

Caso clínico

Quiste hidatídico hepático en atención primaria

Flor Pérez González, Verónica López García, Beatriz Estalayo Gutiérrez, Rocío Ibáñez del Castillo, Javier González Padilla

Centro de Salud José María Llanos. Madrid

Varón de 71 años de edad, sin alergias conocidas ni antecedentes familiares de interés. Es originario de la zona rural de Castilla y León y aficionado a la caza. Tiene 2 perros.

Antecedentes personales: aneurisma de aorta infrarenal, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 e hiperlipemia mixta. Sigue tratamiento con empaglifozina (10 mg/día), enalapril (20 mg/día), simvastatina (20 mg/día), fenofibrato (145 mg/día), ácido acetilsalicílico (100 mg/día). Antecedentes quirúrgicos: quistectomía de quiste hidatídico hace 39 años.

Acude a consulta a buscar los resultados de una analítica rutinaria de control: hemoglobina 16,2 g/dl, hematocrito 50,7 %, leucocitos 6,85 $10^3/\mu\text{l}$, eosinófilos 0,3 $10^3/\mu\text{l}$, glucosa 124 mg/dl, colesterol total 172 mg/dl, LDL-colesterol 101 mg/dl, HDL-colesterol 34 mg/dl, triglicéridos 183 mg/dl, GPT 113, GOT 64, GGT 215, bilirrubina total 0,5 mg/dl, velocidad de sedimentación globular 4.

Exploración física: buen estado general, piel y mucosas normocoloreadas, auscultación cardiopulmonar normal; abdomen globuloso, blando, no doloroso con la palpación, sin masas ni megalias.

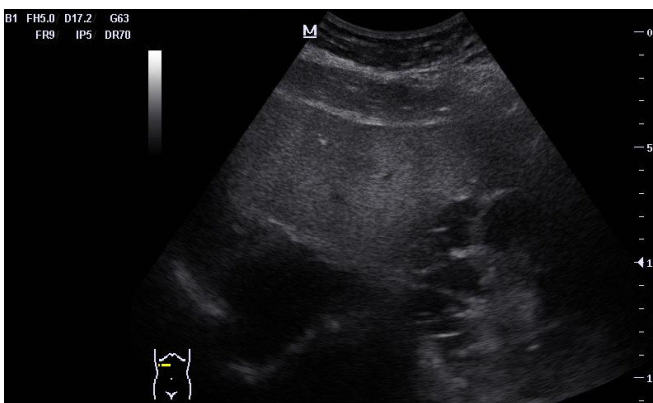


Imagen 1.

A la vista del hallazgo de la elevación de las transami-

nasas se realiza exploración ecográfica: parénquima hepático con aumento difuso de la ecogenicidad compatible con esteatosis hepática (imagen 1); en la línea media abdominal se observa una imagen de paredes bien definidas y multiquística en su interior (imagen 2), cuyo origen no puede determinarse con exactitud (puede ser el lóbulo hepático izquierdo, de unos 9 x 9 cm (imágenes 3 y 4); vesícula biliar alitiásica, colédoco y vías biliares sin alteraciones; bazo, área pancreática y ambos riñones sin alteraciones.

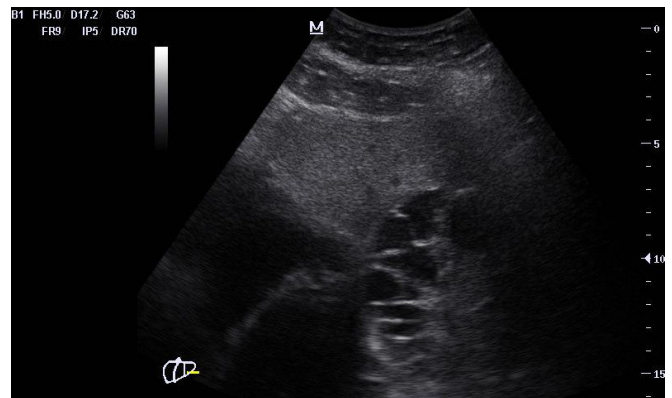


Imagen 2.

