

# QUISTE HIDATÍDICO ESPLÉNICO: HALLAZGO CASUAL EN RADIOGRAFÍA ABDOMEN CONVENCIONAL Y ECOGRAFÍA ABDOMINAL.

R. Miguel Gálvez-Fernandez, I. Del Castillo-Codes, M. Tercero-Lozano, R. Martinez-Garcia,  
E. Baeyens-Cabrera

Complejo Hospitalario Jaen

## Resumen

La hidatidosis es un problema de salud pública importante en zonas endémicas como América del Sur, Oriente Medio y el Mediterráneo Oriental, algunos países del África subsahariana y China. La prevalencia a nivel mundial se estima del 2 % al 6 % aunque está subestimada por los escasos estudios llevados a cabo en las áreas endémicas<sup>1</sup>. Esta patología es producida por el *Echinococcus*, sobre todo sus especies *E. granulosus* y *E. multilocularis*. Los humanos son un huésped definitivo incidental al contagiarse por el consumo de carnes infectadas por las oncosferas de esta tenia<sup>2</sup>. En nuestro medio hoy en día suelen manifestarse en forma de quiste calcificado asentado principalmente en el hígado y pulmón, aunque también pueden asentar en otras vísceras. Suele hallarse de manera casual al realizar un estudio por otro motivo, como es el caso que presentamos a continuación.

**Palabras clave:** Hidatidosis hepática y esplénica, *echinococcus*.

## Abstract

Hydatid disease is a major public health problem in endemic areas such as South America, the Middle East, the Eastern Mediterranean region, some sub-Saharan African countries and China. Its prevalence worldwide is estimated to be between 2% to 6%, although it is underestimated by the few studies conducted in endemic areas<sup>1</sup>. This pathology is caused by the genus *Echinococcus*, especially by its species *E. granulosus* and *E. multilocularis*. Humans are the incidental dead-end hosts infected when they eat meat infected by the oncospheres of this tapeworm<sup>2</sup>. Nowadays in our area, this disease normally manifests as a calcified cyst mainly settling in the liver and lungs, but it can also settle in other organs. It is usually discovered accidentally when performing an examination for another reason, such as the one presented here.

**Keywords:** Hepatic and splenic hydatid disease, *echinococcus*.

## Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 88 años que acude a urgencias por un cuadro de un mes de evolución consistente en dolor abdominal difuso, más localizado en hipocondrio derecho acompañado de astenia, anorexia, vómitos bilioalimentarios, ictericia mucocutánea, coluria y tiritona. A nivel exploratorio

### CORRESPONDENCIA

Roque Miguel Gálvez Fernández  
Avenida Cervantes, numero 6, portal 2, 1º B,  
Alora (Malaga) 29500

roque\_galfer5@hotmail.com



**Figura 1**

A nivel del cuadrante superior izquierdo abdominal se visualiza lesión redondeada, calcificada, de unos 5 cm sugerente de quiste hidatídico.



**Figura 2**

A nivel de polo inferior esplénico se visualiza lesión quística redondeada con paredes calcificadas sugerentes de quiste hidatídico esplénico.

destaca la ictericia mucocutánea y el dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho en un abdomen con múltiples cicatrices laparotómicas. En las exploraciones complementarias destaca una anemia normocítica con una hemoglobina 10 g/dl (valor referencia 12-16 g/dl) y hematocrito de 31% (valor referencia 36-48 %) y un volumen corpuscular medio (VCM) de 88 fl (valor referencia 80-99 fl), un aumento de las transaminasas con una GOT de 152 UI/l (valor referencia 10-55 UI/l), una GPT de 165 UI/l (valor referencia 10-52 UI/l), una GGT de 425 UI/l (valor referencia 18-65 UI/l), así como una bilirrubina total de 4,5 mg/dl (valor referencia 0-1 mg/dl) y una proteína C reactiva (PCR) de 181 mg/l (valor referencia 0-5 mg/l). Además se le realiza una Radiografía convencional de abdomen donde se observan algunas asas centinelas de intestino delgado, pero sobre todo destaca una imagen redondeada, calcificada, de unos 5-6 cms localizada en hipocondrio izquierdo en teórica zona del bazo que puede corresponder con quiste hidatídico (Figura 1).

Posteriormente se solicitó con carácter urgente una ecografía abdominal donde se objetiva una marcada dilatación de las vías biliares intra y extrahepática con un colédoco de 18 mms con un stop brusco en su porción intrapancreática. Además se visualiza una esplenomegalia con una imagen de aspecto quístico en el polo inferior, de pared calcificada que deja sombra acústica posterior, de unos 5 cm, en probable relación con quiste hidatídico calcificado (Figura 2).

El paciente continuó su estudio en planta mediante la realización de una ColangiRMN y una colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE) diagnosticándose de Colangitis aguda, ictericia obstructiva 2ª a ampuloma y quiste hidatídico esplénico, derivándose tras la colocación de prótesis en vía biliar, a la Unidad de Cuidados Paliativos.

