

Anciano con ictericia obstructiva secundaria a una colangiohidatidosis

M. Teresa Guerrero Díaz^a, Florentino Prado Esteban^a, M. Cruz Macías Montero^a,
Angélica Muñoz Pascual^a, Elena Ridruejo^a y Manuel Pérez-Miranda^b

^aServicio de Geriátría. Hospital General de Segovia. Segovia. España.

^bServicio de Aparato Digestivo. Hospital Río Ortega. Valladolid. España.

La hidatidosis posee una distribución mundial, con una mayor prevalencia en países mediterráneos. En España, las zonas más endémicas son La Rioja y Aragón, con tasas superiores a 10 casos/100.000 habitantes, seguidas de Castilla-La Mancha y Castilla y León (5-10 casos/100.000 habitantes). Esta parasitosis está causada por la forma larvaria del *Echinococcus granulosus* y afecta principalmente al hígado y al pulmón (85% de los casos). Presentamos un caso de ictericia obstructiva y colangitis secundaria a una colangiohidatidosis. La tomografía computarizada abdominal evidenció una dilatación de toda la vía biliar y la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica se utilizó como técnica diagnóstica y terapéutica.

Palabras clave

Anciano. Ictericia. Colangiohidatidosis.

An elderly man with cholestatic jaundice due to biliary hydatidosis

Hydatid disease is found throughout the world, with a higher prevalence in the Mediterranean area. In Spain, the most endemic regions are Rioja and Aragon, with rates above 10 cases/100,000 inhabitants, followed by Castilla-La Mancha and Castilla y Leon (5-10 cases/100,000 inhabitants). This parasitic disease is caused by the larval stage of *Echinococcus granulosus* (EG) and the main organs affected are the liver and the lung (85 % cases). We present a case of obstructive jaundice and secondary cholangitis due to a biliary hydatidosis. Abdominal computed tomography scan showed dilatation of the entire biliary tract. The technique used for diagnosis and treatment was endoscopic retrograde cholangiopancreatography.

Key words

Elderly. Jaundice. Biliary hydatidosis.

INTRODUCCIÓN

La hidatidosis posee una distribución mundial, con una mayor prevalencia en países mediterráneos. En España, las regiones de mayor endemia son La Rioja y Aragón, con tasas superiores a 10 casos/100.000 habitantes, seguidas de Castilla-La Mancha y Castilla y León (5-10 casos/100.000 habitantes). Esta enfermedad afecta por igual a pacientes jóvenes de ambos sexos, generalmente dedicados a la explotación del ganado ovino^{1,2}. La forma larvaria del *Echinococcus granulosus* (EG) coloniza habitualmente el intestino delgado de animales carnívoros (perros y lobos), huéspedes definitivos del ciclo infectados cuando ingieren vísceras del ganado ovino afectado que actúa, al igual que el ser humano, como huésped intermediario. La infestación humana se produce de forma accidental por contacto directo con el huésped definitivo o por el consumo de alimentos (agua, verduras) contaminados con huevos del EG que han sido eliminados en las heces de los perros infectados^{1,3,4}. Tras una fase inicial de primoinfección asintomática que puede durar años o mantenerse indefinidamente, la sintomatología del paciente puede hacerse evidente si los quistes se complican^{1,2}. En un 85% de los casos la afectación es de un solo órgano y en un 26% es multiorgánica^{1,2,4}. Un 60% de los quistes hidatídicos se localizan en el hígado, un 25% en el pulmón y un 20% en ambos^{3,4}. Ocasionalmente, puede presentarse en otras localizaciones¹. El diagnóstico se establece mediante la conjunción de pruebas de imagen y serológicas, y el tratamiento sólo se aplicará en los quistes que sean sintomáticos, potencialmente viables o que afecten a estructuras vitales^{2,3}.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 91 años que ingresó en la unidad de agudos por presentar un cuadro de 10 días de evolución de fiebre, dolor abdominal, ictericia, coluria y deposiciones acólicas sin síndrome constitucional asociado.

Correspondencia: Dra. M.T. Guerrero Díaz.
Servicio de Geriátría. Hospital General de Segovia.
Carretera de Ávila, s/n. 40002 Segovia. España.
Correo electrónico: maguerrero1965@yahoo.es

Recibido el 12-2-2007; aceptado el 7-9-2007.

