

## Equinococosis primaria de la pared torácica

### Primary echinococcosis of the chest wall

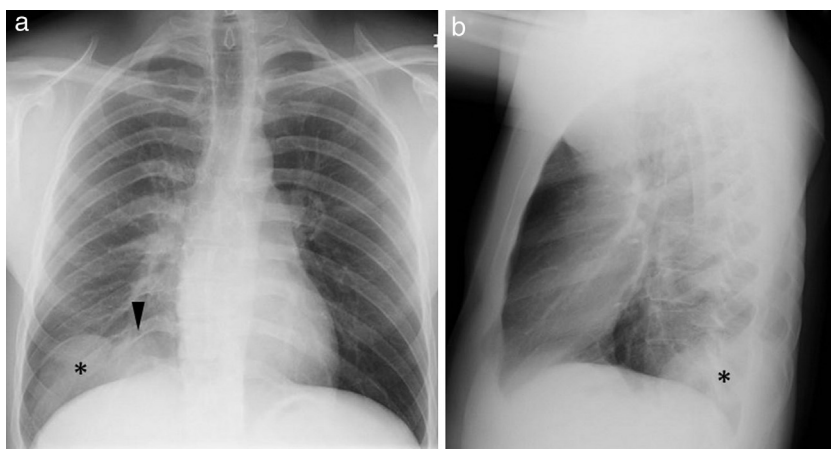
Sr. Director:

Presentamos el caso de un varón de 26 años, sin antecedentes patológicos de interés, que acudió a nuestro hospital por dolor torácico y tos irritativa de 4 meses de duración. La radiografía de tórax mostró una masa torácica posterobasal derecha de apariencia semiológica extrapulmonar, con una imagen radiolúcida en el arco posterior de la décima costilla, contigua a la lesión (fig. 1). La tomografía computarizada (TC) confirmó la masa posterobasal derecha extrapulmonar. Se apreció una remodelación e invasión focal del décimo arco costal posterior y de las partes blandas intercostales adyacentes. La atenuación de la masa era baja (0-30 UH), no realizaba, y mostraba septos sólidos finos en su interior que parecían delimitar cavidades quísticas de diferentes tamaños (fig. 2). El parénquima pulmonar y el hepático no mostraban alteraciones significativas. Con estos hallazgos, la orientación diagnóstica fue la de quiste hidatídico de la pared torácica, probablemente primario. Los diagnósticos diferenciales malignos que se plantearon fueron una neoformación primaria de la familia de los sarcomas de Ewing (clásicamente tumor de Askin en la pared torácica) y metástasis. Entre las entidades benignas se consideró una malformación veno- linfática de localización atípica, y entidades infecciosas con afinidad por la pared torácica, como tuberculosis o actinomicosis. La IgG en suero contra anticuerpos de *Echinococcus granulosus* tenía un valor de 0,87 kU/L (referencia: 0,00-0,35 kU/L). El paciente se sometió a un tratamiento mixto consistente en escisión quirúrgica inicial (cistopericistectomía con preservación de la costilla) y tratamiento médico con albendazol 400 mg/12 h durante 3 meses. La intervención quirúrgica confirmó los hallazgos radiológicos y el estudio anatomopatológico macroscópico

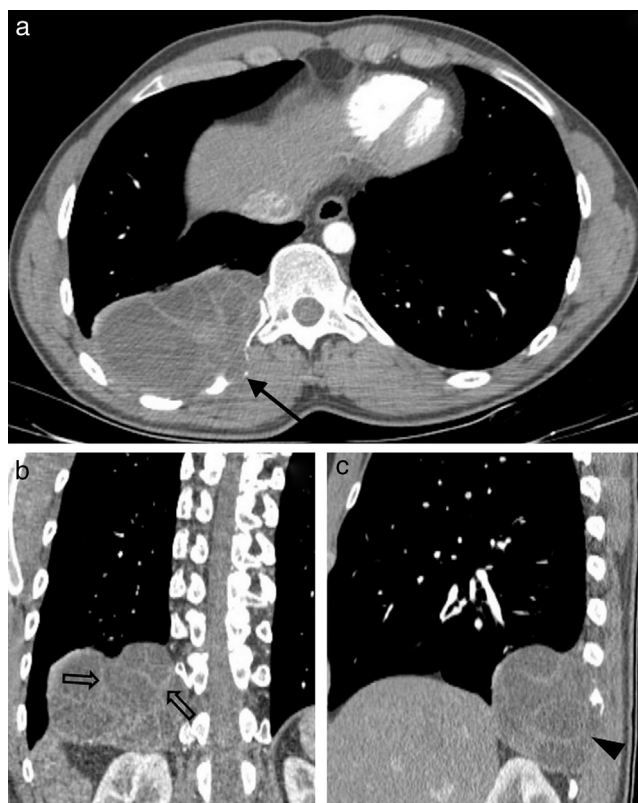
mostró múltiples vesículas hijas en el interior de la lesión. Las pruebas moleculares con antígenos específicos fueron positivas para *Echinococcus granulosus*. No hubo recurrencia en los controles radiológicos posteriores.

