

CARTAS AL DIRECTOR

Hidatidosis hepática



Hepatic hydatid disease

El término hidatidosis se utiliza para describir la zoonosis producida por un metacestodo de las especies del género *Echinococcus* que parasita el intestino del perro. El hombre se infesta al ingerir los huevos de *E. granulosus* con el agua o los alimentos contaminados o, más frecuentemente, debido al contacto directo con perros infestados, por lo que la enfermedad es especialmente frecuente entre pastores y cazadores.

Paciente de 50 años procedente del ámbito rural, que consulta en su centro de salud por dolor en región costal derecho e hipocondrio derecho, sin otros síntomas acompañantes, a la exploración afebril, buen estado general, auscultación cardiopulmonar sin hallazgos patológicos. Abdomen blando y depresible, hepatomegalia dolorosa a la palpación, irradiada a nivel costal derecho sin signos de irritación peritoneal, resto de la exploración sin hallazgos. Se le realiza ecografía abdominal por parte de su médico de familia, observándose masa en lóbulo hepático derecho de paredes calcificadas y material heterogéneo hipocogénico en su interior (fig. 1).

Se deriva a consulta de digestivo para completar estudio con la sospecha clínica de quiste hidatídico, en la analítica

que se le realiza solo destaca una GOT de 191 U/l, posteriormente se le realizó serología y tomografía computarizada (TC) abdominal confirmándose el diagnóstico de hidatidosis hepática, actualmente está en tratamiento farmacológico con albendazol y pendiente de intervención quirúrgica.

La hidatidosis o equinococosis es una zoonosis de distribución mundial, conocida desde los tiempos de Hipócrates (430 a. C.). En España la incidencia es muy variable, y las tasas mayores se sitúan siempre en zonas rurales dedicadas a la crianza de ganado ovino¹. Los animales infestados eliminan huevos que contaminan la piel del animal, los pastos o el suelo. El hombre y el ganado, que son huéspedes intermedios, adquieren la enfermedad al ingerir los huevos. Los huevos llegan hasta el hígado por vía portal, donde anidan y dan lugar a la formación de quistes (únicos o múltiples) que son la forma adulta del parásito.

La localización más frecuente del quiste es la hepática (más del 50% de los quistes hidatídicos se hallan en el hígado), seguida de la pulmonar. Los quistes hepáticos se encuentran en su mayoría en el lóbulo derecho, fundamentalmente hacia la cara inferior, por lo cual se extienden hacia abajo, dentro de la cavidad abdominal, lo que retarda la producción de síntomas ostensibles. El quiste hidatídico hepático es por tanto la lesión vesiculosa de la hidatidosis en ese órgano².

Con frecuencia, la hidatidosis hepática es un hallazgo casual en enfermos que no presentan ningún tipo de sintomatología. La clínica es dependiente del órgano afectado y de la presencia de complicaciones. Los síntomas más frecuentes se producen en el quiste hepático e incluyen dolor en hipocondrio derecho, masa palpable, ictericia y fiebre entre otros. Las complicaciones más frecuentes que se observan con mayor frecuencia son rotura del quiste e infecciosas (estas últimas plantean el diagnóstico diferencial con la colangitis aguda).

El diagnóstico se realiza fundamentalmente mediante pruebas de imagen: ecografía, TC o resonancia magnética (RM) que proporcionan la localización, el tamaño y el número de las lesiones³. La analítica elemental muestra resultados inespecíficos, con elevación de la bilirrubina o de la fosfatasa alcalina. La eosinofilia está presente en el 25% de los pacientes infectados. La serología negativa para equinococo no descarta el diagnóstico de equinococosis. Los quistes hepáticos suelen determinar más anticuerpos que los pulmonares, aunque hasta un 50% de los sujetos infectados no presentan anticuerpos. La detección de los anticuerpos contra los antígenos equinocócicos específicos



Figura 1 Masa en lóbulo hepático derecho de paredes calcificadas y material heterogéneo hipocogénico en su interior.

por inmunoelectroforesis es la prueba más específica, y también útil para detectar recurrencias.

El tratamiento de la hidatidosis se basa en 4 pilares:

1. Medidas preventivas, las más importantes son la educación sanitaria, la adecuada manipulación de las vísceras animales y el control sanitario de los perros.
2. Cirugía, es el tratamiento de elección⁴, está indicada ante la presencia de quistes de gran tamaño, infectados, de localización anatómica vital y quistes superficiales o con riesgo de rotura.
3. Técnica PAIR, consiste en la aspiración del quiste, la inoculación de un protoescolicida (etanol 95% o cetrimida 0,5%) y la reaspiración posterior, todo ello bajo control ecográfico. Estaría contraindicada en quistes calcificados o con comunicación biliar.
4. Farmacológico, actualmente el fármaco de elección para el tratamiento de la equinocosis quística es el albendazol⁵, solo o asociado a las técnicas percutáneas. Por vía oral, está indicada una dosis entre 10-15 mg/kg al día dividida en 2 dosis al día, la dosis habitual en adultos es de 400 mg/2 veces al día.

