

## QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO CASO CLÍNICO EN LA CAJA NACIONAL DE SALUD - COCHABAMBA

### *Liver hydatid cyst clinical case in the National Health Fund – Cochabamba*

\*Jeanneth Torrez Salazar.  
\*\*Jandira Torrez Salazar.  
\*\*\*Ana Maria Peñaloza Chej. †  
\*\*\*\*Delicia Iriarte La Fuente.

Recibido: 28 de agosto de 2009; Aceptado: 29 de septiembre de 2009

#### RESUMEN

La Hidatidosis Humana es una enfermedad parasitaria de distribución mundial, de localización frecuentemente hepática (50 a 60 %), única en un 80 %, y múltiple, en los restantes casos, que afecta a pacientes en la edad productiva de la vida y cuyo diagnóstico y tratamiento implican importantes repercusiones socioeconómicas para el sistema de salud que hacen necesario un plan nacional de actuación que haga posible su erradicación. El conocimiento acabado del ciclo vital del parásito lleva a optimizar el manejo de estos pacientes evitando complicaciones potencialmente mortales. El diagnóstico de la hidatidosis hepática se basa en la clínica del paciente, en las técnicas de imagen, y en los estudios serológicos.

El Quiste Hidatídico Hepático puede evolucionar durante varios años en forma asintomática y en muchas oportunidades es un hallazgo por otro cuadro, en la mayoría de los casos la aparición de los síntomas es secundaria a complicaciones del quiste como infección, apertura en un conducto biliar, ruptura, etc. Presentamos un caso de Quiste Hidatídico de localización hepática y sus complicaciones en un joven de 29 años de edad, diagnosticado con ecografía abdominal, complementada con tomografía computada helicoidal y confirmada con serología positiva para el Equinococo y cirugía.

**PALABRAS CLAVE:** Quiste Hidatídico Hepático.

#### ABSTRACT

Human Hydatidosis is a parasitic pathology it's a world widespread distributed, with a frequently liver localization (50 to 60%), unique in 80% and multiple in the rest of the cases, and affect patients in productive age, which diagnosis and treatment implicate important socio-economic repercussions to the national health system to be necessary a national plan of eradication. The knowledge of the parasite life cycle became to improve the management of these patients avoiding mortal complications. Diagnosis of Hepatic Hydatidosis is based in clinic, image techniques and serology studies.

Hepatic Liver Cyst could evolve into many years asymptomatic, and in many cases is founded by other disease, most of the cases the symptoms appears secondary to cyst complications, as far as infections, opening into a biliary conduct, as brokened, etc. So there we present a 29 years old patient diagnosed by ecosound, Computer Tomography as complement and confirm with positive serology to Echinococcus and finally surgery.

**KEY WORDS:** Hydatid Liver Cyst.

\*Médico Residente de Medicina Interna "CNS".  
\*\* Médico Anestesiólogo.  
\*\*\* Médico Gastroenterólogo "CNS".  
\*\*\*\* Médico Anestesiólogo "CNS".

## INTRODUCCIÓN

La hidatidosis es una zoonosis común en muchos países que predomina en zonas de cría de ganado ovino, bovino o caprino, y con menos frecuencia en donde existen animales herbívoros (cerdos, antílopes, caballos, conejos, etc.). Se reconocen cuatro especies: *E. Granulosas*, *E. Multilocularis*, *E. Vogeli*, y *E. Oligarthrus*, siendo la primera la más frecuente.<sup>1,3</sup> La enfermedad es causada por la forma quística del parásito que adquiere el hombre, así como también otros huéspedes intermediarios por la ingestión de huevos del *Echinococcus Granulosus*, los mismos se adquieren por alimentos contaminados a partir de las heces del perro, ovinos, que infectan verduras, agua y los pastos, produciendo una parasitación hepática, pulmonar o en otros órganos. A continuación presentamos el caso de un paciente con Quiste Hidatídico Hepático y sus complicaciones.

## PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de sexo masculino de 29 años de edad, natural de Murillo (La Paz) y residente en la ciudad de Cochabamba. Ingresa al servicio de Medicina Interna por un cuadro clínico de 3 semanas caracterizado por dolor abdominal de inicio insidioso tipo opresivo localizado en hipocondrio derecho y epigastrio, irradiado a flanco derecho y región dorsolumbar de moderada intensidad. Se acompaña de alzas térmicas no cuantificadas, escalofríos, ictericia, náuseas, cefalea holocraneana, hiporexia, pérdida de peso, astenia y adinamia. No refiere antecedentes patológicos de importancia.

