

Notas clínicas

Diagnóstico incidental del quiste hidático en paciente asintomática: ¿cómo actuar?

Incidental diagnosis of hydatid cyst in an asymptomatic patient: how can I do?

S. Martín-Arroyo, S. Melero-Brenes, F. Cárdenas-Cauqui, S.F. Mac-Mathuna, F.J. García-Molina

Hospital de especialidades de Jerez de la Frontera. Cádiz.

RESUMEN

La hidatidosis es producida por las larvas del parásito *Echinococcus granulosus*, endémica en muchos países del Mediterráneo. Puede afectar a cualquier localización anatómica ya que la diseminación es por vía hematogena. Pero principalmente afecta al hígado (60%) y a los pulmones (10-30%)¹. Esta zoonosis fuera de las dos principales localizaciones es muy rara, representando el 10% de la hidatidosis en general. Las formas de presentación más frecuentes son: concomitante a un quiste hidatídico hepático o como siembra peritoneal secundaria a ruptura de quiste hidatídico hepático². Presentamos un caso ajeno a estas dos formas de presentación, ya que se trata de una mujer sin factores de riesgo para hidatidosis que se interviene de forma programada para exéresis de masa quística mesentérica. Los resultados de anatomía patológica indican que se trata de un quiste hidatídico. La evolución de la enfermedad es lenta y la sintomatología depende de la localización anatómica, aunque en el caso que presentamos, la paciente está asintomática.

Palabras clave: hidatidosis, quiste hidatídico mesentérico.

CORRESPONDENCIA

Silvia Martín Arroyo
Hospital de especialidades de Jerez de la Frontera
11407 Jerez de la Frontera (Cádiz)
smartin2910@gmail.com

XREF

ABSTRACT

Hydatidosis is caused by the larvae of the parasite *Echinococcus granulosus*, endemic in many Mediterranean countries. It can affect any anatomical location since dissemination is hematogenous. But it mainly affects the liver (60%) and the lungs (10-30%)¹. Apparition of this zoonosis outside of the two stated locations is very rare, accounting for 10% of hydatidosis in total. The most frequent forms of presentation are: concomitant to a hepatic hydatid cyst or as peritoneal seeding secondary to the rupture of a hepatic hydatid cyst². We present a case distinct to these two forms of presentation, since it is a woman without risk factors for hydatidosis who was subject to a programmed intervention involving the exeresis of a mesenteric cystic mass. The results of the anatomical pathology study indicate that it is a hydatid cyst. The evolution of the disease is slow and the symptomatology depends on the anatomic location, although in the case we present, the patient is asymptomatic.

Keywords: hydatidosis, mesenteric hydatid cyst.

INTRODUCCIÓN

La hidatidosis se distribuye por todo el mundo, especialmente en países del medio oriente, del mediterráneo y de latinoamérica.

CITA ESTE TRABAJO

Martín Arroyo S, Melero Brenes S, Cárdenas Cauqui F, Mac Mathuna SF, García Molina FJ. Diagnóstico incidental del quiste hidático en paciente asintomática: ¿cómo actuar? *Cir Andal*. 2019;30(2):246-48.

El quiste hidático se produce por las larvas enquistadas del *Echinococcus granulosus*, que habita en el intestino delgado de perros o cánidos salvajes, afectando por tanto a personas que tienen relación con estos animales³. El hombre actúa como huésped intermediario.

La clasificación de los quistes hidáticos está basada en la clasificación de Gharbi, que divide la presentación de los quistes en tres grupos: activo, de transición o inactivo.

La hidatidosis extrahepática y extrapulmonar es muy poco frecuente; siendo el bazo la tercera localización en frecuencia (0,5-8%)⁴. A nivel óseo, la columna vertebral es el hueso más afectado, seguido de la pelvis y el fémur. La hidatidosis renal (3%) y la cerebral (1%) también se han descrito en la literatura⁵.

Se presenta un caso clínico que no se incluye en las formas de presentación habituales ni en las localizaciones extrahepáticas y extrapulmonares más frecuentes. Se trata de un quiste mesentérico en una paciente asintomática y que se detecta de forma incidental en un TAC realizado por neutropenia. Se procede a cirugía y es la anatomía patológica la que indica que se trata de un quiste hidático, sospecha diagnóstica que no se había tenido previamente.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 59 años con antecedentes personales de osteoporosis y depresión, estudiada por hematología por neutropenia asintomática. En este contexto, se realiza TAC, que evidencia lesión circunscrita, de 52x56x55 mm, en la grasa de hipogastrio-fosa ilíaca derecha, compatible con teratoma (Figura 1). Ante esta sospecha, la paciente es derivada a ginecología, que descarta dependencia de anejos y es derivada a consultas externas de cirugía general.