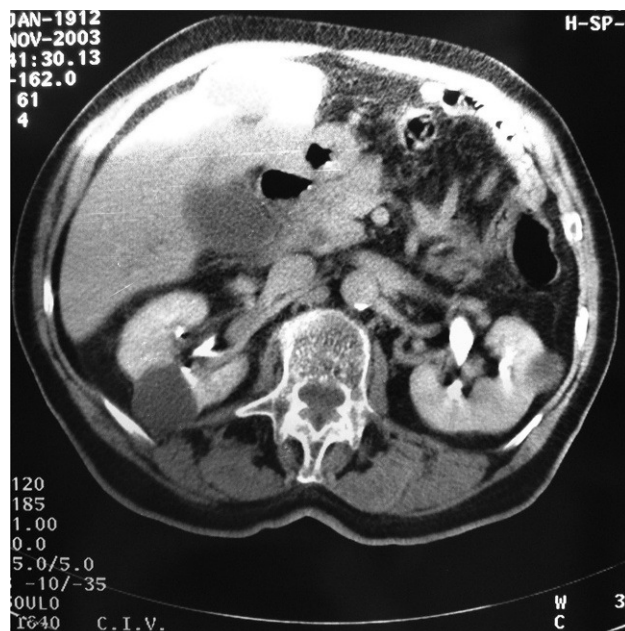


Figura 1. Tomografía computarizada abdominal: aumento del tamaño de la cabeza del páncreas y dilatación de la vía biliar intra y extrahepática.

No tomaba ningún fármaco de forma habitual y se trataba de un paciente sin deterioro cognitivo que llevaba una vida totalmente activa e independiente para las actividades básicas de la vida diaria. A la exploración física destacaba ictericia franca de piel y mucosas, temperatura de 38,5 °C, y presión arterial de 150/70 mmHg. En el abdomen se apreció hepatomegalia de 3 cm no dolorosa, la puñopercusión renal bilateral fue negativa, las pruebas de Murphy y Blumberg fueron negativas, y no tenía signos de ascitis. El resto de la exploración no presentó hallazgos relevantes. Los resultados de las pruebas complementarias fueron los siguientes: hemograma con leucocitos de 12.220/mm³ con fórmula normal; hemoglobina: 11,7 g/dl; hematocrito 33,8%; plaquetas: 435.000/mm³; coagulación: normal. El análisis bioquímico demostró: GOT 180, GPT 164, GGT 328, LDH 501 U/l; fosfatasa alcalina 417 U/l, y bilirrubina total 13,7 mg/dl. El resto de los valores fueron normales. Los marcadores tumorales AFP, CEA y Ca 15-3 fueron normales. El Ca 19-9: 4.242 (normal hasta 45 ng/ml). Los resultados del sedimento de orina fueron: bilirrubina +++; los hemocultivos y la serología frente a hidatidosis, hepatitis B y C fueron negativos. El electrocardiograma evidenció ritmo sinusal. Las radiografías de tórax y abdomen no presentaron hallazgos. La ecografía abdominal evidenció un quiste hepático calcificado. La tomografía computarizada (TC) abdominal y la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) se muestran en las figuras 1 y 2, respectivamente. El paciente recibió antibióticos de forma empírica como tratamiento de una posible colangitis con cefotaxima y clindamicina du-

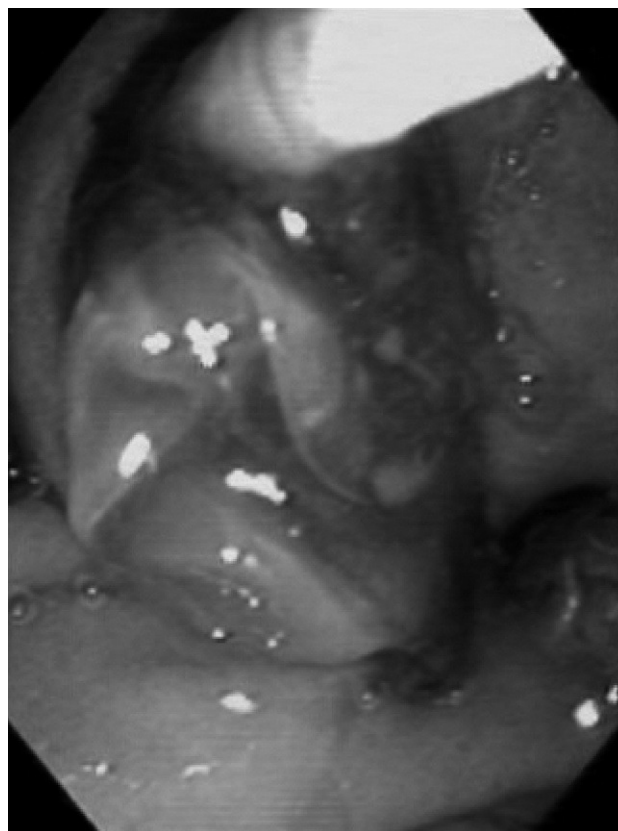


Figura 2. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: gran dilatación de la vía biliar secundaria a una colehidatidosis con abundantes membranas que obstruyen el colédoco.

rante 10 días; quedó afebril pero permaneció con ictericia franca que remitió con la CPRE diagnóstica y terapéutica en la que se procedió a la limpieza de la vía biliar y la colocación de un *stent* temporal, con lo que se normalizaron las cifras de Ca 19-9. En controles ambulatorios posteriores el paciente permaneció asintomático.

