

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO

ATYPICAL PRESENTATION OF A HEPATIC HYDATID CYST

J.M. Vázquez-Morón, G. Mariscal-Vázquez, B. Benítez-Rodríguez, H. Pallarés-Manrique, M. Ramos-Lora

Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Resumen

Presentamos el caso de una mujer que acude a urgencia por dolor torácico y disnea. Inicialmente se sospecha un tromboembolismo pulmonar pero en angioTC tórax se observa gran lesión quística en lóbulo hepático derecho. Serología equinococo fue positiva. Fue diagnosticada de gran quiste hidatídico con buena evolución tras tratamiento quirúrgico y médico con albendazol.

Palabras clave: Quiste hidatídico hepático.

Abstract

We report the case of a woman admitted at the emergency services for chest pain and dyspnea. The initial suspicion was of pulmonary embolism but the chest CT angiography showed a large cystic lesion in the right hepatic lobe. Serological tests for echinococcosis showed positive results. The patient was diagnosed with large hydatid cyst with good results after surgical and medical treatment with albendazole.

Key words: Hepatic hydatid cyst.

Introducción

La hidatidosis es una zoonosis parasitaria producida por la larva del *Echinococcus granulosus*. El órgano que se suele afectar más frecuentemente es el hígado. Las manifestaciones dependen del órgano afectado, el número de quistes, su tamaño, actividad y la presión ejercida sobre tejidos u órganos adyacentes.

Caso clínico

Mujer de 32 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por dolor en región costal derecha que aumenta con los movimientos respiratorios y se acompaña de disnea. A la exploración destaca hipoventilación en base derecha y abdomen doloroso en hipocondrio derecho palpándose hepatomegalia de 5 cms. En analítica destaca 13900 leucocitos con fórmula normal, PCR 0.9 mg/dl, GGT 123 U/l y dímero D 505 ng/ml. Serología VIH, VHB, VHC y VHD negativa. En radiografía de tórax destaca elevación del hemidiafragma derecho (Figura 1). Se realizó AngioTC de tórax sin observarse imágenes sugestivas de TEP, aunque sí se apreció elevación del hemidiafragma derecho debido a una gran lesión quística de 18x13x15 cm en el parénquima hepático derecho (Figura 2). En RM abdomen se objetivó una gran lesión quística que ocupa gran parte del lóbulo hepático derecho, con paredes engrosadas de manera difusa sin captación de contraste ni tabicaciones (Figura 3). La serología de equinococo fue positiva. La paciente fue diagnosticada de gran quiste hidatídico tipo I (hialino) de Gharbi. Se inició tratamiento con albendazol a dosis de 400 mg cada 12 horas durante una semana y posteriormente se realizó quistoperiquistectomía más omentoplastia, continuando el tratamiento con albendazol durante 4 semanas más con buena evolución clínica y resolución de la lesión quística.

CORRESPONDENCIA

Juan María Vázquez Morón
juanma_cartaya@hotmail.com

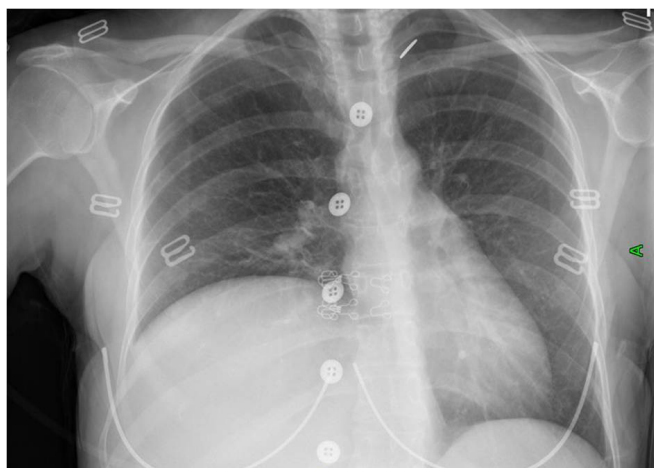


Figura 1
Rx tórax PA con elevación de hemidiafragma derecho.

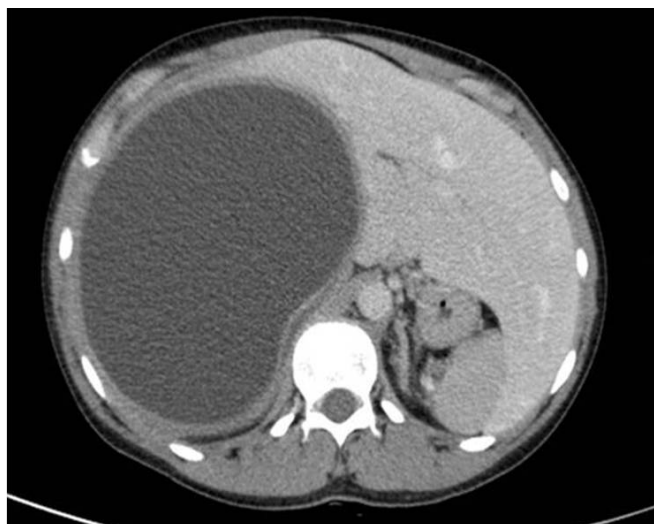


Figura 2
Corte transversal de TAC en el que se observa gran lesión quística en lóbulo hepático derecho.

