

Hidatidosis hepática: revisión de tres casos

A.L. Aguilar-Shea, F. Rodríguez-López y T. Bernardo-Fernández

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espronceda. Área 7. Madrid. España.

La hidatidosis es una parasitosis zoonótica causada por cestodos del género *Echinococcus*. La única que tiene relevancia clínica en España es la *E. granulosus*. En la mayoría de los casos se trata de quistes hidatídicos abdominales cuya localización más frecuente es el hígado. La forma de presentación más habitual es el descubrimiento accidental. El diagnóstico se realiza fundamentalmente mediante ecografía, tomografía axial computarizada y resonancia magnética. Presentamos tres casos clínicos de hidatidosis hepática, dos de ellos diagnosticados de manera casual y uno, en una paciente con un síndrome febril. En todos los casos se realizó tratamiento quirúrgico, y únicamente en el último se realizó tratamiento médico con albendazol. La hidatidosis hepática sigue siendo un problema de salud importante en España. Los programas de control no han resultado totalmente eficaces para modificar la distribución global de la enfermedad hidatídica.

Palabras clave: hidatidosis, equinococcus, zoonosis, albendazol, España.

Hydatidosis is a zoonotic parasitic infection caused by the cestode *Echinococcus*. The only clinically relevant one in Spain is *E. granulosus*. In most of the cases, these are abdominal hydatid cysts, whose most frequent location is in the liver. The most common presentation is discovered causally. The diagnosis is basically made by means of an ultrasound, computed tomography and magnetic resonance imaging. We present three cases of hepatic hydatidosis, two of which were diagnosed casually and one in a patient with febrile syndrome. Surgical treatment was performed in all the cases and only the latter received medical treatment with albendazole. Hepatic hydatidosis continues to be an important health problem in Spain. The control programs have not been effective to modify the global distribution of the hydatid disease.

Key words: hydatidosis, equinococcus, zoonosis, albendazole, Spain.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Mujer de 55 años, natural de la zona rural de Castilla-León, en estudio por un cuadro de infección respiratoria. Se le realiza una radiografía de tórax en la que se observa una imagen de densidad cálcica en hipocondrio derecho fig. 1. En la ecografía de abdomen se observa la existencia de dos lesiones compatibles con quistes hidatídicos calcificados. En la tomografía axial computarizada (TAC) se observa la presencia de dos lesiones hepáticas compatibles con quistes hidatídicos. Una de ellas mide 3 cm y está localizada en el segmento II superficial, muestra vesículas en su interior y algunas calcificaciones periféricas. La otra mide 2,5 cm, es intraparenquimatosas, está localiza-

zada en la cúpula hepática segmento VIII y presenta la pared densamente calcificada.

La paciente fue remitida al servicio de cirugía general, donde se realiza una quistoperiquistectomía total cerrada del quiste superficial izquierdo, y se decide no reseccionar el derecho por sus características radiológicas y localización.

Caso 2

Paciente varón de 57 años, natural de la zona rural de Castilla-La Mancha. Fue pastor de ovejas en la adolescencia y padece enfermedad pulmonar obstructiva crónica severa. Se realiza una TAC torácica de control en la que se observa una lesión compatible con quiste hidatídico en la cúpula hepática en contacto con el diafragma de 9,6 cm de diámetro. Tras la valoración del riesgo quirúrgico, se realizó una quistoperiquistectomía casi total.

Caso 3

Paciente mujer de 54 años, natural de la zona rural de Castilla-La Mancha. Presenta un cuadro febril de un mes de evolución, acompañado de astenia, hiporexia, tos ocasional sin expectoración franca y dolor leve en costado

Correspondencia: A.L. Aguilar-Shea
Centro de Salud Espronceda. Área 7.
C/ Espronceda, 24.
28003 Madrid. España.
Correo electrónico: antonioaguilar-shea@gmail.com

Recibido el 28-04-08; aceptado para su publicación el 29-10-08.

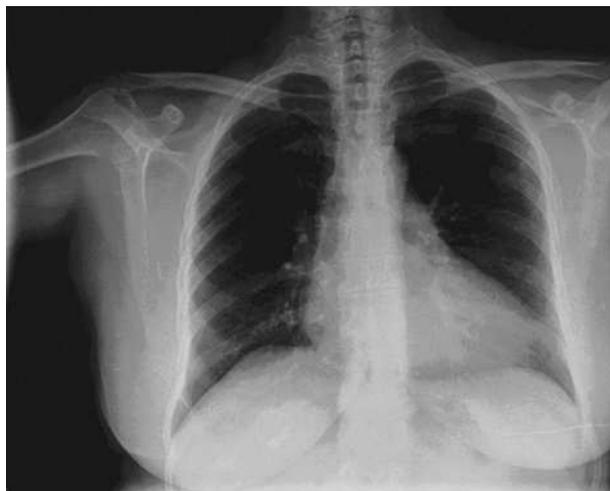


Figura 1. Radiografía de tórax en la que se observa una imagen de densidad cálcica en hipocondrio derecho.

