

HIDATOSIS HEPATOESPLÉNICA: a propósito de un caso

- Dr. Jorge Israel Hernández Blanquel.^{1*}
- Dr. José Luis Romero Zamora.²
- Dra. Ana Lilia García Armendariz.³
- Dr. Kenneth Meza Monge.⁴

RESUMEN

La hidatidosis o equinococosis quística (EQ) es una zoonosis parasitaria causada por *Echinococcus granulosus*. Su ciclo vital incluye perros, ovejas y otros animales. Los signos y síntomas de la EQ pueden deberse al efecto de masa del quiste, su sobreinfección o a reacciones de anafilaxia secundarias tras su ruptura. Debido a su lento crecimiento, el diagnóstico habitualmente se realiza en la adultez mediante la clínica, los estudios de imagen y las pruebas serológicas. No hay un consenso universal respecto al tratamiento de la EQ; éste se basa en tres pilares fundamentales: cirugía, drenaje percutáneo y uso de antiparasitarios (habitualmente albendazol). La elección del tratamiento más apropiado se basa en la sintomatología del paciente y las características del quiste.

PALABRAS CLAVE

Hidatidosis hepática, equinococosis, quiste hidatídico.

ABSTRACT

Hydatidosis or cystic echinococcosis (EC) is a parasitic zoonosis caused by *Echinococcus granulosus*. Its life cycle involves dogs, sheep and other animals. The signs and symptoms of EC may be related to the mass effect of the cyst, its superinfection or to secondary anaphylaxis reactions after its rupture. Due to the slow growth of EC, diagnosis is usually made in adulthood through clinical, imaging studies and serological tests. There is no universal consensus regarding the treatment of EC; Treatment is based on three fundamental pillars: surgery, percutaneous drainage and antiparasitics (mainly albendazole). The choice of the most appropriate approach is based on the symptomatology of the patient's symptoms and the characteristics of the cysts.

KEY WORDS

Hepatic hydatidosis, echinococcosis, hydatid cyst.

¹ Infectólogo Pediatra, Médico Adscrito al Departamento de Infectología, Hospital del Niño y el Adolescente Morelense.

² Infectólogo y Parasitólogo Pediatra, Médico Adscrito al Departamento de Infectología del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" (HIMFG), Adscrito al Servicio de Infectología del Hospital General de México, Adscrito al Departamento de Microbiología y Parasitología de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

³ Residente de Segundo Año de Pediatría, Hospital del Niño y el Adolescente Morelense.

⁴ Médico Interno de Pregrado, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN).

* Correspondencia:

Hospital del Niño y el Adolescente Morelense, Departamento de Infectología
Av. de la Salud 1, Col. Benito Juárez C.P. 62765
Municipio Emiliano Zapata, Morelos, México
Teléfono: (777) 233-7882
e-mail: jorgehblanquel@gmail.com

Introducción

La hidatosis (hidatidosis) hepatoesplénica, equinococosis o quiste hidatídico es una zoonosis cosmopolita, reportada con mayor frecuencia en Europa, Asia, África, Australia. Los agentes etiológicos son las formas larvares de las especies del cestodo *Echinococcus*. *Echinococcus granulosus* y *Echinococcus multilocularis* son los más frecuentes, causantes de equinococosis quística (EQ) y equinococosis alveolar (EA) respectivamente. *Echinococcus vogeli* y *Echinococcus oligarthrus* dan lugar a equinococosis poliquistica y se han reportado con mucha menor frecuencia en el humano.^{1,2}

Como factores de riesgo de adquisición de la EQ, se han propuesto el bajo nivel socioeconómico, la escasa educación sanitaria, la adscripción a áreas rurales y la relación con perros que estén en contacto con ganado o excretas de animales. A pesar que la mortalidad de la infección no es muy elevada (2.2%), presenta una elevada morbilidad.³

A pesar de la importancia y a la continua presentación de casos nuevos de hidatidosis hepatoesplénica —muchos de ellos complicados—, es una parasitosis olvidada por nuestros médicos jóvenes, por lo que no hay suficientes estudios comparativos respecto al tratamiento y solo pocos países han realizado programas dirigidos a controlar esta parasitosis.⁴

En México, la información sobre la hidatidosis es muy limitada, por lo que el médico la desconoce y no sospecha de ella.

A continuación se describe un caso de hidatidosis hepatoesplénica múltiple en un paciente escolar detectada por hallazgo.

