

Hidatidosis hepática

M. Fanjul Gómez, M. Santos Sebastián, M. Peláez Jiménez, J. Cebrián Pazos, J. Vázquez
Sección de Enfermedades Infecciosas Pediátricas. Servicio de Pediatría.
Hospital Materno Infantil. «Gregorio Marañón». Madrid

Resumen

La hidatidosis sigue causando una importante morbimortalidad en diversas partes del mundo. El diagnóstico definitivo de la afectación hepática depende de la combinación de técnicas de imagen y estudios serológicos. El tratamiento de elección continúa siendo la cirugía, especialmente en quistes de gran tamaño o complicados.

Presentamos el caso clínico de un paciente de 5 años, a quien se detecta en una exploración rutinaria una masa abdominal localizada en el hipocondrio derecho. Había estado en contacto con un perro que estaba correctamente desparasitado. Mediante ecografía y resonancia magnética nuclear abdominales se diagnostica un quiste hepático de 11 cm de diámetro. La serología confirma la etiología, ya que presenta título de anticuerpos frente a *Echinococcus* de 1/128. Dado el tamaño del quiste, se opta por un tratamiento quirúrgico mediante quistectomía. Tanto el estudio del líquido quístico (se observan *Echinococcus granulosus*) como la histología de la pieza quirúrgica son diagnósticas de quiste hidatídico. La evolución clínica de la paciente fue satisfactoria, negativizándose los anticuerpos frente a *Echinococcus* al año de seguimiento.

Palabras clave

Echinococcus, quiste hepático, niños

Abstract

Title: Hepatic hydatidosis

Hydatidosis continues to be an important cause of morbimortality in several parts of the world. The definitive diagnosis of the hepatic disease depends on the combination of imaging techniques and serological studies. Surgery continues to be the preferred treatment, especially in the case of large or complicated cysts.

We present the clinical case of a 5-year-old patient in whom, during a routine examination, an abdominal mass located in the right hypochondrium was found. The patient had been in contact with a dog that was properly dewormed. Through an ultrasound scan and abdominal NMR imaging a hepatic cyst measuring 11 cm in diameter was diagnosed. The serology confirms the etiology since it shows a titre of antibodies against *Echinococcus* of 1/128. In view of the size of the cyst the chosen treatment was surgery consisting of a cystectomy. Both the study of the cystic fluid (*Echinococcus granulosus* are seen) as well as the histology of the surgical specimen are diagnostic of a hydatid cyst. The patient's clinical evolution was satisfactory, with the antibodies against *Echinococcus* becoming negative after the patient had been followed up for a year.

Keywords

Echinococcus, hepatic cyst, children

Introducción

La hidatidosis continúa causando una importante morbimortalidad en varias regiones del mundo. Es una patología endémica en el área mediterránea, en África, América del Sur, en el medio oeste asiático, Australia y Nueva Zelanda¹.

Es una zoonosis causada por la larva del cestodo *Echinococcus granulosus*. El huésped definitivo son los perros y otros canes. Las ovejas y diversos mamíferos (incluyendo el hombre) actúan como huéspedes intermedios. La infección se adquiere mediante la ingestión de los huevos (por contacto con los huéspedes definitivos o sus heces, o bien mediante la ingestión de vegetales contaminados). En el intestino de los mamíferos se liberan los embriones y desde allí invaden diversos órganos donde se desarrollan las lesiones quísticas. La forma larvaria

(metacestodo) es la responsable de la formación de estos quistes. Afectan principalmente al hígado (65%) y a los pulmones, aunque también pueden afectar a la cavidad abdominal, el corazón, los huesos, los músculos y el sistema nervioso central¹⁻⁶.

Aunque la infección se puede adquirir durante la infancia, tan sólo el 10-20% de los casos se diagnostican durante este periodo, debido al lento crecimiento de los quistes¹⁻⁴. La clínica depende del tamaño, del número y de la localización de las lesiones. Inicialmente son asintomáticos, pero con el crecimiento pueden causar dolor epigástrico, náuseas, hepatomegalia, colestasis e incluso hipertensión portal. En caso de rotura puede producir shock anafiláctico^{2-4,6}.