## Discusión

La Hidatidosis es una patología causada por la infección en la etapa de metacestodo del *Echinococcus tenia*, que pertenece a la familia Taeniidae. Hoy día se conocen hasta 4 especies de *Echinococcus* que pueden producir una infección en los seres humanos, siendo el *E. granulosus* y el *E. multilocularis* las más comunes, pudiendo producir una hidatidosis quística hepática y una hidatidosis alveolar, respectivamente. Las otras dos especies, el *E. vogeli* y el *E. oligarthrus*, causan una equinococosis poliquistica, pero sólo se han asociado raramente con humanos<sup>1,2</sup>.

El *Echinococcus* que más frecuentemente provoca infecciones humanas en nuestro medio es el *E. granulosus*. La fase inicial de la infección primaria es siempre asintomática y puede cursar de esta manera hasta 50 años y posteriormente dar sintomatología, aunque lo más frecuente es que permanezcan asintomáticos, siendo diagnosticados por casualidad al ser estudiados los sujetos por otra causa. No obstante la presentación clínica de la infección por estos va a depender del lugar de asentamiento de los quistes y del tamaño de estos. Los pacientes con quistes pequeños y / o calcificados pueden permanecer asintomáticos por tiempo indefinido. Sin embargo, los síntomas debidos al efecto de masa dentro de los órganos, la obstrucción de vasos sanguíneos o linfáticos, o complicaciones como la ruptura o las infecciones bacterianas

secundarias pueden aparecer en cualquier momento. Los quistes aumentan típicamente de diámetro a una velocidad de uno a cinco centímetros por año, sin embargo, las tasas de crecimiento del quiste y cursos de tiempo son muy variables<sup>3</sup>. El quiste hidatídico se puede encontrar en casi cualquier sitio del cuerpo, ya sea desde la inoculación primaria o secundaria a través de propagación. El hígado se ve afectado en aproximadamente dos tercios de los pacientes, los pulmones en aproximadamente el 25 por ciento, y otros órganos incluyendo el cerebro, los músculos, los riñones, los huesos, corazón, páncreas y bazo en una pequeña proporción de los pacientes<sup>4</sup>. Los métodos diagnósticos para la identificación de estos quistes van a ser principalmente la ecografía de abdomen, la Tomografía Axial Computerizada (TAC) de abdomen y la Resonancia Magnética Nuclear (RMN) abdominal. La ecografía abdominal tiene una sensibilidad del 90-95 % para el diagnóstico de estos y existen 2 clasificaciones empleadas, la de la Organización Mundial de la Salud en 2003 que los clasifica en 6 subtipos, y la clásica clasificación de Gharbi que los clasifica en 5 subtipos, de manera que nuestro caso sería un quiste CE-5 para la primera de ellas y subtipo V para la segunda<sup>5, 6</sup>. Además existen técnicas serológicas que identifican anticuerpos contra el *Echinococcus* y además el propio antígeno, siendo las primeras más sensibles que las segundas<sup>7</sup>. El tratamiento de esta entidad puede ir desde la observación y control evolutivo periódico de los quistes hasta una cirugía abierta, pasando por el tratamiento antibiótico con Albendazol o Mebendazol o una terapia percutánea. Esto va a depender de la localización de los quistes, el tamaño y la sintomatología de los enfermos<sup>8</sup>.

8. Brunetti E, Kern P, Vuitton DA, Writing Panel for the WHO-IWGE. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. *Acta Trop* 2010; 114:1.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Romig T, Dinkel A, Mackenstedt U. The present situation of echinococcosis in Europe. *Parasitol Int* 2006; 55 Suppl:187.
2. Eckert J, Holstein B, Heath D, Liu FJ. Prevention of echinococcosis in humans and safety precautions. In: WHO/OIE Manual on Echinococcosis in Humans and Animals, Eckert J, Gemmel MA, Meslin FX, Pawlowski Z. (Eds), Office International des Epizooties, Paris 2001. p.96.
3. Frider B, Larrieu E, Odriozola M. Long-term outcome of asymptomatic liver hydatidosis. *J Hepatol* 1999; 30:228.
4. Dziri C, Haouet K, Fingerhut A, Zaouche A. Management of cystic echinococcosis complications and dissemination: where is the evidence? *World J Surg* 2009; 33:1266.
5. WHO Informal Working Group. International classification of ultrasound images in cystic echinococcosis for application in clinical and field epidemiological settings. *Acta Trop* 2003; 85:253.
6. Gharbi HA, Hassine W, Brauner MW, Dupuch K. Ultrasound examination of the hydatid liver. *Radiology* 1981; 139:459.
7. Riganò R, Ioppolo S, Ortona E, Margutti P, Profumo E, Ali MD, et al. Long-term serological evaluation of patients with cystic echinococcosis treated with benzimidazole carbamates. *Clin Exp Immunol* 2002; 129:485.