

Bibliografía

- Rodríguez Fajardo JE, Carrera J, Ibáñez H, Martínez C, Mateus L. Ruptura esplénica posterior a colonoscopia: complicación infrecuente pero potencialmente letal. *Rev Col Gastroenterol*. 2012;27:114-8.
- Ha FJ, Minchin D. Splenic injury in colonoscopy: a review. *Int J Surg*. 2009;7:424-7.
- Shah PR, Raman S, Haray PN. Splenic rupture following colonoscopy: rare in the UK. *Surgeon*. 2005;3:293-5.
- Casanova Martínez L, Martín Arranz E, Vázquez López P, Jaquotot Herranz M, Mora Sanz P, Segura Cabral JM. Rotura esplénica tras colonoscopia. Una complicación inusual. *Gastroenterol Hepatol*. 2011;34:588-9.
- Capellani A, Di Vita M, Zanghi A, Cavallero A, Alfano G, Piccolo G, et al. Splenic rupture after colonoscopy: report of a case and review of literature. *World J Emerg Surg*. 2008;3:8.
- Guerra JF, San Francisco I, Pimentel F, Ibáñez L. Splenic rupture following colonoscopy. *World J Gastroenterol*. 2008;14:6410-2.
- Skipworth JR, Raptis DA, Rawal JS, Olde Damink S, Shankar A, Malago M, et al. Splenic injury following colonoscopy- an under-diagnosed, but soon to increase, phenomenon? *Ann R Coll Surg Engl*. 2009;91:W6-11.

A. Riaguas Almenara *, D. Ibáñez Muñoz y M. Beltrán Marín

Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Ernest Lluch, Calatayud, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anariaguas@hotmail.com

(A. Riaguas Almenara).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rard.2015.09.008>

Quiste hidatídico renal con microrrotura



Renal hydatid cyst with minimal breakage

Sra. Editora:

La hidatidosis es una zoonosis producida por el parasitismo de la tenia *Echinococcus*, fundamentalmente el *E. granulosus* y más raramente el *E. multilocularis*¹. Es una enfermedad de distribución mundial, que se considera endémica en regiones como la cuenca mediterránea, África, Sudamérica, Australia y Nueva Zelanda, donde aún constituye un problema de salud pública². El hígado es el órgano más frecuentemente afectado, siendo otras localizaciones (p. ej. la renal) mucho menos comunes.

El diagnóstico de la hidatidosis generalmente se basa, con técnicas de imagen, en la identificación de una lesión quística y la detección de anticuerpos séricos específicos contra el parásito. Sin embargo, la negatividad

de las pruebas serológicas no descarta la presencia de un quiste hidatídico, y una localización inusual o unos hallazgos imagenológicos atípicos pueden complicar el diagnóstico diferencial. Por ello, es importante conocer las localizaciones raras, los hallazgos anómalos y las posibles complicaciones para poder realizar un diagnóstico temprano que permita un tratamiento adecuado.

Nuestro objetivo es comunicar el caso de un paciente varón de 85 años con antecedentes de cardiopatía isquémica, hipertensión arterial (HTA), síndrome mielodisplásico y quiste hidatídico hepático (intervenido en 1996), que acudió por un dolor abdominal en el flanco derecho, de 24 horas de evolución, sin otra sintomatología acompañante. La exploración física y el laboratorio al ingreso fueron normales y, para completar el estudio, se solicitó una ecografía abdominal (fig. 1) en la que se apreció una masa de 14,5 cm ocupando la celda renal derecha. La lesión parecía



Figura 1 Ecografía abdominal. Se aprecia una masa de 14,5 cm aproximadamente ocupando la celda renal derecha, que parece depender del riñón. Su contenido es heterogéneo e incluye áreas sólidas (estrella) y quísticas, con múltiples septos finos en su interior (flechas).

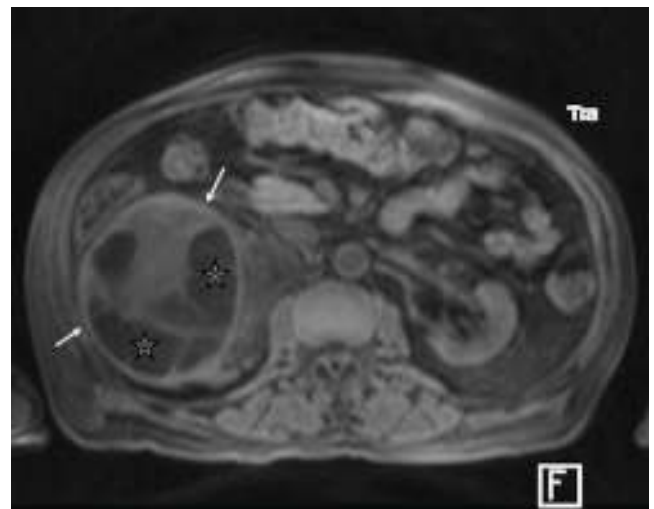


Figura 2 Resonancia magnética en secuencia ponderada en T1 con saturación grasa en plano axial. Se observa una masa multiquistica renal derecha, de márgenes bien definidos (flechas) y estructuras quísticas adyacentes a la pared, que son hipointensas con respecto al fluido intraquistico (estrellas).

