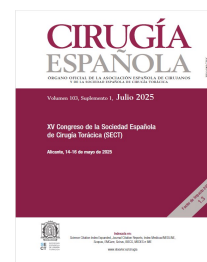




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-31 - QUISTE HIDATÍDICO COMPLICADO

Alberto Évora López, Begoña de las Heras Marqués, Paula García Jiménez, Andrea Saavedra Beamuz, Clara Isabel Bayarri Lara, Inmaculada Piedra Fernández, Francisco Hernández Escobar, María José Moyano Rodríguez, Ana María Gómez Gago y Florencio Quero Valenzuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción: La equinococosis es una zoonosis provocada por tenias parásitas del género *Echinococcus*. Los seres humanos se infectan al ingerir huevos de parásitos presentes en los alimentos, el agua o el suelo contaminados o por contacto directo con animales que actúan como hospedadores. Tras la ingestión, *E. granulosus* produce quistes hidatídicos localizados a menudo en el hígado y los pulmones, y, con menor frecuencia en los huesos, los riñones, el bazo, los músculos, el sistema nervioso central y los ojos. El periodo asintomático de incubación puede durar años, hasta que los quistes hidatídicos alcanzan un tamaño que ocasiona signos clínicos. En las regiones endémicas, las tasas de incidencia de la hidatidosis en el ser humano pueden ascender a más de 50 por cada 100.000. Sin embargo, la incidencia en nuestro medio es anecdótica.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de treinta y tres años que acude al servicio de urgencias por síndrome febril acompañado de sintomatología respiratoria. Es ingresado en el servicio de neumología con diagnóstico de neumonía, destacando el hallazgo de una imagen quística retrocardiaca que se observa en la radiografía simple de tórax. Se trata de un varón que trabaja en una empresa de reparto de leña y aficionado a la caza mayor. A su ingreso, el paciente comienza con tratamiento antibiótico, corticoides sistémicos y oxigenoterapia, consiguiendo una leve mejoría clínico-radiológica, aunque mantiene saturaciones de oxígeno en sangre bajas y comienza posteriormente con febrícula, por lo que se escala en tratamiento antibiótico. Dada la tórpida evolución, se toma muestra de esputo, logrando aislar ganchos de escólex de tenia, llegando al diagnóstico de quiste hidatídico. Se comienza tratamiento dirigido con albendazol y praziquantel, consiguiendo una remisión de los síntomas. En este mismo ingreso se confirma mediante tomografía computarizada la apertura del quiste a la vía aérea, clasificando la lesión como quiste hidatídico complicado. Tras completar dos meses de tratamiento médico, es programado para cirugía, donde se realiza, mediante VATS biportal, una resección no anatómica del lóbulo inferior izquierdo que engloba el quiste en su totalidad. Una vez extraída la pieza, se abre el quiste para visualizar su contenido, impresionando el mismo de membranas hidatídicas. El paciente fue dado de alta a las 48 horas, con dolor controlado con analgesia oral.

Discusión: La clave de la cirugía es evitar la apertura accidental del quiste. La segmentectomía en quistes hidatídicos pulmonares por VATS es factible y segura, asegurando la extirpación completa de la lesión. En casos adherenciales complejos o de gran tamaño, valorar toracotomía para preservar la

integridad del quiste.