Descripción del caso

Se trata de masculino de ocho años y ocho meses de edad, quien es referido a la consulta externa del servicio de Infectología por parte del servicio de Cirugía Pediátrica, por presentar quistes en hígado y bazo. El paciente es originario y residente de Tetecala, Morelos.

Antecedentes personales no patológicos

Niega antecedente de contacto con tuberculosis, así como la ingesta de productos lácteos no pasteurizados. Esquema de in-

Animales con los que convive	Número de animales
Perro	3
Becerro	1
Cabra	8
Gato	1

munización al corriente (cuenta con cartilla y muestra cicatriz por aplicación de BCG). Refiere convivencia con diferentes animales:

Antecedentes personales patológicos

Sin importancia para el padecimiento actual.

Padecimiento actual

El pasado 27 de abril de 2018 refiere haberse caído desde su propia altura al estar jugando fútbol. Posteriormente presenta vómito de contenido gastroalimenticio y aparente síncope secundario, motivo por el cual es ingresado al Hospital General de Tetecala, Morelos. Durante su estancia intrahospitalaria de 24 horas, presenta fiebre de 38 °C. Se mantiene en observación en el servicio de Urgencias y posteriormente es egresado sin receta médica. Horas más tarde, la madre acude con un médico particular al notar la persistencia de la fiebre (nuevamente de 38 °C) y dolor abdominal agregado; por lo cual el facultativo realiza ultrasonido abdominal, el cual reporta hígado con presencia de “múltiples lesiones sugerente a hematomas, en lóbulo hepático derecho y en bazo”. En ese momento se administra metanzol y ceftriaxona por vía intramuscular y se solicita estudio de hemograma y función hepática, los cuales más adelante se reportaron como normales.

Al no haber mejoría, el paciente es llevado al Hospital del Niño y el Adolescente Morelense (HNAM), donde es evaluado por el servicio de Pediatría General, desde donde se solicita interconsulta al servicio de Cirugía Pediátrica ante reporte del ultrasonido realizado en el medio privado.

Exploración física

A su llegada, el paciente se encuentra afebril, asintomático y sin

síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Muestra abdomen semigloboso, con dolor a la palpación en hipocondrio derecho, se palpa borde hepático en 5.5 cm, liso, con matidez y discretamente doloroso; el polo esplénico es palpable en 1 cm; presencia de ganglios inguinales bilaterales <1.5 cm, no dolorosos. Cardiopulmonar sin compromiso.

Los estudios paraclínicos muestran eosinofilia periférica de 12%, resto de hemograma normal, salvo una IgE elevada (2150 UI/mL). La función hepática se reporta normal. Los estudios de gabinete consisten en: 1) Un ultrasonido abdominal (**Figura 1**) que reporta lesiones en hígado y bazo con centro heterogéneo, y 2) Tomografía computarizada de cráneo, tórax y abdomen simple y contrastadas, las cuales muestran múltiples lesiones gigantes tipo quísticas, distribuidas principalmente en hígado (5 lesiones) y otras dos en bazo (**Figura 2**). No se hallan lesiones quísticas a nivel pulmonar (**Figura 3**). Ante dichos hallazgos se consideran dos posibilidades diagnósticas: quistes hidatídicos multivesiculares o poliquistosis hepatoesplénica no infecciosa.

Se solicita confirmación de *Equinococcus granulosus* al servicio de Parasitología del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" (HIMFG), con reporte de hemaglutinación positiva con títulos 1:2048, inmunodifusión positiva y contrainmunoforesis positiva. El paciente es tratado con una dosis inicial de albendazol de 10 mg/kg/día, con un posterior incremento a 15 mg/kg/día y un descanso semanal cada mes durante seis meses. Su control tomográfico no reporta cambios en número ni dimensión de las lesiones (**Figura 3**).

Discusión y conclusiones

La hidatidosis es un importante problema de salud en muchos países endémicos y México no es la excepción. Esta patología multi-quística de nuestro paciente es una entidad infecciosa parasitaria rara, que puede poner en riesgo la vida.

El diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos y antecedentes relevantes, como la ruralidad y contacto con perros. El uso combinado de ultrasonografía y técnicas de inmunodiagnóstico, permite la distinción de otras entidades quísticas, como lesiones benignas, malignas y abscesos. El retraso del diagnóstico se debe a la baja tasa de crecimiento de los quistes hidatídicos (de 1 a 5 centímetros de diámetro anualmente), siendo bien tolerado a largo plazo por los pacientes.⁵



Figura 1. Imagen de ultrasonido abdominal que muestra hígado con lesión quística que sugiere presencia de protoescolices.

