010. Instituto de Salud Carlos III. Website del Instituto de Salud Carlos III. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fdvigilanciasalertas/fd-enfermedades/RENAVE INFORME ANUAL 2010.pdf>.
2. Pedrosa I, Saiz A, Arrazola J, Ferreirós J, Pedrosa CS. Hydatid disease: radiologic and pathologic features and complications. *Radiographics*. 2000;20:795---817.
3. Banegas Illescas ME, Torres Sousa MY. Hallazgos en Tomografía Computarizada de la hidatidosis peritoneal complicada con una fístula quistocólica. *Radiología*. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rx.2012.04.003>.