Presentamos el caso de un paciente de 5 años en la que en una exploración rutinaria se detecta una masa de localización hepática. Mediante técnicas de imagen se confirma la natura-

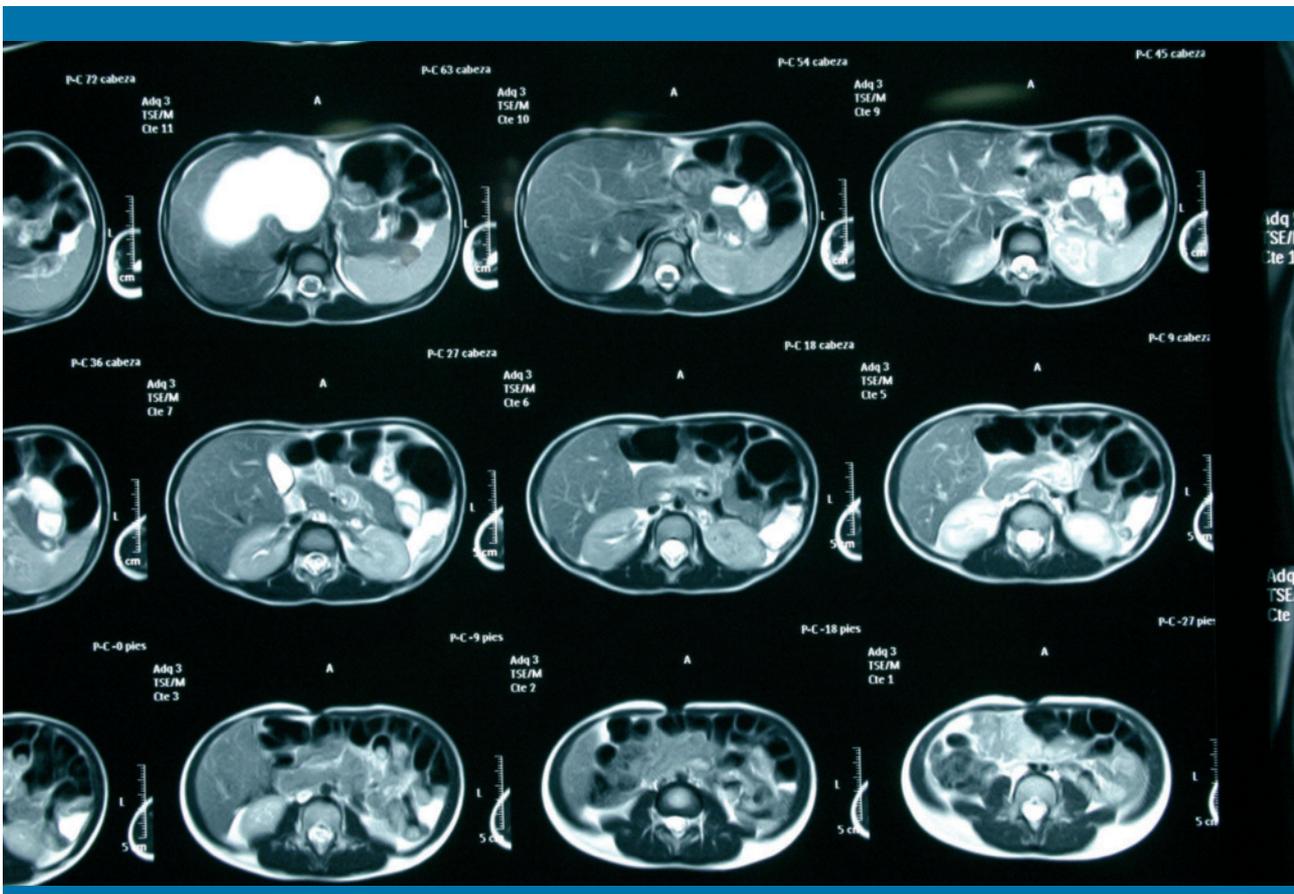


Figura 1. Imagen de RMN que muestra imagen quística bilobulada de 11×7 cm

leza quística de la lesión y con la serología-histología se identifica como un quiste hidatídico.