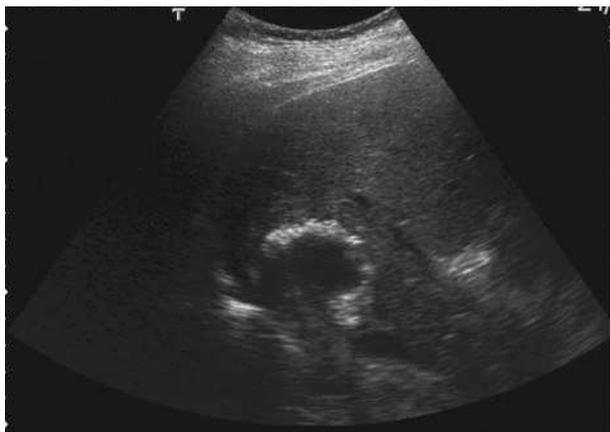


Figura 2. Ecografía abdominal donde se observa una tumoración sólida de 8 cm.

derecho. En la radiografía de tórax, se observó un pinzamiento del seno costofrénico derecho. Se sospecha un origen infeccioso neumónico y se pauta tratamiento con levofloxacino. Debido a la persistencia de fiebre elevada es ingresada en su hospital de referencia para estudio. En la ecografía abdominal mostraba una tumoración sólida de 8 cm de diámetro en lóbulo hepático derecho (fig. 2). La TAC muestra una gran lesión quística craneal en la vesícula biliar, de ubicación subdiafragmática y extrahepática (fig. 3). La cúpula craneal se encuentra engrosada y con aparente afectación de los tejidos adyacentes, con derrame pleural asociado, sugerente de quiste hidatídico roto. Se realizó una periquistectomía parcial y se pauta tratamiento con albendazol, 400 mg, cada 12 horas durante 28 días.

DISCUSIÓN

La hidatidosis es una parasitosis zoonótica causada por cestodos del género *Echinococcus*, del que sólo dos espe-



Figura 3. Tomografía axial computarizada en la que se observa una gran lesión quística craneal en la vesícula biliar, de ubicación subdiafragmática y extrahepática.

cies, la *granulosus* y la *multilocularis* producen el parasitismo en el ser humano. La única que tiene relevancia clínica en España es la *E. granulosus*¹. Se trata de una zoonosis especialmente del perro, y el ganado ovino es el principal hospedador intermediario. El hombre es un hospedador intermediario accidental que se infecta al ingerir los huevos procedentes de perros infectados. La enfermedad presenta una alta prevalencia en los países de la cuenca mediterránea, Sudamérica, Oriente Próximo y Oceanía^{2,3}. En España, fue una enfermedad de declaración obligatoria desde 1981⁴ hasta 1996. En 1997 pasó a ser vigilada por las comunidades autónomas en las que era endémica.

En casi el 75% de los casos de quistes hidatídicos abdominales, de los que la mayoría se localizan en el hígado, la forma de presentación es el descubrimiento accidental de una masa abdominal asintomática o un agrandamiento asintomático del hígado hallado en una exploración física rutinaria. En algunos pacientes existe dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho, siendo éste el primer síntoma que pone en marcha el diagnóstico. Ocasionalmente, la presentación clínica es la de un cólico biliar que puede cursar con ictericia transitoria, y a veces con colangitis (escalofríos, sudoración y fiebre)⁵.

El diagnóstico se realiza fundamentalmente mediante pruebas de imagen, ecografía, TAC y resonancia magnética nuclear (RMN), que nos proporcionan los datos necesarios para precisar la localización, tamaño y número de las lesiones^{6,7}.

La analítica elemental muestra resultados inespecíficos. Cuando hay afectación hepática se puede observar una elevación de la bilirrubina o de la fosfatasa alcalina. La eosinofilia está presente en el 25% de los pacientes infectados, y la hipogammaglobulinemia, en un 30%⁸.

Las técnicas serodiagnósticas pueden ser útiles, aunque un resultado negativo no descarta el diagnóstico de equinococosis. Los quistes hepáticos suelen determinar más anticuerpos que los pulmonares, aunque hasta un 50% de los sujetos infectados no presentan anticuerpos. La detección de los anticuerpos contra los antígenos equinocócicos específicos por inmunoelectroforesis es la prueba más específica, siendo también útil para detectar recurrencias^{6,8}.

Las medidas preventivas más importantes de la hidatidosis consisten en la regulación dietética de los perros, evitando la ingesta de vísceras de los animales intermedios como las ovejas y, por otra parte, la adecuada manipulación de las vísceras.

El tratamiento de la hidatidosis se basa en tres tipos de métodos: cirugía, punción-aspiración-inyección-reaspiración (PAIR) y uso de antiparasitarios. El tratamiento de elección para la hidatidosis hepática es la cirugía⁹, que está indicada ante la presencia de quistes de gran tamaño, quistes infectados, de localización anatómica vital, quistes superficiales con riesgo de rotura o cuando presentan efecto "masa". La técnica quirúrgica fundamental es la quistoperiquistectomía total. Otras alternativas quirúrgicas serían la quistoperiquistectomía parcial y las hepatectomías. El trasplante hepático sólo queda reservado para casos excepcionales con complicaciones graves¹⁰. La técnica PAIR consiste en la aspiración del quiste, inoculación de un protoescolicida (etanol 95% o cetrimida 0,5%) y reaspiración posterior, todo ello bajo control ecográfico. Estaría contraindicada en quistes calcificados o con comunicación biliar.