Discusión

El equinococo es un parásito que requiere dos mamíferos para completar su ciclo básico. El hombre es un huésped accidental, que adquiere la infección al ingerir alimentos contaminados. La localización más frecuentes de los quistes es el hígado (60-70%). Otras posibles localizaciones son el pulmón (25%), peritoneo (3-5%), bazo (1-3%), riñones 1.5-2% y sistema nervioso central (2%)¹. Los sujetos infectados cursan asintomáticos durante meses, años o permanentemente. El quiste crece a una velocidad de 1-5 cm/año y generalmente no produce síntomas hasta que no alcanza 10 cms ya que el principal mecanismo patógeno es por el efecto mecánico de la lesión². Cuando se manifiesta lo hace como algún tipo de complicación por compresión o ruptura del quiste. Suele ser frecuente que aparezca dolor abdominal, ictericia, puede aparecer infección, obstrucción y trombosis de la vena porta así como de las venas suprahepáticas. Habitualmente

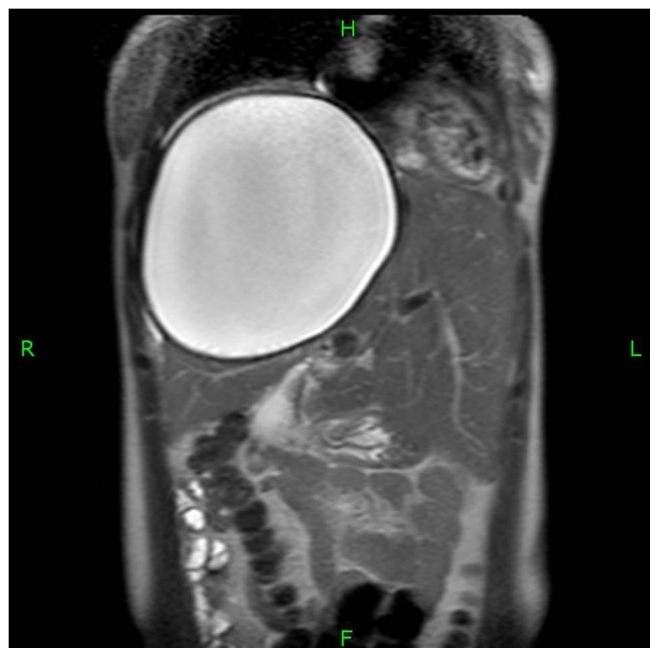


Figura 3
Corte coronal de RM abdominal en el que se observa gran lesión quística en lóbulo hepático derecho sin tabicaciones.

los quistes hidatídicos hepáticos suelen medir menos de 15 cms de diámetro³. El diagnóstico se basa en la visualización directa y/o detección de anticuerpos en suero, ayudados por pruebas de imagen como ecografía abdominal, TC o RM⁴. El tratamiento médico se recomienda combinado con la cirugía y consiste en la administración de albendazol 400 mg cada 12 horas una semana antes de la intervención y un mes tras la misma. La cirugía puede ser conservadora (conservando la periquística) o radical, existiendo distintas técnicas (quistoperiquistectomía parcial o total o hepatectomía), tanto con cirugía abierta como laparoscópica, que dependerá del tipo de quiste, tamaño, características del paciente y experiencia del cirujano⁵.

Bibliografía

1. Ruiz-Rabelo JF, Gómez-Álvarez M, Sánchez-Rodríguez J, Rufián Peña S. Complications of extrahepatic echinococcosis: fistulization of an adrenal hydatid cyst into the intestine. *World J Gastroenterol* 2008; 14 (9): 1467-9.
2. Adán Merino L, Alonso Gamarra E, Gómez Senent S, Froilán Torres C, Martín Arranz E, Segura Cabral JM. Hidatidosis hepática: manejo actual de una entidad aún presente. *Rev Esp Enferm Dig* 2008; 100 (8): 520-1.
3. Marti Bonmati L, Menor Serrano F. Complications of hepatic hydatid cysts: ultrasound, computed tomography and magnetic resonance diagnosis. *Gastrointest Radiol* 1990; 15: 119-25.
4. Safioleas M, Misiakos E, Manti C, et al. Diagnosis and treatment of hepatic hydatid disease of the liver. *World J Surg* 1994; 18: 859-63.
5. Priego P, Nuño J, López Hervás P, López Buenadicha, Perodomingo R, Die J, et al. Hidatidosis hepática. Cirugía radical vs no radical: 22 años de experiencia. *Rev Esp Enferm Dig* 2008; 100: 82-5.