**Al examen físico:** en regular estado general, lucido, PA: 110/60 mmHg FC: 90x' FR: 20x' T°: 36.5°C Mucosas: húmedas y ligeramente pálidas. Escleróticas ictericas. Cardiopulmonar: clínicamente normal. Abdomen: Plano, RHA (+), blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, epigastrio, se palpa hepatomegalia a 4 cm del reborde costal. Resto sin particular.

**Laboratorio:** Hb: 11.4g/dl, Hcto: 36.4%, Eos: 16, TP: 14, FA: 330U/L, GOT: 21 U/L, GPT: 18U/L, BT: 6.2mg/dl, BI: 5.3mg/dl, BD: 0.9mg/dl, Prot Tot: 5.2g/dl, Albumina: 2.8g/dl Coproparasitológico (-). **Ecografía Abdominal:** Hepatomegalia moderada a expensas de macroquiste en lóbulo derecho. Ascitis. **TAC de Abdomen:** Quiste hepático de grandes dimensiones 14x14x16 con pared gruesa probablemente hidatídico.

Serología para Hidatidosis (+).

Se inicia tratamiento con albendazol y se transfiere a Cirugía.

## PROTOCOLO OPERATORIO

### Procedimiento:

Quistectomía hepática previa inyección de alcohol absoluto y aspiración

**Dx Postoperatorio:** Quiste hidatídico hepático gigante. (2.500cc)

**Informe patológico:** Compatible con quiste hidatídico rodeado por capsula fibrocolagenosa reactiva tisular asociada a proceso inflamatorio crónico rico en eosinófilos.



### Complicaciones postquirúrgicas:

Al 5to día del posoperatorio presenta peritonitis biliar siendo reintervenido quirúrgicamente.

Al 8vo día se le realiza ERCP que reporta: Fuga de contraste a nivel de Hepático derecho, esfínterotomía, colocación de prótesis.

Al octavo día del alta médica reingresa al servicio de cirugía por Absceso Subfrénico derecho mismo que fue drenado, para lo cual recibió Amikacina, Metronidazol, con evolución favorable.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

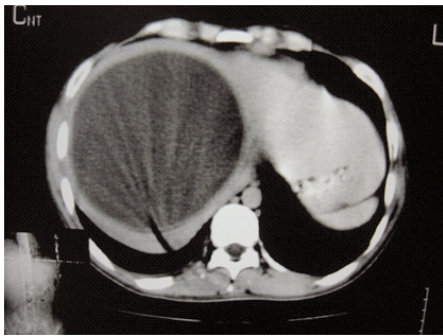
La HIDATIDOSIS es una enfermedad endémica encontrada en varios países de América del Sur (Argentina, Chile, Uruguay, Brasil, Bolivia en parte de la zona suroeste) y de América Central.<sup>8,13</sup>



La localización hepática es la más frecuente (50 a 60%), predomina en el lóbulo hepático derecho anatómico y en la región posterosuperior, ya sea como quiste único o múltiple, le sigue en frecuencia el pulmón (20-30%), las otras localizaciones son peritoneo (3-5%), bazo (1,5-3%), riñón (1.5-2%), Sist. nervioso (2%), huesos (2%), corazón (0,2%), piel y músculos (4%).<sup>1,8</sup>

El dolor localizado en el hipocondrio y el flanco derecho tipo cólico es de escasa intensidad y frecuencia. Cuando se presenta en forma más manifiesta, está relacionado con una complicación del quiste (infección, apertura en la vía biliar, ruptura en una cavidad serosa, etc.). La ictericia se presenta en caso de obstrucción biliar, por la apertura de un quiste en la vía biliar.<sup>11</sup>

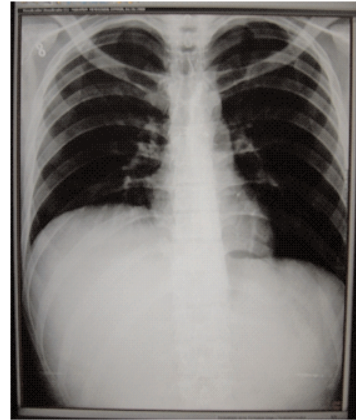
En una hidatidosis supurada puede llegar a observarse fiebre, llegando en algunos casos a establecerse cuadros de sepsis.<sup>5</sup>



Al evaluar a estos pacientes se debe dar prioridad a la investigación de los antecedentes epidemiológicos.