Los quistes asintomáticos inactivos o calcificados no deben ser tratados a menos que sean complicados.

En cuanto al seguimiento de los pacientes, la respuesta al tratamiento se valora mediante ecografía, TC o RM cada 3-4 meses durante un período de 3 años. En los pacientes bajo tratamiento médico con albendazol se han de realizar controles mensuales de las enzimas hepáticas y la hemoglobina debido a la toxicidad de estos fármacos.

El presente artículo revela la importancia de la ecografía en atención primaria, tanto como prueba complementaria que ayuda al manejo de la incertidumbre en las sospechas diagnósticas, como para el seguimiento de los pacientes.

Bibliografía

1. Querol Gutiérrez JJ, Ortega Martín G. Quiste hidatídico calcificado. *FMC*. 2006;13:363.
2. Rodríguez García JL, Arévalo Serrano J, Azaña Defez JM, Balsa Barro J, Berbel García A, Contreras Sánchez JD, et al. Hígado, lesiones ocupantes de espacio (solitarias o múltiples). En: *Diagnóstico y Tratamiento Médico*. Green Book. Madrid: Editorial Marban; 2010. p. 1989-92.
3. Filippou D, Tselepis D, Filippou G. Advances in liver echinococcosis: Diagnosis and treatment. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2007;5:152-9.
4. Schipper HG, Kager PA. Diagnosis and treatment of hepatic echinococcosis: An overview. *Scand J Gastroenterol Suppl*. 2004;241:50-5.
5. Hidalgo M, Castillo MJ, Eymar JL. Hidatidosis hepática y abscesos hepáticos. En: Berenguer M, Bruguera M, García M, Rodrigo L, editores. *Tratamiento de las enfermedades hepáticas y biliares*. Madrid: ELBA, SA; 2001. p. 301-10.

J. González García^a, A.L. Hurtado Cabrera^b, M.M. Serra Zamora^a y J.J. Querol Gutiérrez^{c,*}

^a Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Ceuta, Ceuta, España

^b Medicina del Trabajo, Hospital Universitario de Ceuta, Ceuta, España

^c Centro de Salud de Otero, Instituto de Gestión Sanitaria de Ceuta, Ceuta, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: qg9800@hotmail.com

(J.J. Querol Gutiérrez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.04.016>
1138-3593/

© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Medicina de familia y universidad: ¿camino paralelos?



Family medicine and university: Parallel roads?

En referencia al reciente artículo del Dr. Suárez González¹ me gustaría, en primer lugar, felicitar por la iniciativa en sacar a la palestra este editorial por su pertinencia, importancia y transcendencia para nuestra profesión, especialidad y futuro de la sanidad nacional. Por otra parte, deseo aportar una serie de comentarios desde mi humilde experiencia como profesor asociado.

Hasta el momento, la medicina de familia y la universidad transcurren caminos que no son totalmente paralelos, ni mucho menos superpuestos. Tal y como bien dice nuestro colega, no es una asignatura obligatoria en todas nuestras facultades y mucho menos, está impartida y coordinada

íntegramente por médicos de familia con experiencia asistencial acreditada en la misma. Este punto es fundamental a mi modo de ver, pues ello es vital para poder transmitir a nuestros alumnos el sentir y la forma de actuar que tenemos en nuestro día a día.

Me encuentro en ese «loco grupo» de profesionales que no desean dejar su consulta ni labor asistencial, pues ve en ello su forma de vida y el culmen de sus aspiraciones profesionales y laborales: por ello elegí esta especialidad. Pero no por ello, quiero desvincularme de la docencia en el pregrado. Cada día estoy más convencido que el acercamiento de la primaria a las facultades induce «cambios neurológicos» permanentes e indelebles en nuestros alumnos, a pesar que sus inquietudes a la hora de decidir si van o no al MIR, y en caso afirmativo, eligieran otra especialidad distinta a familia. Ya pasaron por mi consulta y aula muchos alumnos que ya son especialistas en otras especialidades y que me han comentado que el paso por la primaria les ha servido mucho para el enfoque global de sus pacientes y poder dar consejos más acertados a los pacientes para cuando pasen por nues-