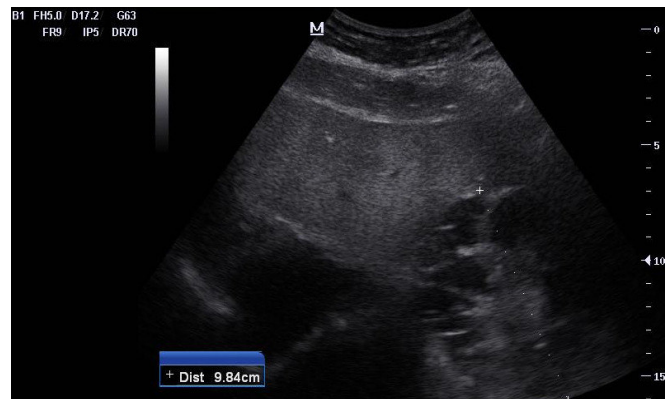


Imagen 3.

Ante el hallazgo ecográfico de quiste hepático, se remite al paciente al Servicio de Cirugía Digestiva, que solicita TAC abdominal. En ella se encuentra el hígado de tamaño normal, con disminución de la densidad, que sugiere esteatosis hepática; se identifica un área de irregularidad del borde del mismo, en la que se observan varias imágenes quísticas redondeadas, de pequeño tamaño, y una calcificación periférica discontinua, localizadas en el segmento V, que pueden corresponder a un quiste hidatídico (tipo III). Medial al lóbulo izquierdo, con amplio contacto con la cara posterior de los segmentos II y

III, se identifica una gran lesión focal exofítica, que mide aproximadamente 11 x 10 cm, que contacta con la cara anterior del bazo y con la cara superior del cuerpo gástrico y lo desplaza caudalmente; dicha imagen muestra paredes muy bien definidas y se identifican en su interior varias imágenes de aspecto quístico, redondeadas, junto con membranas, que probablemente corresponde a un quiste hidatídico con matriz y vesículas hijas múltiples en su interior (tipo II); no se identifica calcificación en dicha estructura. La vesícula biliar es de tamaño y morfología normal y no hay dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática. Páncreas y bazo dentro la normalidad. Glándulas suprarrenales con discreto engrosamiento difuso bilateral, que puede corresponder a un adenoma o a hiperplasia. Riñones de tamaño y morfología normales, sin dilatación de la vía excretora. No se identifican adenopatías intraabdominales ni pélvicas de tamaño en rango patológico. Discreta dilatación aneurismática de la aorta abdominal infrarrenal, con diámetro de aproximadamente 30 mm. No se observan alteraciones destacables en las estructuras óseas ni en los cortes del tórax inferior parcialmente incluidos. En conclusión, se trata de una imagen quística exofítica, aparentemente dependiente del lóbulo izquierdo, compatible con quiste hidatídico tipo II; imagen con calcificación periférica en el segmento V compatible con quiste hidatídico tipo III.



Imagen 4.

El Servicio de Cirugía evalúa el caso tras la revisión bibliográfica y la presentación en sesión clínica. Aunque la indicación de tratamiento es quirúrgica, se considera necesario previamente realizar 3 ciclos de albendazol oral. Posteriormente se llevará a cabo nuevamente serología y TAC de control para programar la intervención quirúrgica.

COMENTARIO

Las zoonosis son enfermedades poco conocidas por la población general. Existen alrededor de 200 de declaración obligatoria. Entre las que pueden transmitirse al hombre en condiciones naturales, una de las de mayor importancia en España es la hidatidosis (enfermedad hidatídica, quiste hidatídico, equinocosis). Las razones de esta importancia son las siguientes:

- Tiene una incidencia elevada.
- Es una enfermedad de larga duración, que requiere

un tratamiento quirúrgico complejo.

- Supone un coste elevado, tanto en lo que se refiere a la asistencia como a otros costes sociales (defunciones, incapacidades, absentismo...).
- Es fácilmente erradicable.

El hombre adquiere la enfermedad por su contacto con perros; no obstante, no existiría si no se mantuviese el ciclo natural perro-ganado, que constituye el reservorio de la misma y, por tanto, el origen del riesgo de la enfermedad humana.