La hidatidosis o equinococosis es una de las enfermedades helmínticas más importantes y antiguas, conocida desde Hipócrates<sup>1-5</sup>. Es una parasitosis causada por *Echinococcus granulosus* y sigue siendo una enfermedad endémica en América del Sur, África del Norte, Asia, Europa del Este, algunos países mediterráneos y Australia<sup>1-4</sup>. El gusano adulto vive en el intestino de los huéspedes definitivos, clásicamente el perro, que excreta los huevos en sus heces. El ganado y los seres humanos actúan como huéspedes intermedios que ingieren los huevos por contacto con un huésped definitivo o por consumir agua o verduras contaminadas. Tras ser ingeridos, los huevos pierden la cápsula y liberan los embriones, que pasan a la circulación portal a través de la pared del intestino<sup>1</sup>.

La equinococosis primaria afecta el hígado en el 75% de los casos y el pulmón en el 15%<sup>2</sup>. La pleura es el lugar más frecuente de afectación secundaria, seguida por el árbol biliar y la cavidad peritoneal. La afectación del sistema musculoesquelético y del sistema nervioso central (SNC) está también ampliamente descrita en la bibliografía. No obstante, han sido descritos casos en prácticamente todo el cuerpo<sup>1</sup>. En la hidatidosis intratorácica extrapulmonar, la mayoría de casos son secundarios a la rotura de un quiste pulmonar o hepático. El 75% de ellos se localizan en los espacios pleurales, el 10% en la pared torácica y el resto en mediastino, diafragma y pericardio<sup>3</sup>. Los de la pared torácica son raros, y como localización primaria, excepcionales<sup>3-5</sup>. En nuestra revisión bibliográfica hemos encontrado solamente 4 casos explícitamente descritos<sup>4</sup>, de los que puede deducirse que la invasión de partes blandas intercostales, costillas e incluso cuerpos vertebrales es frecuente. Por este hecho, plantea el diagnóstico diferencial con otras entidades infecciosas agresivas e incluso neoformaciones malignas<sup>3,4</sup>.



**Figura 1** Radiografía de tórax posteroanterior (a) y lateral (b). Masa posterobasal derecha, de contornos lobulados y parcialmente bien definidos (asteriscos). El margen lateral de la masa en la proyección posteroanterior no es detectable y la vertiente medial muestra un ángulo obtuso respecto al parénquima pulmonar adyacente, lo que orienta a un origen extrapulmonar. Se aprecia adicionalmente una imagen radiolúcida en el arco posterior de la décima costilla que se encuentra contigua la lesión (cabeza de flecha).



**Figura 2** Tomografía computarizada torácica con contraste intravenoso. Adquisiciones axiales (a) y reconstrucciones coronal (b) y sagital (c). Las imágenes confirman la masa extrapulmonar que contacta ampliamente con la pared torácica posterior e invade focalmente el décimo arco costal (flecha en a) y las partes blandas intercostales adyacentes (cabeza de flecha en c). La atenuación de la lesión es baja (0-30 UH), con septos de diferentes grosores que realzan tenuemente (flechas huecas en b), y que delimitan las cavidades quísticas de diferentes tamaños.

La apariencia clásica que permite mostrar la hidatidosis, es la de una lesión quística multivesicular que suele calcificar. La apariencia radiológica clásica de la hidatidosis precoz será de vital importancia para tratar adecuadamente esta enfermedad potencialmente curable, y evitar complicaciones indeseables durante la intervención quirúrgica por la facilidad de diseminación si se rompe el quiste<sup>2-5</sup>. El diagnóstico definitivo suele ser una combinación de imagen, serología y técnicas moleculares. El tratamiento más aceptado es el médico-quirúrgico y los controles posteriores deben realizarse con técnicas de imagen y serologías seriadas<sup>1-5</sup>.

El interés del caso presentado radica en la excepcionalidad de la equinocosis primaria de la pared torácica y en la importancia de saber reconocer esta enfermedad parasitaria en cualquier parte del cuerpo. Debemos conocer las peculiaridades que podemos encontrar en cada localización y saber que en algunos casos puede parecer una lesión maligna. Asimismo, cabe destacar que si bien la incidencia de la hidatidosis ha disminuido en los últimos años, no hay que descartarla. En un ámbito clínico y epidemiológico adecuado, se debe considerar el diagnóstico de hidatidosis ante toda masa de características quísticas complejas.

## Bibliografía

1. Dahniya MH, Hanna RM, Ashebu S, Muhtaseb SA, El-Beltagi A, Badr S, et al. The imaging appearances of hydatid disease at some unusual sites. *Br J Radiol.* 2001;74:283-9.
2. Polat P, Kantarci M, Alper F, Suma S, Koruyucu MB, Okur A. Hydatid disease from head to toe. *Radiographics.* 2003;23:475-94.
3. Findikcioglu A, Kilic D, Canpolat T, Hatipoglu A. Primary hydatid disease of the chest wall. *Ann Thorac Cardiovasc Surg.* 2007;13:203-5.
4. Foroulis CN, Avgoustou C, Konstantinou M, Lioulas AG. Chest wall hydatidosis as the unique location of the disease: Case report and review of the literature. *Can J Infect Dis.* 2003;14:167-9.
5. Yilmaz Avcı B, Yildirim M, Önen A. Primary hydatid disease of the chest wall: A case report. *Acta Chir Belg.* 2005;105:420-1.

A. Pons Escoda\* y E. Carreño García

*Servicio de Radiología, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [aponse@hotmail.com](mailto:aponse@hotmail.com) (A. Pons Escoda).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rx.2013.06.004>