Se presenta el caso en sesión clínica de cirugía y se decide, siguiendo los deseos de la paciente, exéresis de la lesión.

Se comienza intervención quirúrgica programada por laparoscopia, sin llegar a identificar la tumoración objetivada en TAC por lo que se decide conversión a cirugía abierta. Intraoperatoriamente se aprecia lesión quística en meso yeyunal de unos 5-6 cm que obliga a resección intestinal y posterior anastomosis (Figura 2).

El postoperatorio transcurre sin incidencias, la paciente inicia tolerancia oral en el primer día postoperatorio y es dada de alta al cuarto día tras la intervención quirúrgica.

Los resultados de anatomía patológica describen la pieza como: tumoración quística adherida a serosa de yeyuno, sugestiva de quiste hidático inerte. En su interior se observan sombras necróticas que recuerdan a escolex y pequeñas vesículas hijas.

Tras los hallazgos, se realiza anamnesis dirigida a la paciente, haciendo hincapié en el posible contagio de la zoonosis, sin poder determinar la existencia de factores de riesgo.

Es valorada por enfermedades infecciosas que amplían analítica de la paciente y determinan que no es conveniente tratamiento adicional dada la negatividad en la serología con alta sensibilidad y especificidad y al tratarse de un quiste hidático inerte.



Figura 1

TAC en el que se objetiva lesión circunscrita de diámetros 52x56x55 mm (T, AP, CC) con contenido de grasa y contenido de mayor densidad declive, en la grasa hipogastrio-fosa ilíaca derecha, compatible con teratoma, quiste epidermoide, probablemente complicada con sangrado.

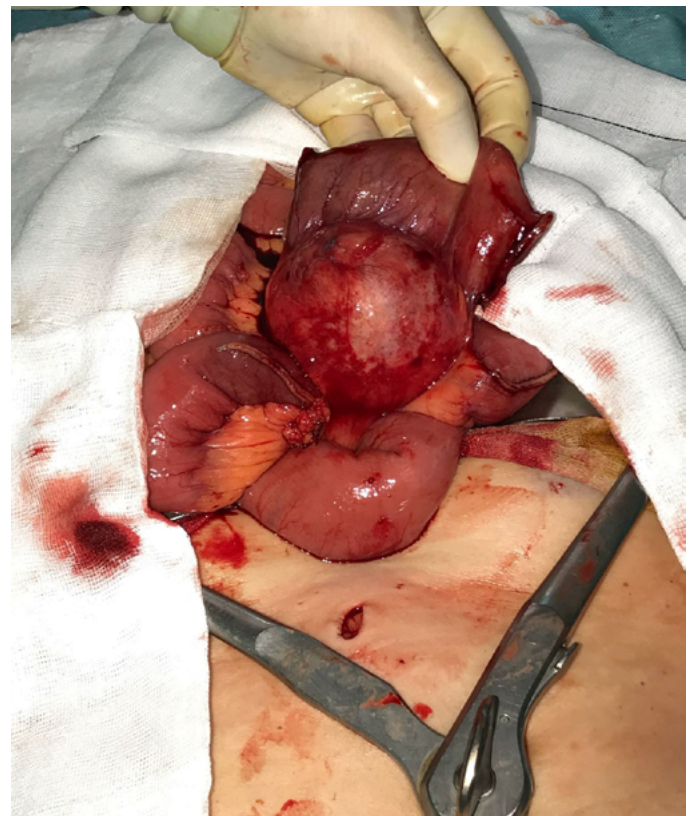


Figura 2

Pieza quirúrgica reseçada, se aprecia tumoración redondeada de unos 6 cm de diámetro, íntimamente adherida a serosa yeyunal, lo que obligó a resección y posterior anastomosis intestinal.

DISCUSIÓN

La hidatidosis en España había disminuído en los últimos años, pero con la creciente emigración de otras zonas endémicas y su escaso control sanitario, se ha apreciado un aumento de los casos en la actualidad⁶. La hidatidosis es una antropozoonosis de declaración obligatoria desde 1982, año en el que se notificaron aproximadamente 2.000 casos. Se clasifica como una enfermedad endémica regional por el RD 2210/1995 por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)⁷.

Normalmente la infección permanece asintomática durante años, hasta la aparición de sintomatología que, como ya se ha mencionado, depende del órgano afectado, del número y tamaño de los quistes y del tipo de complicaciones (rotura, compresión mecánica del quiste, etc.)⁸.

