

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
“ABEL SANTAMARIA CUADRADO”
PINAR DEL RIO

**QUISTE HIDATIDICO GIGANTE.
INFORME DE CASO**

Dr. Ivanis Ruizcalderón Cabrera¹, Dr. Max Santiago Bordelois Abdo², Dr. Ernesto Alfonso Cánovas³, Dr. Rogelio Coello Acosta⁴, Dra. Tania Choo Ubals⁵.

RESUMEN

Se presenta un caso de quiste hidatídico gigante a nivel hepático en un niño de 4 años, atendido en un Hospital Militar Central de Sana'a. Yemen, donde la enfermedad es endémica, con cuadro de dolor abdominal y masa palpable que ocupa toda la parte derecha del abdomen. Se realiza tratamiento quirúrgico por rápido crecimiento del quiste y necesidad de un proceder quirúrgico como tratamiento.

Palabras claves: EQUINOCOCOSIS/cirugía; NIÑO.

INTRODUCCION

La enfermedad hidatídica es una zoonosis parasitaria causada por ingestión de huevos de *Echinococcus granulosus*. Los huevos eclosionan en el duodeno y los embriones liberados penetran la mucosa del intestino y se diseminan por los sistemas venoso y linfático, lo que puede afectar cualquier parte del cuerpo: hígado (60 %) y, luego, pulmones (30 %).¹

La hidatidosis hepática en el niño coexiste a menudo con hidatidosis pulmonar y de la cavidad abdominal, lo que interfiere en su crecimiento y desarrollo corporal causándole malnutrición y emaciación. La morbilidad del quiste hidatídico en niño es 10 % más baja que en el adulto.

¹ *Especialista de I Grado en Cirugía General. Asistente.*

² *Especialista de II grado en Cuidados Intensivos y II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar.*

³ *Especialista de I Grado en Anestesiología y Reanimación. Instructor.*

⁴ *Especialista de I Grado en Anestesiología y Reanimación. Asistente.*

⁵ *Especialista de II Grado en Cuidados Intensivos y II Grado en Anestesiología y Reanimación. Profesor Auxiliar.*

En el niño, el quiste hidatídico puede tener un crecimiento importante sin presentar síntomas, se diagnostica con frecuencia por hallazgo radiológico casual. La agresividad clínica está vinculada al tamaño del quiste y a su localización, que lo expone a infección y/o rotura.^{2,3}

La complicación más seria es la ruptura del quiste que causa reacción alérgica. Habitualmente la edad de presentación es entre los 4 y 10 años, se observa mayor prevalencia en el sexo masculino.⁴ La cirugía es el tratamiento de elección para esta enfermedad, con una mortalidad quirúrgica que oscila entre 0.9 y 3.6 %; pronóstico que empeora frente a una segunda y tercera cirugía que aumenta la mortalidad del 6 % al 20 %, respectivamente.⁵

PRESENTACION DEL CASO

Se trata de un niño de 4 años de edad, que es ingresado en el Hospital Militar Central de Sana'a, Yemen, que refiere dolor abdominal. Al examen físico se constata presencia de masa tumoral que ocupa desde el reborde costal derecho hasta la fosa iliaca derecha.

Estudios complementarios:

Ultrasonido abdominal: Imagen quística de 12 x 16 cm en lóbulo hepático derecho con quistes hijos, que desplaza riñón derecho en sentido íferoposterior y gran desplazamiento de lóbulo izquierdo en ese sentido (Ver Figuras 1 y 2).

Tomografía Axial Computarizada (TAC): Muestra quiste solitario bien definido de 13 x 11.7 cm, con múltiples quistes hijos dentro de lóbulo derecho de hígado que envuelve región superoposterior e íferoposterior (segmentos 5, 6, 7 y 8) (Ver Figura 3).

Conclusiones: Gran quiste hidatídico Tipo II de lóbulo hepático derecho (segmentos 5, 6, 7 y 8).

Estudios de laboratorio:

Leucograma: 10.4/L

Linfocitos: 6.2/L

Granulocitos: 3.5/L

Conteo de glóbulos rojos: 3.61 M/UI

Hemoglobina: 10.8 g/L

Plaquetas: $250 \times 10^9/L$

Prueba de ELISA para equinococos: 1/800

Con elementos clínicos, humorales e imagenológicos, además de epidemiológicos, se diagnostica quiste hidatídico en hígado.

Por el tamaño de lesión y el peligro de ruptura espontánea se decidió intervención quirúrgica sin previo tratamiento médico, específico para hidatidosis quística.

A través de incisión subcostal derecha amplia se abordó el hígado, después de aislar correctamente los bordes de piel (Figuras 4 y 5), se aspiró el contenido del quiste y se inyectó cavidad quística con peróxido de hidrógeno al 3 % como agente escolicida.^{6,7} Se realizó periquistectomía total, asociado a técnica de capitonaje y se dejó drenaje en la zona (Figuras 6 y 7).

El paciente evolucionó de forma favorable y fue seguido con tratamiento con Albendazol⁸, con dosis de 10 mg/kg/día, por un período posterior de 2 meses.

DISCUSION DEL CASO

Hidatidosis o equinococosis, es endémico en algunas zonas del mundo, como África del Norte, Grecia, Turquía, América del Sur y el Oriente Medio, donde por lo general es rápidamente reconocida.⁹

La hidatidosis tiene baja tasa de mortalidad, pero debido a cronicidad de la enfermedad tiene elevada tasa de morbilidad. Por lo tanto, es importante el diagnóstico temprano y tratamiento tan pronto como sea posible.

