

Notas Clínicas

Hernia inguinal incarcerada secundaria a hidatidosis peritoneal difusa

Incarcerated inguinal hernia secondary to diffuse peritoneal hidatidosis

Vico Arias AB¹, Alonso García SC², Calzado Baeza S², Martín Díaz M², Herrera Fernández F²

¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

²Hospital Comarcal Santa Ana de Motril. Granada.

RESUMEN

Antecedentes: la enfermedad hidatídica es una antropozoonosis causada en la mayoría de las ocasiones por el cestodo *Echinococcus granulosus* (EG), caracterizada por la aparición de quistes que pueden desarrollarse en diversos órganos, fundamentalmente en hígado y pulmones. Sin embargo, la aparición de estos quistes a nivel inguinal es muy infrecuente, con muy pocos casos registrados en la literatura científica.

Objetivo: presentar el caso de un paciente diagnosticado de hernia inguinal incarcerada secundaria a hidatidosis peritoneal difusa.

Caso clínico: varón de 27 años e intervenido de forma urgente por tumoración inguinal irreductible y dolorosa de 24 horas de evolución. En quirófano se evidencia una hernia inguinal indirecta con presencia de saco herniario que contenía epiplón sin signos de sufrimiento y en su parte distal una tumoración, pétreo y adyacente al teste derecho, la cual fue extirpada en su totalidad. El paciente fue estudiado tras los

hallazgos quirúrgicos y anatomopatológicos que informaron de lesión pseudoquística y granulomatosa, por lo que se realizó una tomografía computarizada (TC) que informó de una hidatidosis peritoneal difusa.

Conclusión: la presentación de la enfermedad hidatídica peritoneal como una hernia inguinal complicada es extremadamente rara.

Palabras clave: hidatidosis peritoneal, hernia inguinal, quiste hidatídico.

ABSTRACT

Background: hydatid disease is an anthrozoosis caused mainly by the *Echinococcus granulosus* (EG) cestode. It is characterized by the appearance of cysts that can develop in various organs, especially in the liver and lungs. However, the appearance of these cysts in the inguinal region is very rare. In fact, very few cases have been reported in the scientific literature.

Objective: to present the case of a patient who was diagnosed with incarcerated inguinal hernia secondary to diffuse peritoneal hydatidosis.

CORRESPONDENCIA

Ana Belén Vico Arias
Hospital Universitario Virgen de las Nieves
18014 Granada
anabva88@gmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Vico Arias AB, Alonso García SC, Calzado Baeza S, Martín Díaz M, Herrera Fernández F. Hernia inguinal incarcerada secundaria a hidatidosis peritoneal difusa. Cir Andal. 2020;31(2):187-90.

Clinical case: a 27-year-old male patient underwent surgery urgently due to an irreducible inguinal mass with pain of 24 hours' duration. During surgery, an indirect inguinal hernia sac was found containing omentum with no signs of ischemia. The distal part revealed a mass near the right testicle. This mass was completely removed. The surgical and pathological findings reported a pseudocystic and granulomatous lesion. The patient was studied and a diffuse peritoneal hydatidosis was found by computed tomography (CT). The patient began medical treatment with albendazole for subsequent reassessment.

Conclusion: the appearance of a complicated inguinal hernia caused by peritoneal hydatid disease is extremely rare.

Keywords: peritoneal hydatidosis, inguinal hernia, hydatid cyst.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad hidatídica es una parasitosis causada en su mayoría, por el cestodo *Echinococcus Granulosus* (EG), caracterizada por la aparición de quistes que pueden desarrollarse en diversos órganos, afectando más frecuentemente al hígado (50-60%) y al pulmón (15-30%)¹. En ocasiones (2%), estos quistes hepáticos pueden romperse al peritoneo, desarrollando una hidatidosis abdominal cuya manifestación es variable, pudiendo ir desde casos asintomáticos hasta cuadros graves de anafilaxia, poniendo en riesgo la vida del paciente^{2,3}.

Presentamos el caso de un joven magrebí, diagnosticado de hidatidosis peritoneal difusa cuya primera manifestación fue una hernia inguinal incarcerada.