Los quistes hidatídicos, siguiendo las guías clínicas de la Asociación Española de cirugía (AEC), se clasifican en CE1-CE5, se tiene en cuenta la apariencia del contenido y la pared: activo (CE1 y CE2), transicional (CE3) e inactivo (CE4 y CE5). Además, se contemplan como CL los casos dudosos, En el caso propuesto sería CE4, ya que se trata de un quiste inactivo.

La hidatidosis extrahepática y extrapulmonar es diagnosticada en cualquier órgano; sin embargo, por su escasa incidencia, no se han desarrollado guías para su diagnóstico, tratamiento y seguimiento posterior.

La clínica depende del órgano afectado; por ejemplo la hidatidosis renal se manifiesta con dolor o disuria, el quiste hepático con dolor, masa palpable, ictericia y fiebre, y los quistes pulmonares producen tos o hemoptisis². En algunos casos, como el que se presenta, los quistes hidatídicos son asintomáticos y se diagnostican de forma incidental en pruebas de imagen⁹.

Las indicaciones quirúrgicas y terapéuticas de la hidatidosis extrapulmonar y extrahepática no están todavía muy definidas, debido a la escasez de casos. Por ello, el tratamiento se adapta a las características del quiste, el órgano afectado y las preferencias del paciente.

En el tratamiento médico se emplean dos fármacos benzimidazoles: mebendazol y albendazol. Estos fármacos interfieren en la absorción de glucosa a través de la pared del parásito, deplecionando glucógeno y produciendo cambios degenerativos a nivel del retículo endoplasmático y mitocondrial del equinococo. Los benzimidazoles no se indican en el tratamiento de los quistes inactivos, a menos que presenten complicación¹⁰.

Normalmente, el quiste hidatídico se trata quirúrgicamente, teniendo como finalidad la eliminación completa del parásito, con especial cuidado en la preservación del quiste en su totalidad para evitar su rotura y posterior siembra^{2,11}. Se puede realizar la intervención quirúrgica por vía laparoscópica o laparotomía.

Con este caso se quiere plantear la inclusión del quiste hidatídico entre los posibles diagnósticos diferenciales ante masa intraabdominal de origen desconocido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Narayana Pradeepa P, Gangadhar M Kudri, Manasa S Janney, Hulegar A Abhishekh. Unusual radiologic manifestations of the echinococcus infection in the thorax. *World J Radiol.* 2016 Jun 28; 8(6): 581-587
2. Farah Adel a, José Manuel Ramiaa, Luis Gijón, Roberto de la Plaza-Llamas a et al. Hidatidosis extrahepática y extrapulmonar. *Cirugía y Cirujanos.* 2017;85(2):121---126
3. Sumbal Haleem, Sadaf Niaz, Naveeda Akhtar Qureshi, Riaz Ullah, Mansour S. Alsaid, et al. Incidence, Risk Factors, and Epidemiology of Cystic Echinococcosis: A Complex Socioecological Emerging Infectious Disease in Khyber Pakhtunkhwa, Province of Pakistan. *Biomed Research international.* (2018) [DOI: [10.1155/2018/5042430](https://doi.org/10.1155/2018/5042430)]
4. Dar MA, Shah OJ, Wani NA, Khan FA, Shah P. Surgical management of splenic hydatidosis. *Surg Today.* 2002;32:224---9
5. Pumarola A, Rodríguez-Torres A, García- Rodríguez JA, Piedrola-Angulo G. *Microbiología y parasitología médica.* 2nd ed. Barcelona, España: Salvat
6. Javier Pardo, Antonio Murob, Inmaculada Galindoc, Miguel Corderod, Adela Carpioc, et al. Hidatidosis en la provincia de Salamanca: ¿debemos bajar la guardia?. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica.* Vol. 23. Núm. 5. Mayo 2005. Páginas 251-330. [DOI: [10.1157/13074966](https://doi.org/10.1157/13074966)]
7. Amillategui Dos Santos R, Cano Portero R. Resultados de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles. *Informe anual.* Año 2014. 2014;1-122.
8. Protocolo de vigilancia Epidemiológica de hidatidosis humana. Red de Vigilancia Epidemiológica. Servicio Extremeño de Salud. 2016;1-10.
9. Manual para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control de la hidatidosis en Chile. Chile: Minsal; 2015.
10. Tamarozzi F, Vuitton L, Brunetti E, Vuitton DA, Koch S. Non-surgical and non-chemical attempts to treat echinococcosis: do they work? *Parasite* 2014; 21: 75-83.
11. Nabarro LE, Amin Z, Chiodini PL. Current management of cystic echinococcosis: a survey of specialist practice. *Clin Infect Dis* 2015;60: 721