

Huchzermeyer et al<sup>5</sup> presentaron un estudio en el que se demostraba que el tratamiento con indometacina (inhibidor de la secreción de prostaglandina E2) disminuye el componente secretor del adenoma y, por lo tanto, las pérdidas electrolíticas. Se puede usar como tratamiento previo a la cirugía o en situaciones de inoperabilidad. Sin embargo, comprobaron que en los adenomas que producían diarreas severas (> 2.000-2.500 ml/día), dicho tratamiento era ineficaz.

Por lo tanto, el adenoma veloso secretor de recto y colon debe tenerse presente en el diagnóstico de los casos de diarrea con hiponatremia con volumen extracelular disminuido. Una diarrea hipersecretora con mucorrea, sintomatología del sistema nervioso central y debilidad constituyen el síndrome de McKittrick-Wheelock. La resección quirúrgica del tumor es el único tratamiento definitivo. El síndrome no tratado puede generar complicaciones severas con tasas de mortalidad del 100%<sup>4</sup>.

#### B I B L I O G R A F I A

1. Popescu A, Orban-Schiopu AM, Becheanu G, Diculescu M. McKittrick and Wheelock syndrome—a rare cause of acute renal failure. Rom J Gastroenterol. 2005;14:63-6.
2. Shamblin JR, Huff JF, Waugh JM, Moertel CG. Villous adenocarcinoma of the colon with pronounced electrolyte disturbance. Ann Surg. 1962;2:318-26.
3. Older J, Older P, Colker J, Brown R. Secretory villous adenomas that cause depletion syndrome. Arch Intern Med. 1999;159:879-80.
4. Emrich J, Niemeyer C. The secretory villous adenomas as a rare case of acute renal failure. Med Klinik. 2002;97:619-23.
5. Huchzermeyer H, Baller D, Nieporte U, Gergs P. Villous adenomas of the rectum characterized by secretory diarrhoea. Z Gastroenterol. 1995;33:112-6.
6. Steven K, Lange P, Bukhave K, Rask-Madsen J. Prostaglandin E2-mediated secretory diarrhoea in adenoma of the rectum: effect of treatment with indomethacin. Gastroenterology. 1981;80:1562-6.

Rosario Martínez García\*, Segundo A. Gómez Abril, Ramón Trullenque Juan, Ezequiel Martínez Mas y Manuel Martínez Abad

Servicio de Cirugía, Hospital Dr. Peset, Valencia, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: charobenlloch@hotmail.com (R. Martínez García).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.01.022

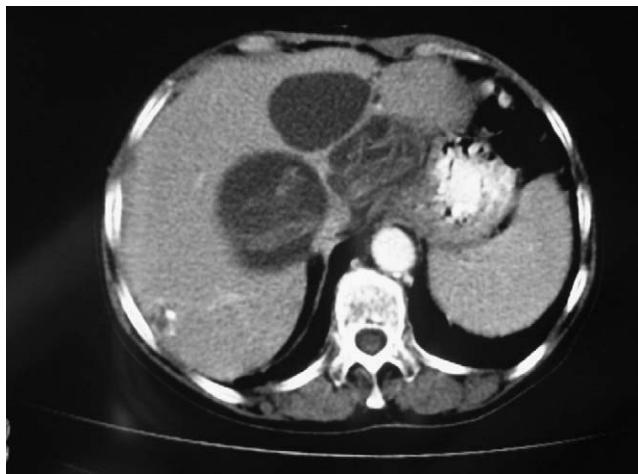
## Peritonitis por *Echinococcus granulosus*: una causa poco frecuente de dolor abdominal

### Peritonitis due to *Echinococcus granulosus*: A rare cause of abdominal pain

La hidatidosis se trata de una enfermedad endémica originada por el parásito *Echinococcus granulosus*. Generalmente, se localiza en el hígado, y en muchos casos es asintomática durante largos períodos, hasta que el crecimiento y la expansión de la lesión quística originan la clínica, por lo general, de dolor abdominal crónico. La rotura del quiste hidatídico hepático producirá un cuadro agudo, habitualmente en concomitancia con un episodio de traumatismo o factores que aumenten la presión intraabdominal, como la tos y el estreñimiento. La rotura espontánea del quiste se trata de una complicación poco frecuente<sup>1</sup>, y todavía más inusual es su rotura hacia el peritoneo y no hacia el árbol biliar. A continuación exponemos un caso ilustrativo de este tipo de complicación que fue tratado recientemente en nuestro hospital.