Caso clínico

Paciente de 5 años que acude a urgencias por presentar un cuadro febril de 12 días de evolución. El paciente presentaba episodios ocasionales de dolor abdominal, sin alteraciones del tránsito gastrointestinal. No tenía antecedentes personales de interés, estaba vacunado según el calendario de la Comunidad de Madrid y había tenido contacto con un perro correctamente desparasitado.

En la exploración física destaca el hallazgo de una masa en el hipocondrio derecho: tumoración dura a la palpación, que no permite apreciar la superficie hepática. Resto de exploración normal.

En las pruebas realizadas inicialmente destaca en la bioquímica sanguínea un leve aumento de transaminasas (56 UI/L, GPT 45 UI/L, GGT 61 UI/L) y una ecografía abdominal en la que se observa un gran quiste hepático.

Se efectúa, además, una resonancia magnética nuclear (RMN) hepática que muestra una gran imagen quística bilobulada de 11×7 cm de localización intrahepática, que ocupa la práctica totalidad del lóbulo izquierdo, con desplazamiento lateral de la vena porta izquierda (figura 1).

En los estudios serológicos presenta anticuerpos frente a *Echinococcus* con un título de 1/128.

El tratamiento de elección fue la cirugía (quistectomía). En la intervención se objetiva gran quiste hepático a nivel de los segmentos VIII y IV. Inicialmente se puncionó y evacuó el líquido hidatídico. Después se efectuó la abertura de la cavidad quística y extracción de membrana única, con destechamiento, sutura hemostática y lavado de la cavidad (figura 2).

En el examen en fresco del líquido del quiste se observa *Echinococcus granulosus*. La anatomía patológica de la pieza reseca mostraba estructuras laminales acelulares en las que se observa una capa interna celular (germinativa) y la presencia de múltiples escólices separados de dicha capa germinativa. El fragmento de morfología quística está constituido internamente por una capa fibrosa gruesa que muestra un área de



Figura 2. Abertura de la cavidad quística y extracción de membrana única

necrosis, y en el exterior está rodeado por un infiltrado inflamatorio constituido fundamentalmente por linfocitos y abundantes eosinófilos. Externamente se observa tejido hepático muy desestructurado, en el que se identifican algunas laminitas hepatocitarias con abundantes focos de infiltrado inflamatorio crónico y escasos espacios porta con signos de fibrosis. El juicio diagnóstico fue de quiste hidatídico.

La paciente presentó buena evolución postoperatoria. Se mantuvo ingresada con tratamiento antiparasitario (mebendazol) durante 6 días y fue dada de alta a la semana afebril y con buena tolerancia oral y buen estado general.

Al mes de la cirugía, el título de anticuerpos frente a *Echinococcus* fue de 1/1024. A los 5 meses de la cirugía el título descendió a 1/128, negativizándose en el control realizado al año.

Seis meses después del episodio previo, acude por presentar parestesias en manos. Ante la sospecha de lesiones cerebrales se realiza RMN cerebral, en donde se descarta dicha patología.

Discusión

Nuestro caso consiste en un paciente asintomático, a quien se diagnostica en una exploración rutinaria un quiste hidatídico hepático. Como la mayoría de pacientes pediátricos con hidatidosis, nuestro paciente no presentaba síntomas en el momento del diagnóstico. Es frecuente que la forma de inicio sea la palpación de una masa abdominal^{2,3,6}.