En el hombre el quiste hidatídico es generalmente único, a diferencia de lo que ocurre en el ganado. En personas adultas su crecimiento es lento, se estima su velocidad en aproximadamente 1 cm por año, lo que aparentemente es algo mayor en niños.¹⁰

En su evolución, el quiste hidatídico puede sufrir procesos degenerativos o involutivos como: calcificación; además, puede romperse originando serias complicaciones inmediatas, a corto y mediano plazo.

La mayoría de las personas que padece hidatidosis son asintomáticas en los primeros años. La enfermedad clínica aparece cuando el quiste adquiere tamaño

significativo y suele ser resultado de compresión de distintos órganos del hospedero. Generalmente, esta infección se adquiere en la infancia pero las manifestaciones clínicas aparecen varios años después.¹¹

En la actualidad existe gran diversidad de propuestas terapéuticas, desde el uso de antiparasitarios como Mebendazol o Albendazol, tratamientos percutáneos, hasta la cirugía.¹² Esta última, la que mejores perspectivas de curación ofrece al paciente.

En nuestro caso se trató de un quiste hidatídico Tipo II, de acuerdo a la clasificación de Gharbi¹³, en la cual la resección periquística total es la recomendación ideal, procedimiento que le fue realizado al paciente.

CONSIDERACIONES FINALES

Es fundamental recalcar la importancia de la terapia individual para cada paciente y para cada quiste en particular. Para alcanzar este objetivo, se tiene que identificar cada quiste, poniendo énfasis en su morfología, ubicación y tamaño, utilizando una clasificación común, basada en hallazgos imagenológicos que permita unificar diagnóstico y tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ammann RW, Eckert J. Parasitic diseases of the liver and intestines. Cestodes. Echinococcus. *Gastr Clinics*. 1996; 25: 655-689.
2. Koseoglu B, Bakan V, Onem O, Bilici S, Demirtas I. Conservative surgical treatment of pulmonary hydatid disease in children: an analysis of 35 cases. *Surg Today*. 2002; 32(9): 779-83.
3. Olut AI, Erguven S, Emri S, Ozunlu H, Akay H. Diagnostic value of a dot immunobinding assay for human pulmonary hydatidosis. *Korean J Parasitol*. 2005; 43(1): 15-18.
4. Anadol D, G^Ámen A, Kiper N, Ozcelik U. Hydatid disease in childhood: a retrospective analysis of 376 cases. *Pediatr Pulmonol*. 1998; 26: 190-6.
5. Amir AK, Fardin R, Farzad A, Bakshandeh K. Clinical echinococcosis. *Ann Surg*. 1975; 182: 541-6.
6. Besim H, Karayalcin K, Hamamci O, Gungor C, Korkmaz A. Scolicidal agents in hydatid cysts surgery. *HPB Surg*. 1998; 10: 347-51.

7. Landa Garcia JI, Alonso E, Gonzalez-Uriarte J, Rodríguez Romono D. Evaluation of scolicial agents in an experimental hydatid disease model. *Eur Surg Res.* 1997; 29: 202.
8. Morris DL, Dykes P. Albendazole-objective evidence for response in human hydatid disease. *JAMA.* 1985; 253 (14):2053-2057.
9. Romig T. Epidemiology of echinococcosis. *Langenbecks Arch Surg.* 2003;388(4):209-217.
10. Larrieu E, Frider B. Human cystic echinococcosis: contributions to the natural history of the disease. *Ann Trop Med Parasitol.* 2001; 95: 679-87.
11. Atias A. El tratamiento médico de la hidatidosis. *Parasitol al Día.* 1993; 17: 153-7.
12. Dilsiz A, Acikgozoglul S, Gunel E, Dagdonderen L, Kaseoglu M, Bobadilla J, et al. Cirugía radical: Tratamiento de elección en la hidatidosis hepática. Aportación de nuestra experiencia. *Cirugía Española.* 2007; 44: 589-94.
13. Gharbi HA, Hassine W, Braumer MW. Ultrasound examination of the hydatid liver. *Radiology.* 2006; 139: 459-463.



Figura 1 y 2. Ultrasonido abdominal que muestra quiste hidatídico gigante Tipo II según clasificación Gharbi.

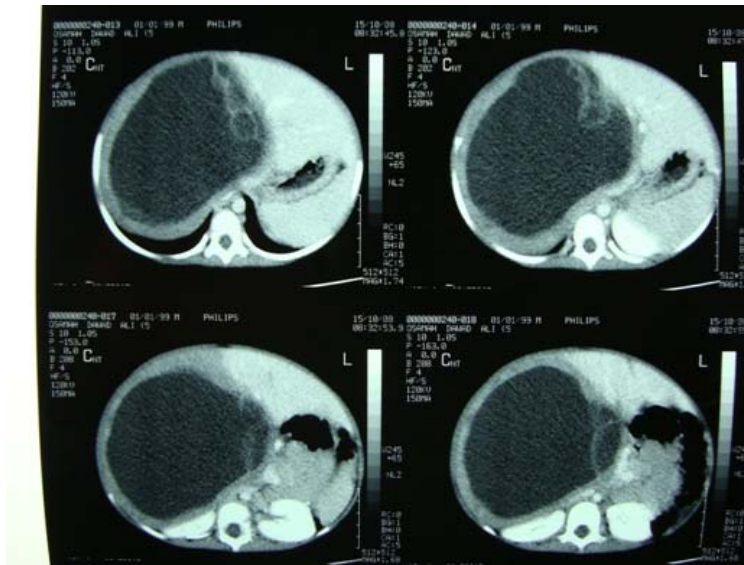


Figura 3. Tomografía axial computarizada de abdomen. Muestra el quiste hidatídico.



Figuras 4 y 5. Quiste hepático, después de aislar bordes de herida quirúrgica, se procede a aspiración del contenido del mismo.



Figuras 6 y 7. Procedimiento quirúrgico realizado. Periquistectomía y capitonaje.