Mujer de 78 años con antecedentes de hidatidosis hepática múltiple, intervenida en por este motivo en dos ocasiones. Acude a urgencias por un cuadro agudo de dolor abdominal y náuseas de 4 h de evolución. A la exploración presentaba importante afectación del estado general, con dolor difuso a la palpación abdominal y signos de peritonismo. Apirética y

con constantes vitales mantenidas. En ningún momento presentó signos o síntomas compatibles con reacción anafiláctica. En las pruebas complementarias destacaba una ligera leucocitosis con fórmula y recuento celular normales. Los parámetros bioquímicos mostraron un aumento de GGT; las demás enzimas hepáticas eran normales. Se practicó ecografía y tomografía computarizada abdominal (fig. 1), que confirmaron 4 quistes hepáticos, 2 en el lóbulo hepático derecho, de 8,5 y 8 cm, respectivamente, y otros 2 en el lóbulo hepático izquierdo, de 6,6 y 4,2 cm, con evidencia de líquido libre intraperitoneal de 2 cm de espesor. Con el diagnóstico de abdomen agudo secundario a rotura espontánea de quiste hidatídico, se realizó laparotomía de urgencia. En el acto quirúrgico se confirmó la peritonitis generalizada secundaria a la rotura de uno de los quistes, por lo que se realizó su quistectomía parcial junto con lavado peritoneal. Los estudios microbiológicos del líquido peritoneal confirmaron escólex de *Echinococcus* por lo que se inició tratamiento con albendazol oral durante el postoperatorio. La evolución de la paciente fue tórpida, con múltiples complicaciones durante su estancia en



**Figura 1 – Tomografía computarizada abdominal.**

reanimación: sepsis de origen abdominal, síndrome de distress respiratorio del adulto, por lo que precisó soporte ventilatorio de manera prolongada, e infección de la herida quirúrgica. Al alta completó 3 ciclos de tratamiento con albendazol. En las técnicas de imagen practicadas de control a los 3 meses se observó la persistencia de las lesiones quísticas.

La hidatidosis es una enfermedad endémica de zonas del Mediterráneo, América del Sur y Cercano Oriente. La clínica más frecuente es de dolor abdominal crónico, náuseas, vómitos e ictericia. Una de las mayores complicaciones es la perforación quística, con una incidencia, según las series, del 15–40% de los casos; es mucho más infrecuente (2–7%) su rotura hacia la cavidad peritoneal<sup>2</sup>. La rotura generalmente se origina tras un traumatismo, aunque la perforación espontánea es posible y no siempre en relación con un factor precipitante, como en nuestro caso. La clínica de la perforación suele ser abdominal, con reacciones anafilácticas en menos del 1% de los casos<sup>3</sup>. Aunque la presentación como

doi:10.1016/j.ciresp.2008.12.020

abdomen agudo es rara, debe formar parte del diagnóstico diferencial de dolor abdominal en zonas endémicas como nuestro país. El tratamiento de la perforación quística debe ser siempre quirúrgico. Los fármacos antihelmínticos, como el albendazol a dosis de 10 mg/kg, administrados durante al menos 2 o 3 meses, suelen combinarse con el tratamiento quirúrgico para evitar recidivas<sup>4</sup>. La mortalidad que conlleva la perforación quística es mayor que en los casos sin perforación. Los abscesos intraabdominales, la infección piogénica de la cavidad quística, la fistula biliar y la infección de la herida quirúrgica son las complicaciones más frecuentes<sup>5</sup>.

#### B I B L I O G R A F Í A

1. Karakaya K. Spontaneous rupture of a hepatic hydatid cyst into the peritoneum causing only mild abdominal pain: A case report. *World J Gastroenterol.* 2007;13:806–8.
2. El Malki HO, El Mejdoubi Y, Mohsine R, Ifrine L, Belkouchi A. Intraperitoneal perforation of hepatic hydatid cyst. *Gastroenterol Clin Biol.* 2006;30:1214–6.
3. Sozuer EM, Ok E, Arslan M. The perforation problem in hydatid disease. *Am J Trop Med Hyg.* 2002;66:575–7.
4. Agaoglu N, Turkyilmaz S, Arslan MK. Surgical treatment of hydatid cysts of the liver. *Br J Surg.* 2003;90:1536–41.
5. Mansari O, Zentar A, Sair K, Sakit F, Bounaim A, Janati IM. Peritoneal hydatid cysts. Apropos of 12 cases. *Ann Chir.* 2000;125:353–7.

Arancha Rodríguez Conesa\* y Eva Cambor Suárez

Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital Xeral Calde, Lugo, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aranchaconesa@yahoo.es (A. Rodríguez Conesa).

## Absceso hepático amebiano autóctono

### Indigenous amoebic hepatic abscess

Nos parece interesante incluir un caso nuevo de absceso hepático amebiano «autóctono», tanto por lo inusual en nuestro medio como por los pocos casos de tratamiento quirúrgico comunicados<sup>1,2</sup>, que sin ser el tratamiento de elección<sup>3</sup> nos ha llevado por las características específicas del caso a la necesidad de intervención quirúrgica<sup>4</sup>.

La amebiasis es una parasitosis intestinal producida por el protozoo *Entamoeba histolytica*, endémica en gran parte de Asia, Centro y Sudamérica, y África. En nuestro medio, la mayor parte de los casos se dan en la población inmigrante, axial y en

ciudadanos nativos que viajan a zonas endémicas, y afecta principalmente a varones y a adultos jóvenes. El hombre es el principal reservorio y el mecanismo de transmisión más frecuente es el fecooral. Puede estar presente en el intestino y permanecer asintomático (90% de los casos), o ser altamente virulento e invasivo según el grado de inmunocompetencia del paciente, con afectación local (colitis amebiana) o afectación extraintestinal; la más frecuente es la afectación hepática (lóbulo hepático derecho)<sup>5</sup> por vía portal, y produce trombosis venosa con necrosis que constituirán la cavidad del absceso.