

Embolia arterial por quiste hidatídico

Hidatidosis intracardíaca

W. PADRON ARCHS, J. M.^a FUENTES MARCO, E. SORIANO MARIN y M. SORIANO GIMENEZ †

Barcelona (España)

Se presentan dos casos observados en 1967 en la Clínica Médica B (Prof. M. Soriano) del Hospital Clínico de Barcelona.

Caso 1: Varón de 25 años de edad. Jornalero. Sin antecedentes patológicos, familiares ni personales de interés, excepto dolorimiento en extremidad inferior izquierda desde hace cuatro meses.

Ingresa de urgencia en el Servicio, con manifestaciones de isquemia en dicha pierna y cuadro de miningoencefalitis hemorrágica. El ECG mostró signos de infarto antiguo inferior. Evidente mejoría a los tres días de su ingreso; pero a los doce días aparece un cuadro de paresia facial y braquial derecha, con afasia. Arteriografía cerebral izquierda: en anteroposterior podemos ver un desplazamiento de la arteria cerebral anterior izquierda hacia la derecha. Se supuso, entonces, la existencia de un hematoma. Intervenido por el neurocirujano, comprobó la lesión y aspiró el coágulo.

Posteriormente, ya recuperado de la intervención, se le practica arteriografía de la extremidad afecta por punción percutánea de la femoral: imagen de «stop» a nivel de la arteria femoral común, con circulación colateral muy rica que aboca a la femoral profunda, formando un verdadero «by-pass» natural. En la porción distal se aprecia una circulación muy pobre.

Ante estos datos se decide intervenir. Incisión en región inguinal izquierda de unos 18 cm, siguiendo el eje de la femoral. Se disecan la femoral común hasta su bifurcación, la femoral superficial en unos 10 cm y la femoral profunda en su inicio para observar su estado. La femoral superficial está estenosada y atrofica, con un calibre de unos 4 mm. La femoral profunda late perfectamente y su calibre es normal. La porción proximal de la femoral común es de gran grosor y consistencia blanda, dando la sensación de una megarteria, pero sin latido. Se pasan cintas por el trípode femoral y se practica arteriotomía transversal, dando salida espontánea de un material blanco, de consistencia semigelatinosa que, posteriormente, se demostró que se trataba de una membrana de quiste hidatídico

que estaba plegada dentro de la arteria, vaso de paredes de grosor muy apreciable, casi de un cm, como si estuviesen edematosas.

La membrana del quiste hidatídico, abierta por las maniobras de tracción, contenía tres vesículas del tamaño de una lenteja, redondeadas y transparentes.

Sutura de la arteriotomía, previa comprobación de la existencia de un flujo distal importante. Al final de la intervención, se observa latido arterial en todo su trayecto.

Se diagnosticó, entonces, ruptura intracardiaca de quiste hidatídico miocárdico, con hidatidosis cerebral metastásica por «scolex» y embolia hidatídica femoral por vesícula-hija. No obstante, aparte del ECG, no se pudo comprobar en vida la existencia de alteraciones cardíacas mediante tomografía o angiocardiografía. Tampoco la esplenoportografía ni la pielografía mostraron imágenes patológicas en las citadas vísceras.