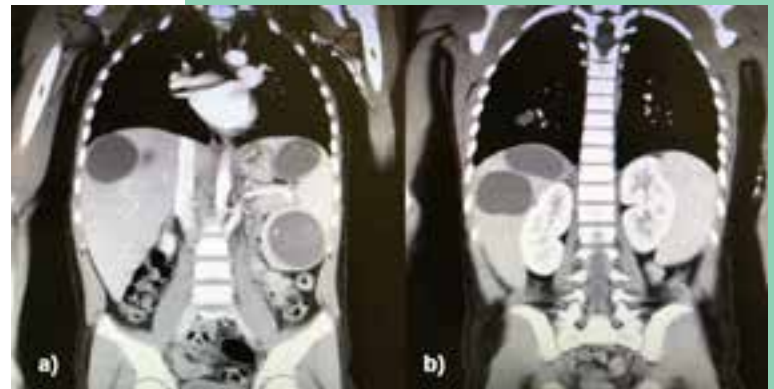


Figura 2. Lesiones hipodensas de grandes dimensiones en tomografía computarizada (corte coronal) situadas en: a) hígado, y b) bazo.



Figura 3. Tomografía computarizada de control de abdomen seis meses posterior al inicio del tratamiento.

El tratamiento de la hidatidosis se basa en tres tipos de métodos: cirugía, punción-aspiración-inyección-reaspiración (PAIR) y uso de antiparasitarios. El tratamiento médico considera los antiparasitarios mebendazol y albendazol, pero no es suficiente para la erradicación del quiste hidatídico en algunas ocasiones. El tratamiento de elección es el albendazol en dosis elevadas, siendo más efectivo que el mebendazol en el tratamiento de la hidatidosis.⁶

El tratamiento quirúrgico de la hidatidosis hepática sigue siendo controversial y no existe actualmente un consenso al respecto. La cirugía se indica ante la presencia de diversas causas como su gran dimensión, posible infección quística, localización en sitios de riesgo (cercanos a mediastino) o por su efecto desplazante de masa. La técnica quirúrgica es la quistoperiquistectomía total. Otras alternativas quirúrgicas son la quistoperiquistectomía parcial y las hepatectomías.⁶

La técnica PAIR consiste en la aspiración del quiste, inoculación de un protoescolicida (etanol 95% o cetrimida 0.5%) y reaspiración posterior, todo ello bajo control sonográfico. La técnica PAIR está contraindicada en quistes calcificados o con comunicación biliar.

La mayoría de autores proponen un mínimo de tratamiento de 45 días con albendazol, previo y posterior al evento quirúrgico, para evitar complicaciones en caso de ruptura espontánea o por trauma abdominal (riesgo de abdomen agudo y ruptura hacia árbol biliar y/o peritoneo).

En nuestro paciente, la titulación fue muy elevada y las lesiones resultaron extensas y múltiples, por lo que el tratamiento antiparasitario no ha reducido las lesiones, pero tampoco han aumentado. Su resolución terapéutica está aún en discusión, ya que también existe controversia con respecto al manejo quirúrgico ante la ausencia de síntomas.

Es muy importante que médicos generales y profesionales ligados a la salud pediátrica consideren esta entidad como una posibilidad diagnóstica, sobre todo frente a pacientes con factores de riesgo o procedentes de áreas endémicas. Ello garantizaría mayor celeridad en el proceso diagnóstico, permitiendo tratar precozmente e impactar en una menor morbimortalidad causada por esta patología.

REFERENCIAS

- Galindo F, Sánchez A. Hidatidosis hepática. En: Galindo F. Cirugía digestiva. Buenos Aires, 2009. pp. 1-16.
- Berberian G, Rosanova MT, Inda L, et al. Hidatidosis en niños: experiencia en un hospital de alta complejidad fuera del área endémica. Arch Argent Pediatr 2017;115(3):282-6.
- Armiñanzas C, Gutierrez C, Fariñas MC. Hidatidosis aspecto epidemiológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos. Rev Esp Quimioter 2015;28(3):116-24.
- Pinto G. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la hidatidosis. Revista Chilena de Cirugía 2017;69(1):1-102.
- Paredes SJT. Hepatopulmonary hydatidosis: pediatric case report and literature review. Med Wave Revista Biomédica Revisada Por Pares 2014.
- Aguilar-Shea. Hidatidosis hepática: revisión de tres casos. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espronceda. Editorial Elsevier. España, 2009. pp. 255-311.