El tratamiento médico con los antiparasitarios mebendazol y albendazol no es suficiente para la erradicación del quiste hidatídico. El tratamiento de elección es el albendazol en dosis elevadas, siendo más efectivo que el mebendazol en el tratamiento de la hidatidosis. Estaría indicado en casos de hidatidosis hepática o pulmonar inoperables, hidatidosis en otros órganos e hidatidosis peritoneal. No está recomendado en mujeres embarazadas. La forma de administración del albendazol es en ciclos de cuatro semanas, separadas por periodos de una a dos semanas, de 10-15 mg/kg/día. El mebendazol se administra en 40 a 50 mg/kg/día durante 3 a 6 meses, pudiéndose dar cuatro días antes de la cirugía o un mes después. El praziquantel se puede administrar una vez a la semana en dosis de 40 mg/kg asociado a albendazol^{11,12}. El tratamiento médico

puede ser exclusivo en las formas diseminadas, o asociado a la cirugía o PAIR¹³.

Durante el seguimiento de los pacientes, la respuesta al tratamiento se valora mediante ecografía, TAC y RMN, a intervalos trimestrales, durante 3 años o más. La titulación periódica de anticuerpos estaría recomendada en aquellos pacientes a los que se les realizó cirugía radical con éxito, la elevación de los mismos sugeriría la presencia de quistes hidatídicos secundarios. En pacientes tratados con quimioterapia y PAIR, el control serológico no ha demostrado gran utilidad. En los pacientes en tratamiento con albendazol o mebendazol se recomienda monitorizar las enzimas hepáticas, recuento de hematíes y hemoglobina de manera mensual, debido a la posible toxicidad de los fármacos.

Las medidas preventivas más importantes son la educación sanitaria, la adecuada manipulación de las vísceras animales (en especial ganado ovino) y el control sanitario de los perros.

En conclusión, podemos decir que la hidatidosis hepática sigue siendo un problema de salud importante en España. El hallazgo incidental suele ser la forma más frecuente de diagnóstico. Los programas de control no han resultado totalmente eficaces para modificar la distribución global de la enfermedad hidatídica.

BIBLIOGRAFÍA

- McManus DP, Zhang W, Li J, Barthey PB. Echinococcosis. *Lancet*. 2003;362:1295-304.
- Eckert J, Conraths FJ, Tackmann K. Echinococcosis: an emerging or re-emerging zoonosis? *Int J Parasitol*. 2000;30:1283-94.
- Seimenis A. Overview of the epidemiological situation on echinococcosis in the Mediterranean region. *Acta Trop*. 2003;85:191-5.
- Resolución de 22 de diciembre de 1981 de la D.G. de Salud Pública por la que se modifica la lista de Enfermedades de Declaración Obligatoria. B.O.E. nº 205 de 15 de enero de 1982.
- Hidalgo M, Castillo MJ, Eymar JL. Hidatidosis hepática y abscesos hepáticos. En: Berenguer M, Bruguera M, García M, Rodrigo L, editores. Tratamiento de las enfermedades hepáticas y biliares. Madrid: ELBA S.A.; 2001. p. 301-10.
- Sayek I, Tirmaksiz MB, Dogan R. Cystic hidatic disease: current trends in diagnosis and management. *Surg Today*. 2004;34(12):987-96.
- Schipper HG, Kager PA. Diagnosis and treatment of hepatic echinococcosis: an over view. *J Gastroenterol Suppl*. 2004;(241):50-5.
- Filippou D, Tselepis D, Filippou G. Advances in liver echinococcosis: diagnosis and treatment. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2007;5(2):152-9.
- WHO Informal Working Group on Echinococcosis. Guidelines for treatment of cystic and echinococcosis in humans. WHO Informal Working Group on Echinococcosis. *Bull World Health Organ*. 1996;74(3):231-42.
- Ammann RW. Chemotherapy alone or as adjuvant treatment to surgery for alveolar and cystic echinococcosis. *Chirurg*. 2000;71:9-15.
- Franchi C, Di Vico B, Teggi A. Long-term evaluation of patients with hydatidosis treatment: benzimidazole carbamates. *Clin Infect Dis*. 1999;29(2):304-9.
- Horton J. Albendazole for the treatment of echinococcosis. *Fundam Clin Pharmacol*. 2003;17(2):205-12.
- Pérez-Arellano JL, Hernández-Cabrera M, Pisos-Álamo E, Carranza Rodríguez C, Castillo de Vela M, Aparicio-Azcárraga P. Tratamiento de las enfermedades parasitarias (II): helmintosis y ectoparasitosis. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2007;31:55-64.