CASO CLÍNICO

Varón de 27 años de edad y origen marroquí, con estancia en España desde hace 2 años, sin antecedentes personales a destacar, salvo tumoración inguinal desde hace un año. Acude al Servicio de Urgencias por dolor intenso y tumoración inguinal derecha irreducible de 12 horas de evolución. A la exploración, se aprecia tumoración que desciende hasta el teste y solicitándose una ecografía inguinal que describe hernia inguinal con participación grasa y datos ecográficos de complicación, por lo que se interviene de forma urgente. En quirófano, se evidencia hernia inguinal indirecta de unos 5 cm de tamaño; al abrir el saco herniario descubrimos el contenido, siendo epiplón sin signos de sufrimiento y en su parte distal una tumoración de unos 4-5 cm de tamaño, pétrea y adyacente al teste derecho, la cual fue extirpada en su totalidad junto al epiplón herniado, respetando los elementos del cordón espermático (Figura 1 A). Se realizó hernioplastia según técnica de Liechtenstein y fue dado de alta al 2º día del postoperatorio sin complicaciones.

El informe definitivo de Anatomía Patológica describía un fragmento de epiplón con cavitación central; un pseudoquiste con pared fibrosa parcialmente calcificada y rota, con intensa reacción granulomatosa, aislados granulomas necrotizantes y presencia de células gigantes multinucleadas. Se realizó PCR de micobacterias en la muestra que fue negativa (Figura 1B).

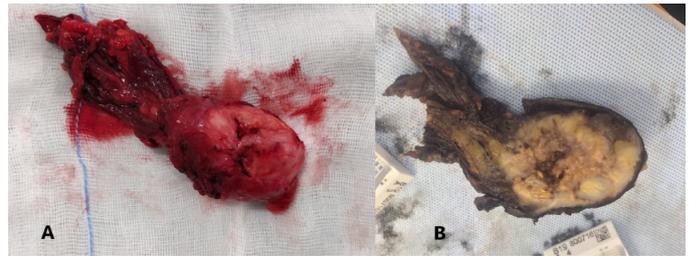


Figura 1

A) Aspecto macroscópico de la pieza resecada, una vez retirado el saco herniario. B) Corte longitudinal de la pieza, donde se aprecia los quistes calcificados.

Dado los hallazgos anatomopatológicos, se inició estudio realizando ecografía y TC abdominal que evidenciaron múltiples imágenes nodulares de aspecto quístico, de paredes discretamente engrosadas y con contenido ecogénico en su interior, avasculares en el estudio Doppler color y localizadas: tres en la superficie subcapsular del lóbulo hepático derecho, alrededor de los segmentos VII y VI, la mayor de 54 mm; otro nódulo adyacente a la pared cecal (16mm) y tres nódulos localizados laterales al tercio medio del recto, además de presentar nódulos calcificados situados a lo largo de la gotiera parietocólica derecha, todo ello compatible con hidatidosis peritoneal difusa, algunos de ellos con signos ecográficos de actividad (Figura 2).

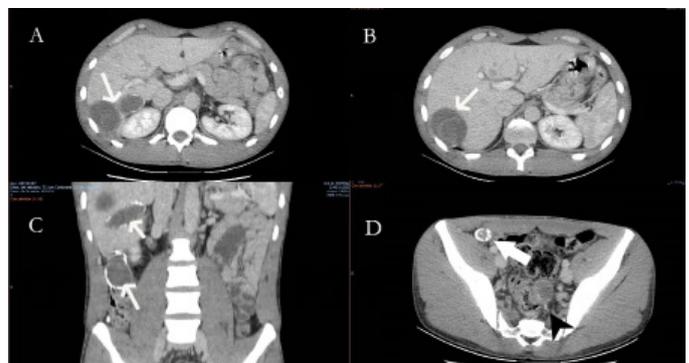


Figura 2

Imágenes de TAC. A y B) Cortes transversales de los nódulos quísticos de los segmentos hepáticos posteriores. C) Corte coronal apreciando nódulos calcificados en parietocólico derecho y segmento VI hepático. D) Quiste pararectal izquierdo (flecha negra) y quiste calcificado pélvico derecho (flecha blanca).

Se completa el estudio con una analítica sanguínea sin datos a destacar y una serología que resulta positiva para EG.

Ante este diagnóstico se inicia tratamiento con Albendazol 400 mg cada 12 horas, manteniéndose el paciente estable, asintomático y pendiente de finalizar tratamiento médico, prescrito 3 meses para posterior reevaluación.

DISCUSIÓN

La enfermedad hidatídica o equinococosis es una enfermedad endémica en los países del Mediterráneo, Asia, África, Australia, Nueva Zelanda y América del Sur^{1,2}. Se trata de una zoonosis especialmente del perro, siendo el ganado ovino el principal hospedador intermediario. El hombre es un hospedador intermediario accidental que se infecta al ingerir los huevos procedentes de perros infectados³.

La hidatidosis peritoneal difusa constituye una rara entidad que tiene una presentación variable; sin embargo, la manifestación como hernia inguinal complicada solo se ha informado en muy pocos casos (menos de 6 pacientes en todo el mundo), sobre todo en zonas endémicas. Ningún caso en España de hidatidosis abdominal manifestada como hernia inguinal había sido registrado⁴⁻⁹.