En el examen clínico deben valorarse el estado general y el estado nutricional del paciente, la hepatomegalia, la elevación del diafragma.<sup>8,2</sup> El laboratorio revela: Eosinofilia, la fosfatasa alcalina se eleva en lesiones infiltrativas o masas ocupantes en el hígado con un aumento de la bilirrubina a expensas de la directa en caso de obstrucción de la vía biliar. Dentro de las pruebas inmunológicas ELISA, Inmunolectroforésis y Hemoaglutinación indirecta son las más específicas, y se las acompaña de la Doble difusión de anticuerpos específicos para hidatidosis (DD5) para la confirmación; esta última por ser de fácil realización y tener elevada especificidad es uno de los métodos más usados, sobre todo en nuestra región.<sup>1,3</sup> El método ideal es aquel que, además de contribuir en el diagnóstico de la enfermedad hidatídica, permite evaluar el tamaño y número de quistes, la localización de éstos y su relación con las estructuras intrahepáticas y extrahepáticas. La ecografía, tomografía axial computada y la re-

sonancia magnética nuclear, cumplen con estos requisitos y ayudan además a establecer la presencia de complicaciones.<sup>1,7</sup> La Radiografía de Tórax con elevación diafragmática permite sospechar la presencia de quistes hepáticos, en tanto la de Abdomen detecta solo quistes calcificados.<sup>3</sup> La Colangiografía retrograda endoscópica tiene valor en el estudio de ictericias obstructivas por quistes abiertos a la vía biliar y junto a la esfinterotomía es útil en el tratamiento de la misma, pudiendo extraer restos de los quistes de la vía biliar.



Actualmente existen tres opciones terapéuticas: tratamiento médico, punción y drenaje por vía percutánea con guía ecográfica asociada a la inyección de soluciones esclerizantes, y la cirugía que puede ser por laparotomía o por laparoscopia. La farmacoterapia es de elección cuando los quistes son inoperables y numerosos o el paciente se niega a la cirugía, también es aplicado en combinación con la misma como profilaxis contra la diseminación del contenido y para minimizar la recurrencia.<sup>8</sup> El Albendazol administrado diariamente por 4 a 6 semanas ha demostrado cierta efectividad y este ciclo debe ser repetido 2 a 3 veces para evitar recidivas. Este medicamento impide que el parásito utilice la glucosa provocando una disminución de la energía y, por ende, su muerte.<sup>14</sup> La terapia combinada de praziquantel con albendazol antes y después de la intervención quirúrgica durante al menos un mes es más efectiva que el uso de un quimioterápico único, pues presentan mecanismos diferentes pero complementarios,<sup>11</sup> brindando protección adicional contra la recurrencia y la eliminación de quistes no detectados de pequeño tamaño en el parénquima hepático no resecado.<sup>1,9</sup> En la actualidad se deberá plantear como terapéutica el uso de Nitazoxanida que en estudios in-Vitro realizados demostró efectividad, bajo costo y con efectos adversos que no impiden discontinuar su

utilización, como ocurre con los benzimidazólicos que por sus reacciones adversas como es la hepatitis tóxica inducida motivan la suspensión del fármaco.<sup>15</sup>

La cirugía busca en general la evacuación del quiste, mismo que debe ser un proceso cuidadoso con el fin de evitar la contaminación de la cavidad peritoneal con el líquido contenido dentro de los quistes que puede diseminarse en el abdomen, para evitar dicho problema se han usado sustancias esclerocidas como: solución hipertónica, povidona, etanol 75-95%, formalina, peróxido de hidrogeno 10% o nitrato de plata 0.5% que en ocasiones pueden ocasionar colangitis esclerosante como efecto adverso. A pesar de su tasa de complicaciones post operatorias ofrece un elevado porcentaje de cura parasitológica (90%) y una baja tasa de recidivas.<sup>3,5</sup>

La alta morbilidad en ciertas regiones, la potencial letalidad en caso de no ser tratada oportunamente, la mayor frecuencia del diagnóstico en adultos jóvenes, edad de máxima productividad laboral, y los costos por concepto de diagnóstico y tratamiento (hospitalizaciones y cirugías) incluyendo las recidivas, destacan la importancia epidemiológica de la hidatidosis.<sup>3</sup> En conclusión esta enfermedad aparentemente benigna debe ser considerada grave, no solo por las complicaciones evolutivas a que está expuesto y que pueden ser mortales, sino por la compleja terapéutica que puede requerir y la elevada morbimortalidad que en algunas series alcanzan el 10%.<sup>8,1</sup>

La combinación de la técnica quirúrgica con la terapia farmacológica aumenta la efectividad de la misma bajando el porcentaje de recidivas y complicaciones.<sup>10,11</sup>

Los países que han logrado la erradicación o una reducción importante de esta enfermedad lo hicieron aplicando medidas sanitarias estrictas destinadas a la prevención. En ella se señalan los riesgos de la convivencia con los perros, la necesidad de la desparasitación periódica de los animales y la importancia de la reducción de la población canina a lo estrictamente necesario para las tareas rurales en las que colaboran.