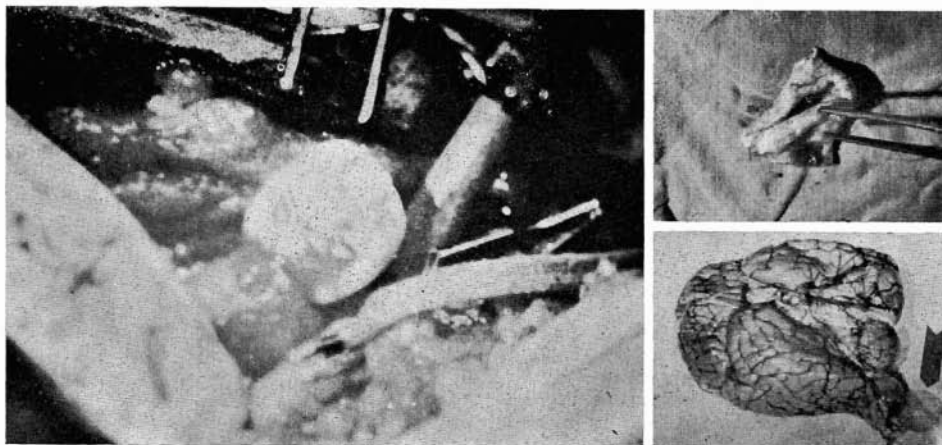


Fig. 1. Quiste hidatídico saliendo de la arteria femoral por expresión digital.

Fig. 2. Membrana del quiste abierta, mostrando dos vesículas hijas.

Fig. 3. Quiste hidatídico metastásico cerebral.

Posteriormente, apareció un cuadro de hipertensión endocraneal, con hemiparesia izquierda progresiva, que produjo la muerte.

La necropsia demostró la existencia de un pequeño quiste hidatídico primario en la punta del ventrículo izquierdo, el cual presentaba una pequeña prolongación que llegaba a contactar con la cavidad ventricular. Algo por encima de dicho quiste se observaba una zona fibrosa, que era lo que revelaba el ECG.

En los riñones se encontró, también, una hidatidosis metastásica, en número de 4 ó 5 vesículas de tamaño mediano, conteniendo sólo líquido hidatídico. Hígado y pulmones, libres de quistes hidatídicos.

De igual modo en cerebro también se encontraron hidatídicas metastásicas, en la parte occipital del hemisferio derecho. En el corte frontal había un gran quiste hidatídico que ocupaba la mayor parte de dicho hemisferio y que era responsable de las manifestaciones clínicas.

Caso 2: Mujer de 32 años de edad, en perfecto estado de salud, sin antecedentes, que súbitamente presenta crisis epilépticas con convulsiones tónico-clónicas. Ingresada de urgencia, fallece a los pocos minutos.

Necropsia: Gran quiste hidatídico en tabique interventricular abierto en ventrículo izquierdo. Una visión anterior de la víscera mostraba en su mitad una zona hemorrágica debida a la ruptura del quiste en el ventrículo izquierdo. Rechazando el tabique, vemos la prominencia del quiste en la cavidad del ventrículo derecho, en el cual no se ha roto.

El hígado se encontró un gran quiste hidatídico conteniendo vesículas-hijas.

Se trataba, pues, de una muerte súbita por «shock» anafiláctico debido a la ruptura intracardiaca de un quiste hidatídico.

RESUMEN

Ante la ruptura intracardiaca de un quiste hidatídico miocárdico, se presentan las dos posibilidades más frecuentes: la muerte súbita y la colonización multivisceral o embolismo.

SUMMARY

Two cases of the myocardial hydatid cyst, ruptured into left ventricle are presented. One of them leads to a sudden death; the other one, to a multifold visceral embolism of vesicles.

BIBLIOGRAFIA

- A. Balcells Gorina y cols: «Hidatidosis cardíaca». Medicina Clínica, Barcelona, tomo 47, 1966.
Raul di Bello: «El diagnóstico de las formas clínicas de la hidatidosis cardíaca». Anales de la Fac. de Montevideo, vol. 40, marzo-abril, 1955.
Jorge O. de Riz y cols: «Hidatidosis cardíaca». Prensa Médica Argentina, oct. 1964.
Artucio, Roglia y cols.: «Hydatid Cyst of the interventricular septum of the heart with rupture into the right ventricle». Jour. Thor. Surg., 44: 110, 1962.
Calvo Melendro: «Un caso de quistes hidatídicos del corazón». Arch. Inst. Hid., 12: 425, 1951.
Fernández García y Rodríguez Ledesma: «Quiste hidatídico del ventrículo izquierdo». Rev. Clin. Esp., 80: 380, 1961.