La aproximación diagnóstica se realiza con técnicas de imagen: ecografía, TC abdominal y RMN^{1-3,6}. En nuestro caso se realizó ecografía abdominal y RMN, y ambas sirvieron para orientar el diagnóstico. La confirmación diagnóstica se basa en la determinación del título de anticuerpos frente a *Echinococcus*. Sin embargo, no todos los individuos afectados presentan títulos positivos; en ese caso, el diagnóstico definitivo se pue-

de realizar mediante la punción-aspiración guiada mediante ecografía (visualización de los protoescólices). Tan sólo el 25% de los pacientes infectados presenta eosinofilia. Nuestro caso presentaba una cifra de eosinófilos dentro de los valores normales¹⁻³.

El tratamiento de la hidatidosis hepática debe ser inmediato tras el diagnóstico⁴. Existen tres tratamientos posibles: cirugía, punción-aspiración-inyección de una solución de etanol y reaspiración (PAIR) y por último tratamiento farmacológico exclusivo¹⁻³. El tratamiento de elección continúa siendo la extracción quirúrgica completa del quiste. Está especialmente indicado en quistes hepáticos de gran tamaño no complicados, como el de nuestro caso^{1-4,6,7}. El PAIR tiene la ventaja de ser una técnica mínimamente invasiva, pero debe acompañarse de tratamiento con albendazol el día previo a la intervención y durante los 15-30 días posteriores². Debe elegirse el tratamiento médico en quistes inoperables o cuando son múltiples en dos o más órganos. Son eficaces tanto el albendazol (10-15 mg/kg/día en dos dosis) como el mebendazol (40-50 mg/kg/día) y el tratamiento debe mantenerse durante 3-6 meses¹⁻⁴.

El seguimiento de los pacientes debe realizarse mediante pruebas de imagen. La serología ocupa un segundo lugar, ya que puede permanecer positiva incluso 10 años después del diagnóstico¹⁻³.

Podemos concluir que, aunque la enfermedad hidatídica cada vez es menos frecuente en nuestro medio, ante toda lesión quística de localización hepática debe incluirse en el diagnóstico diferencial la enfermedad hidatídica. El tratamiento de elección continúa siendo la cirugía. ■

Bibliografía

1. Craig P, McManus D, Lightowlers M, Chabalgoity J, Gacia H, Gavidia C, et al. Prevention and control of cystic echinococcosis. *Lancet Infect Dis.* 2007; 7: 385-394.
2. Eckert J, Deplazes P. Biological, epidemiological, and clinical aspects of echinococcosis, a zoonosis of increasing concern. *Clin Microbiol Rev.* 2004; 17(1): 107-135.
3. Moro PL, Schantz PM. *Echinococcus* species (agents of cystic, alveolar, and polycystic echinococcosis). En: Long S, Pickering LK, Prober CG, eds. *Pediatrics infectious diseases*, 3.^a ed. Filadelfia: Elsevier, 2008; 1.327-1.330.
4. Bildik N, Çevik A, Altıntaş M, Ekinci H, Canberk M, Gülmen M. Efficacy of preoperative albendazole use according to months in hydatid cyst of the liver. *J Clin Gastroenterol.* 2007; 41(3): 312-316.
5. Daradkeh S, EL-Muhtaseb H, Farah G, Sroujeh AS, Abu-Khalaf M. Predictors of morbidity in the surgical management of hydatid cyst of the liver. *Langenbecks Arch Surg.* 2007; 392: 35-39.
6. Gourgoutis S, Stratopoulos C, Moustafellos P, Dimopoulos N, Pappas G, Vougas V, et al. Surgical techniques and treatment for hepatic hydatid cysts. *Surg Today.* 2007; 37: 389-395.
7. Unal A, Pinar Y, Murat Z, Murat K, Ahmet C. A new approach to the surgical treatment of parasitic cysts of the liver: hepatectomy using the liver hanging maneuver. *World J Gastroenterol.* 2007; 13(28): 3.864-3.867.