En España fue una enfermedad de declaración obligatoria desde 1981 hasta 1996. En 1997 pasó a ser vigilada por las comunidades autónomas en las que era endémica (La Rioja, Navarra, Madrid, Castilla y León y Castilla-La Mancha).

La infestación de las personas puede producirse al consumir verduras crudas, contaminadas por deyecciones de perros parasitados y mal lavadas, como ocurre con el ganado. En el hombre, el contacto directo con el perro suele ser la forma más habitual de transmisión. El parásito se desarrolla en el hombre como en cualquier otro huésped intermediario.

El órgano más frecuentemente afectado es el hígado (75 %), por ser el primer filtro que atraviesa la sangre procedente del intestino. Se caracteriza por la aparición de quistes que constituyen la fase larvaria de la *Tenia echinococcus*, cuya forma adulta se encuentra en cánidos y carnívoros.

La sintomatología a que puede dar lugar depende de la localización y tamaño del quiste, que se desarrolla lentamente y puede alcanzar hasta 10 cm de diámetro. El periodo de latencia de esta enfermedad en el hombre está comprendido entre 5 y 20 años (media de 7,5 años).

La forma de presentación es el descubrimiento accidental de una masa abdominal asintomática o un agrandamiento asintomático del hígado hallado en una exploración física rutinaria. En algunos pacientes existe dolor abdominal localizado en el hipocondrio derecho, habitualmente el primer síntoma que pone en marcha el diagnóstico. Ocasionalmente, la presentación clínica es la de un cólico biliar que puede cursar con ictericia transitoria, y a veces con colangitis (escalofríos, sudoración y fiebre).

La analítica elemental muestra resultados inespecíficos. Cuando hay afectación hepática se puede observar una elevación de la bilirrubina o de la fosfatasa alcalina. La eosinofilia está presente en 25 % de los pacientes infectados; la hipogammaglobulinemia, en 30 %.

Las técnicas de imagen más utilizadas en el diagnóstico del quiste hidatídico son la ecografía, la TAC y la RMN abdominales.

La ecografía es la prueba de elección en lesiones quísticas de localización abdominal. Existen múltiples clasificaciones que tratan de diferenciar las lesiones en función de la actividad de la lesión quística; la más utilizada es la de la OMS/IWGE:

- CE1: lesión unilocular activa con contenido anecoico y uniforme. La pared del quiste es visible en forma de una doble membrana; ocasionalmente se evidencia "arenilla" y, si se cambia de posición al paciente, al

movilizarse dicha arenilla hidatídica se produce el *signo de los copos de nieve*.

- CE2: lesión activa consistente en múltiples vesículas hijas y septos que pueden adoptar diferentes disposiciones: *rueda de carro, panal de abejas o roseta*. El contenido de la lesión presenta ecogenicidad mixta.
- CE3: estado transicional. Al desprenderse la membrana endoquística de la periquística suele adoptar dos conformaciones: *signo del nenúfar*, con el endoquiste completamente separado del periquiste y flotando sobre el líquido del quiste; otra conformación es la del *quiste dentro del quiste*, que se presenta como pequeñas lesiones quísticas anecoicas inmersas en el contenido del quiste.
- CE4: estado inactivo. Suele mostrar un contenido heterogéneo, sin vesículas hijas; puede aparecer ocasionalmente con una conformación en espiral con zonas ecoicas y anecoicas formando el *signo del ovillo de lana*.
- CE5: estado inactivo del quiste. Se forma una gruesa capa calcificada en la pared del periquiste y se genera una sombra acústica inferior a este contenido calcificado; se corresponde con la muerte del parásito.

Este sistema de clasificación permite agrupar las lesiones en:

- Activas (CE1 y 2).
- Transicionales (CE3).
- Inactivas (CE4 y 5).

La TAC presenta una sensibilidad y especificidad superiores al 93 %; con la RMN se puede identificar la zona periquística, que se comporta como un anillo hipointenso en todas las secuencias, efecto que la distingue de otras lesiones quísticas hepáticas.

La serología es el medio diagnóstico que permite la confirmación (hemaglutinación pasiva de hemáties sensibilizados).