DISCUSIÓN

Los pacientes con hidatidosis hepática pueden presentar náuseas, vómitos, hepatomegalia y hepatalgia, o bien pueden presentar en algún momento una complicación aguda: rotura del quiste a la cavidad abdominal y siembra peritoneal, o una infección bacteriana secundaria^{2,5}. La colangiohidatidosis es una complicación que aparece en un 25% de las hidatidosis hepáticas y puede causar episodios de ictericia obstructiva o de colangitis⁴⁻⁶. Habitualmente, el diagnóstico se establece mediante la conjunción de las pruebas de imagen y serológicas. En cuanto a las pruebas de imagen, la radiología convencional no detecta los quistes no calcificados. La TC y la resonancia magnética

(RM) tienen una sensibilidad mejor que la ecografía, y una especificidad del 95 al 100%. La TC se considera la mejor prueba de imagen para definir las lesiones y la existencia de probables complicaciones^{4,7}. En este caso, el diagnóstico exacto sólo pudo evidenciarse mediante la CPRE. La determinación de anticuerpos mediante la prueba de ELISA para la inmunoglobulina G (IgG) es la técnica considerada como la más sensible (93%) y específica. Los quistes hepáticos son los que con más frecuencia producen una respuesta positiva en un 85 al 95% de los casos frente a un 65% de los quistes pulmonares⁸⁻¹⁰. En este caso, las dos pruebas serológicas realizadas, la determinación de anticuerpos IgG mediante ELISA y la hemaglutinación indirecta fueron negativas. No obstante, el resultado negativo de una prueba serológica no descarta una hidatidosis, ya que se han descrito casos de falsos negativos según la localización de la lesión y la integridad y viabilidad del quiste⁸. Con respecto al tratamiento, la cirugía es de elección y está indicada en quistes que sean accesibles, y es curativa en un 90% de los casos. La CPRE terapéutica se puede considerar en casos seleccionados de colangiohidatidosis o en pacientes de alto riesgo, como alternativa al tratamiento quirúrgico¹¹⁻¹³. El tratamiento médico, generalmente con albendazol durante 1 a 3 meses, se utiliza como adyuvante a la cirugía y se recomienda en pacientes con enfermedad inoperable, múltiples quistes en dos o más órganos, quistes peritoneales, cirugía incompleta o recaídas, y como prevención de la extensión secundaria tras la rotura espontánea o tras la aspiración de los quistes^{3,14}.

BIBLIOGRAFÍA

1. López-Vélez R, Pérez-Molina JA. Enfermedades parasitarias (II): amebas titulares, tripanosomas y cestodos titulares. En: Bouza E, Muñoz-García P, editores. *Enfermedades infecciosas*. Madrid: IDEPSA; 1995. p. 285-96.
2. McManus DP, Zhang W, Li J, Bartley PB. Echinococcosis. *Lancet*. 2003;362:1295-304.
3. Krige JEJ, Beckingham IJ. Liver abscesses and hydatid disease. *BMJ*. 2001;322:537-40.
4. Herreros de Tejada A, Yebra M, Cuesta M, Tutor P. Varón de 85 años con masa subcutánea en región costal derecha. *Rev Clin Esp*. 2002;202:407-8.
5. Manterota C, Losada H, Carrasco R, Muñoz S, Bustos L, Vial M, et al. Colangiohidatidosis: una complicación evolutiva de la hidatidosis hepática. *Bol Chil Parasitol*. 2001;56:1-2.
6. McCorkell SJ. Echinococcal cysts in the common bile duct: an uncommon cause of obstruction. *Gastrointestinal Radiology* 1985;10:390-3.
7. Sayek I, Onat D. Diagnosis and treatment of uncomplicated hydatid cyst of the liver. *World J Surg*. 2001;25:21-7.
8. Biava MF, Dao A, Portier B. Laboratory diagnosis of cystic hydatid disease. *World J Surg*. 2001;25:10.
9. Guiral J, Rodrigo A, Tello E. Subcutaneous echinococcosis of the knee. *Lancet*. 2004;363:38.
10. Biava MF, Dao A, Fortier B. Laboratory diagnosis of cystic hydatid disease. *World J Surg*. 2001;25:10-4.
11. Karawi AJ, Hanid A. Endoscopic removal of daughter echinococcus cysts from the common bile duct. *Hepatogastroenteol*. 1985;32:296-8.
12. Shemesh E, Klein E, Abramowich D, Pines A. Common bile duct obstruction caused by hydatid daughter cysts-management by endoscopic retrograde sphincterotomy. *Am J Gastroenterol*. 1986;81:280-2.
13. Magistrelli P, Masetti R, Coppola R, Costamagna G, Durastante V, Nuzzo G, et al. Value of ERCP in the diagnosis and management of pre-and postoperative biliary complications in hydatid disease of the liver. *Gastrointestinal Radiology*. 1989;14:315-20.
14. Saimot AG. Medical treatment of liver hydatidosis. *World J Surg*. 2001;25:15-20.