El diagnóstico se realiza fundamentalmente mediante pruebas de imagen (Ecografía, TC y RMN), que proporcionan los datos necesarios para precisar la localización, tamaño y número de las lesiones. También son de ayuda los estudios de laboratorio que pueden presentar alteraciones, aunque inespecíficas, en las enzimas hepáticas como la gamma-glutamyl-transpeptidasa, fosfatasa alcalina y bilirrubina, en especial cuando existe afectación hepática. Puede haber leucocitosis; la eosinofilia se encuentra en el 25 al 45% de los pacientes con quiste hidatídico en países occidentales. La serología para la detección de anticuerpos contra EG suele ser positiva, pero un resultado negativo no descarta la enfermedad^{2,10}. El diagnóstico diferencial ante a una tumoración inguinal incluye la hernia inguinal, adenopatía, lipoma e hidrocele quístico del cordón⁹.

Sigue manteniéndose la cirugía como el tratamiento de elección, especialmente en casos de quistes hidatídicos grandes y bien localizados y puede asociarse el tratamiento médico con Albendazol/ praziquantel como medida adyuvante dependiendo del tamaño, localización y diseminación de los quistes². El tratamiento médico aislado se reservará para pacientes inoperables, enfermedad diseminada o en el embarazo^{1,2,7}. Las nuevas modalidades como la técnica PAIR (Punción, Aspiración, Inyección y Re-aspiración), están presentando buenas tasas de éxito^{2,10}.

La presentación de la hidatidosis peritoneal como hernia inguinal incarcerada es extremadamente infrecuente, sobre todo en nuestro medio, con menos de 6 casos publicados en la literatura, siendo todos ellos originarios de áreas endémicas; Sin embargo, dado el aumento del fenómeno migratorio en nuestro país de personas originarias de estas áreas geográficas, es una patología a tener en cuenta, así como aquellos pacientes en contacto continuo con animales transmisores de esta parasitosis (ovejas, perros...), que acudan por crecimiento progresivo de una tumoración inguinal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mohamed Moncef Hamdane¹, Fethi Bougrine¹, Issam Msakni¹, Amen Dhaoui-Ghozzi, Ammar Bouziani¹. Le kyste hydatique du cordon spermatique: une localisation exceptionnelle. *Pan Afr Med J.* 2011; 10: 58.
2. Rosales- Castañeda Enrique, Martínez-Ordaz José Luis, Estrada-Castellanos Alicia, Gómez- Jiménez Luz María. Hidatidosis peritoneal diseminada manifestada como isquemia intestinal. *Cirugía y Cirujanos.* 2017; 85(3): 269-272.
3. Karan Manoj Anandpara, Yashant Aswani, and Priya Hira. Disseminated hidatidosis. *BMJ Case Rep.* 2015: doi: 10.1136/bcr-2014-208839.
4. Calvo AM, Cires JM, Montón S, Sarasibar H, Lasanta P, Artázcoz FJ. Inguinal tumor: a rare occurrence of hydatid disease. A case report. *An Sist Sanit Navar.* 2007; 30(3):475-9.
5. Singh A, Soni ML, Khandelwal RG, Gora N. Secondary inguinal hydatidosis mimicking irreducible inguinal hernia: report of a rare case. *Hernia.* 2016; 20(3):489-91.
6. Spiliotis JD, Kakkos SK, Petsas T, Siablis D, Androulakis JA. Inguinal swelling: a rare presentation of retroperitoneal hydatidosis. *Eur J Surg.* 1999; 165(1):75-76.
7. Cetin R, Cetin M, Cerci C, Bulbul M. Subcutaneous inguinal hydatid cyst simulating incarcerated inguinal hernia: case report. *SDU Med Fac J.* 1999; 6(2):53-54.
8. Uysal S, Tunçbilek I, Gökharman D, Kacar M, Birincioğlu P, Koşar U. Female genitalia hydatidosis herniating to the inguinal canal [Abstract]. *Abdom Imaging.* 2005; 30(5):623-62.
9. Sajad A Wani, Aejaz A Baba, Nisar A Bhat, Raashid Hamid, and Gowher N Mufti. Inguinal Hydatid cyst in a child: A rare case report. *Int J Surg Case Rep.* 2015; 10: 236-237.
10. A.L. Aguilar-Shea, F. Rodríguez-López, T. Bernardo-Fernández. Hidatidosis hepática: revisión de tres casos. *Semergen.* 2009; 35(6): 281-283.