Con respecto a las vísceras producto del faenamiento de animales de esas zonas, se deberá destacar la necesidad de hervirlas durante 30 minutos antes de ser dadas como alimento a los perros, y en caso de constatarse la presencia de quistes hidatídicos proceder a su destrucción quemándolas.

Las autoridades sanitarias tienen la obligación del control de los mataderos y la evaluación periódica del grado de

infestación de los perros en las zonas endémicas.<sup>2</sup>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Basset D, et al. Neotropical Echinococcosis in Suriname: Echinococcus oligarthrus in the orbit and Echinococcus vogeli in the abdomen. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 1998; 59: 787-790. Vera MG, Venturelli F, Aliro Venturelli A. Hidatidosis humana. *Cuad de Cirug (Valdivia)*, 2003, 17:88-94.
2. Larrieu E, Frider B, del Carpio M y col. Portadores asintomáticos de hidatidosis: epidemiología, diagnóstico y tratamiento. *Rev Panam Sal Pub/Pan Am J Public Health*, 2000; 8(4):250-256.
3. D'Alessandro A, et al. Second recorded case of human infection by Echinococcus oligarthrus. *Am J Trop Hyg* 1995; 52: 29-33.
4. D'Alessandro A. Polycystic echinococcosis in tropical America; Echinococcus vogeli and E. oligarthrus. *Acta Tropica* 1997; 67: 43-65.
5. D'Alessandro A, Morales M, Raick AN. Polycystic hidatid disease in Brazil, report of five new human cases and a short review of other published observations. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 1996; 29: 219-228.
6. Liu, X. et al., Antiparasitic drugs, en "The New England Journal of Medicine", May 2, 2000, vol 338 nº 18, p.1178-1183.
7. Amalia Raquel Ramírez, Beatriz Vanesa Roa, Juan Francisco Tagle Dr. Eduardo Andrés Bobadilla Godoy. *Revista de Posgrado de la VIa Catedra de Medicina - No 163.-"Hidatidosis Hepática"* noviembre 2006 Pag. 21-25.
8. Isabel Noemí H, Alejandro Viovy A, Rocío Zamorano P, Ángel Blanco M. Daniel Revello P, Mladen Vojkovic L.Y José Luis Cerva C. *Rev Chil Infect "Hidatidosis Hepática :Albendazol en su tratamiento médico y quirúrgico"* 2003; 20 (4): 229-234.
9. Germán Gómez, Ernesto Córdoba, Adriana Córdoba. *Rev Col Gastroenterol "Quiste hidatídico hepático"* vol.18 no.3 Bogotá Sep./Aug. 2003.
10. Asociación Colombiana de Gastroenterología. *Revista Colombiana de Gastroenterología* 2009.
11. L. Adán Merino, E. Alonso Gamarra, S. Gómez Senent, C. Froilán Torres, E. Martín Arranz y J. M. Segura Cabral. *Revista Española de Enfermedades Digestivas "Hidatidosis hepática: manejo actual de una entidad aún presente"* v.100 n.8 Madrid ago. 2008 Pag.1130-1048.
12. Thakur A.S. (1999) Epidemiology of hydatid disease in South America. *Arch. Int. hidatid.* 33, 55-61.
13. Gabriela Vera M, Francisco Venturelli M\*, José Ramírez T\*, Aliro Venturelli L *Cuadernos de cirugía (Valdivia) " Hidatidosis humana "ISSN 0718-2864 versión on-line Vol. 17 Nº 1, 2003, pp. 88-94.*
14. Erzurumlu K, Hokelek M, Gonlusen L, et al. The effect of albendazole on the prevention of secondary hydatidosis. *Hepatogastroenterology* 2000; 47: 247-250.
15. Dr. Riera, Marcelo A. Efectividad de Nitazoxanida en el tratamiento de hidatidosis hepática. *Reporte de Caso* 17 AGO 2009.