No existe en la actualidad unificación de criterios en cuanto al mejor tratamiento, ni siquiera en lo referente a la necesidad de tratar o no la infección. El tratamiento se basa en tres pilares fundamentales: cirugía, drenaje percutáneo y uso de antiparasitarios. En función de la situación clínica y de las características de los quistes se elige la modalidad más adecuada.

Durante mucho tiempo se consideró el quirúrgico el mejor e incluso el único tratamiento; sin embargo, en las últimas décadas está siendo reemplazado por los tratamientos más conservadores y ha quedado reservado para casos seleccionados. Mantiene un papel esencial ante:

- Quistes de gran tamaño (CE2-CE3b con múltiples vesículas hijas), especialmente si comprimen estructuras vecinas.
- Quistes complicados (los asociados a roturas, fístulas, infecciones, hemorragias), cuando no es posible realizar técnicas percutáneas.
- Quistes que presentan riesgo de rotura espontánea o secundaria a manipulación percutánea.

La intervención quirúrgica puede realizarse por vía laparoscópica o abierta. A su vez, la forma abierta puede ser radical (extracción de la membrana periquística, el

quiste e incluso resección hepática) o conservadora (retirada únicamente de material parasitario, y empleo de diferentes métodos para rellenar la cavidad resultante).

Existe controversia en relación a cuál es la técnica más adecuada. Los resultados de diversos estudios concluyen que los procedimientos más radicales parecen tener una menor morbilidad y mortalidad. En cualquier caso, como regla general debe asociarse tratamiento con albendazol desde la semana previa a la intervención hasta cuatro semanas después de la misma, con el fin de minimizar el riesgo de enfermedad secundaria por diseminación de las protoescolices en la cavidad peritoneal.

Se está investigando acerca de la posibilidad de que el tratamiento farmacológico pueda llegar a sustituir a la intervención quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

- Caremani M, Lapini L, Caremani D, Occhini U. Sonographic diagnosis of hydatidosis: the sign of the cyst wall. *Eur J Ultrasound*. 2003;16: 217-23.
- Haddad MC, Birjawi GA, Khouzami RA, Khowy NJ, El-Zein YR, Al-Kutoubi AO. Unilocular hepatic echinococcal cysts: sonography and computed tomography findings. *Clin Radiol*. 2001;56:746-50.
- Torrecilla Franco A, Romero Martín M, Domínguez Carmona M. Correlación radio-patológica de la hidatidosis hepática a través de la radiología convencional, TAC y RMI. *Imagen abdominal. Aparato digestivo*. Dig. 1999;1:144-56.
- García Testal A, Rabanaque Mallén G, Ortiz Belver V. Diagnóstico de hidatidosis hepática. *Rev Valenciana Med Familia*. 1999;5:25-49.
- Davis CE. Diagnóstico de laboratorio de las parasitosis. En: Braunwald F, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL (eds). *Harrison: Principios de Medicina Interna*, 2001; I: 1398-405.
- Kumar MJ, Toe K, Banerjee RD. Hydatid cyst of liver. *Postgrad Med J*. 2003;79:113-4.
- Craig PS, McManus DP, Lightowler MW, Chabalgoity JA, Garcia HH, Gavidia CM, et al. Prevention and control of cystic echinococcosis. *Lancet Infect Dis*. 2007;7:385-94.
- Moore TA. Tratamiento de las parasitosis. En: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL (eds). *Harrison: Principios de Medicina Interna*, 2001; I: 1405-11
- Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación (1995). *El quiste hidatídico*. Madrid: publicaciones de extensión agraria, pág 9-15.
- Arenas N, Beguiristáin A, Benítez P, Encinas FJ, et al. España: un modelo de programa de control de hidatidosis. *Veterinary Public Health Reports* 1992.
- Schipper HG, Kager PA. Diagnosis and treatment of hepatic echinococcosis: an overview. *Scand J Gastroenterol Suppl*. 2004;241:50-5
- Filippou D, Tselepis D, Filippou G. Advances in liver echinococcosis: diagnosis and treatment. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2007;5:152-9.