

## Tumoración cutánea de 20 días de evolución

B. Amores Arriaga, M. A. Torralba Cabeza, P. Martín Fortea, J. I. Pérez Calvo y P. Cía Gómez  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

### Caso clínico

Se trata de un paciente varón de 86 años que ingresa en nuestro servicio procedente de Urgencias por presentar desde hace 20 días en región subcostal derecha una masa eritematosa, sobreelevada y dolorosa (fig. 1) sin fiebre, pérdida de peso, prurito, acolia o coluria. No ha mejorado con antiinflamatorio y amoxicilina-clavulánico. Entre sus antecedentes destacan bronquitis crónica, hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica moderada, hiperuricemia e intervención quirúrgica de hipertrofia prostática, cataratas y herniorrafia inguinal.

En la analítica inicial se observa anemia normocítica normocrómica moderada (hemoglobina [Hb]: 10,5 g/dl), con leucocitos y plaquetas normales. La velocidad de sedimentación es de 84 mm, y las transaminasas, lactato deshidrogenasa (LDH) y fosfatasa alcalina eran normales.

Se inicia tratamiento antibiótico con metronidazol y ciprofloxacino. En la ecografía abdominal hay una lesión hepática de bordes bien definidos con la cápsula calcificada y con contenido denso y móvil en su interior, que se continúa hacia la lesión cutánea. Ante los hallazgos se solicita una tomografía axial computarizada (TAC) abdominal.



Fig. 1. Imagen del abdomen del paciente donde se observa una zona sobre-elevada y eritematosa.



Fig. 2. Imagen de tomografía axial computarizada donde se observa la presencia de un quiste hepático calcificado parcialmente y fistulizado a piel.



Fig. 3. Imagen de tomografía axial computarizada donde se observa mejor el detalle del quiste hepático.

## Evolución

En la TAC abdominal se objetiva la presencia de un quiste hidatídico hepático, parcialmente calcificado, con fis-tula a pared torácica (figs. 2 y 3). La hemaglutinación a hidatidosis es negativa. A pesar del tratamiento antibió-tico la zona eritematosa aumenta y aparece fluctuación, por lo que el Servicio de Cirugía dado el riesgo de fistulización a piel decide intervenir. Se realizan una lapa-rotomía y una toracotomía, encontrándose un quiste hidatídico hepático calcificado y con signos de infección. Se realiza quistoperiquistectomía parcial, dejándose un tubo de drenaje y la piel parcialmente abierta. El paciente es trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), pre-sentando neumonía con insuficiencia respiratoria global y falleciendo a los 15 días de la intervención.

## Diagnóstico

Quiste hidatídico fistulizado e infectado.

## Discusión

La hidatidosis es una zoonosis endémica en el área mediterránea, cuya fase inicial es asintomática, con períodos de latencia de hasta 50 años. Los órganos más afectados son el hígado en dos tercios de los pacientes y los pulmones en un 25%, aunque se ha descrito afectación de cualquier órgano (cerebro, músculo, riñón, hueso, corazón y páncreas)<sup>1</sup>. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica, junto con la demostración de la existencia de uno o varios quistes en las pruebas de imagen. La ecografía abdominal tiene una sensibilidad del 90-95% y la TAC del 95-100%<sup>2</sup>. La determinación de anticuerpos es importante en el seguimiento y es positiva en el 85-95% de la afectación hepática y en el 65% de la pulmonar, depen-diendo de la técnica empleada<sup>3</sup>.

La afectación hepática es más frecuente en el lóbulo dere-cho (60-85% de los casos) y es asintomática hasta que el quiste mide al menos 10 cm. La clínica depende de

la compresión de órganos, ocasionando colestasis, hiperten-sión portal o síndrome de Budd-Chiari. Las complicaciones (41% de los casos) incluyen la rotura del quiste al árbol biliar (5-25%) con el desarrollo de cólicos biliares, ictericia obstructiva, colangitis o pancreatitis, la infección del quiste (10-35%) con la formación de abscesos hepáticos o la perforación a otras estructuras adyacentes, incluyendo peritoneo, bronquios y piel, dando lugar a una fis-tula cutánea, siendo este caso de extremada rareza<sup>4</sup>. Entre las causas que favorecen la fistulización se han implica-do los traumatismos y la infección<sup>5</sup>.

El tratamiento de la hidatidosis hepática ha evolucionado, siendo la cirugía relegada por otras técnicas como la lapa-roscopia, la aspiración percutánea con introducción de un agente protoescolicida (pinchazo-aspiración-inyección-reaspiración [PAIR]) y la quimioterapia<sup>6,7</sup>.

No obstante, en los casos en los que por la existencia de complicaciones, por su tamaño, por su localización cercana a piel, o por la sospecha de infección, hay riesgo de ruptura, como en nuestro caso, la cirugía sigue siendo la opción preferida<sup>8</sup>, aumentando la mortalidad y las complicaciones hasta el 30%<sup>8-10</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. McManus DP, Zhang W, Li J, Bartley PB. Echinococcosis. Lancet. 2003;362:1295-304.
2. Safioleas M, Misikos E, Manti C, Katsikas D, Skalkeas G. Diagnostic evaluation and surgical management of hydatid disease of the liver. World J Surg. 1994;18(6):859-65.
3. Zarzosa MP, Orduña Domingo A, Gutiérrez P, Alonso P, Cuervo M, Prado A, et al. Evaluation of six serological tests in diagnosis and postoperative control of pulmonary hydatid disease patients. Diagn Microbiol Infect Dis. 1999;35(4):255-62.
4. Chautems R, Buhler LH, Gold B, Giostra E, Poletti P, Chilcott M, et al. Surgical management and long-term outcome of complicated liver hydatid cysts caused by *Echinococcus granulosus*. Surgery. 2005;137(3):312-6.
5. Erdogan MS, Engin OK, Mehmet A. The perforation problem in hydatid disease. Am J Trop Med Hyg. 2002;66(5):575-7.
6. Dervenç C, Delis S, Avgerinos C, Madariaga J, Milicevic M. Changing concepts in the management of liver hydatid disease. J Gastrointest Surg. 2005;9(6):869-77.
7. Dziri C, Haouet K, Fingerhut A. Treatment of hydatid cyst of the liver: where is the evidence? World J Surg. 2004;28(8):731-6.
8. Kjossev KT, Losanoff JE. Classification of hydatid liver cyst. J Gastroenterol Hepatol. 2005;20(3):352-9.
9. Agavey RM. Diagnosis and surgical treatment of complicated liver echinococcosis. Turk J Gastroenterol. 2002;13(1):11-6.
10. Sakhari J, Ben Ali A. Hydatid cyst of the liver. J Chir (Paris). 2004; 141(6):381-9.