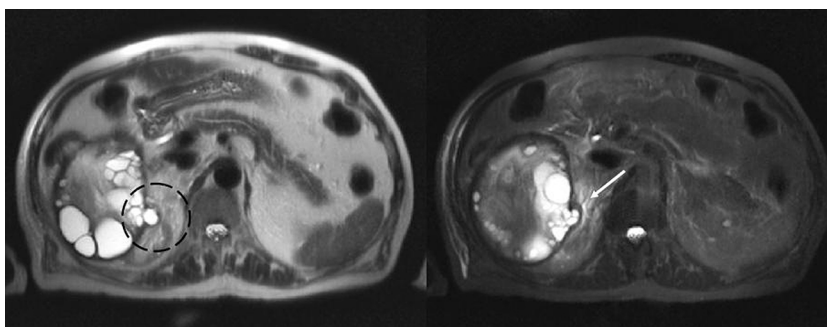


Figura 3 Resonancia magnética en secuencias ponderadas en T2 e inversión-recuperación con tiempo de inversión corto (STIR), en plano axial. Se observa la masa multiquistica con márgenes bien definidos y una cápsula hipointensa que presenta en su región interna una interrupción (círculo) y un aumento de la intensidad de señal en la secuencia STIR (flecha), asociado a la salida del material del interior del quiste, compatible con rotura a ese nivel.

depender del riñón y presentaba un contenido heterogéneo, que incluía áreas sólidas y quísticas con múltiples septos en su interior (lesión multivesicular o multiseptada).

Con el diagnóstico diferencial de hipernefroma quístico, poliquistosis renal y quiste hidatídico, se solicitó una serología para hidatidosis, la cual resultó positiva (ELISA), y una resonancia magnética (RM), en la que se observó una masa multiquistica renal derecha de márgenes bien definidos, con una cápsula y estructuras quísticas adyacentes a la pared, que eran hipointensas con respecto al fluido intraquistico en las secuencias ponderadas en T1 (fig. 2) e hiperintensas en ponderación T2 (fig. 3). Esta lesión dependía de la porción anterior del riñón derecho (fig. 3) y no mostraba realce tras el contraste intravenoso paramagnético, pero sí presentaba en su región interna la interrupción de la cápsula, la extrusión del material del interior del quiste y un aumento de la intensidad de señal de la grasa adyacente. Estos hallazgos sugerían un quiste hidatídico renal con mínima rotura (fig. 3).

Ante estos hallazgos en la RM, y dado el alto riesgo quirúrgico del caso, se decidió implementar un tratamiento conservador. El paciente tuvo una evolución favorable y se mantuvo asintomático hasta su último control (tres años después del inicio del cuadro).

La afectación renal de la hidatidosis solo ocurre en el 2-4% de los casos de hidatidosis³. Generalmente es asintomática, y los signos y síntomas más comunes son el dolor, las masas palpables en los flancos y la disuria¹. Con frecuencia los quistes son solitarios, se localizan en la corteza y pueden alcanzar un tamaño de hasta 10cm antes de dar síntomas. Las calcificaciones en forma de anillo de las paredes del quiste sugieren el diagnóstico de quiste hidatídico.

La ecografía es la prueba más sensible para la detección de membranas, septos y arena hidatídica dentro de este tipo de quistes. Se puede visualizar: una imagen de quiste multivesicular, esto es, una colección quística con un patrón en panal (con múltiples septos que corresponden a las paredes de los quistes hijos); o un quiste con aspecto de rueda de carro (*wheel spoke*), cuando los quistes hijos están separados por una matriz hidatídica (que representa fluido hidatídico que contiene membranas de vesículas hijas rotas, escólicas y arena hidatídica) o las membranas dentro

de la matriz aparecen como líneas o láminas serpenteando (hallazgo altamente específico de enfermedad hidatídica). Cuando la matriz llena por completo el quiste, este manifiesta una ecogenicidad mixta y simula una masa sólida difícil de diferenciar de otras masas o abscesos².

La tomografía computada (TC) está indicada en los casos en los que la ecografía falla por dificultades relacionadas con el paciente (obesidad, excesivo gas intestinal, deformidades de la pared abdominal o cirugía previa) o con una enfermedad complicada¹. Tiene una elevada sensibilidad y especificidad, y los hallazgos son similares a los descritos en la ecografía.

En RM la presencia de un anillo hipointenso en las secuencias ponderadas en T2 representa al periquiste rico en colágeno y es característica del quiste hidatídico³. Sin embargo, este hallazgo no es específico de hidatidosis y se ha comunicado también en abscesos amebianos y hematomas. Los quistes hijos aparecen como estructuras quísticas adjuntas a la pared (capa germinal) y las membranas de parásitos colapsadas como una estructura lineal espiral dentro del quiste.

En cuanto a las complicaciones, la rotura es la más frecuente y puede deberse a un traumatismo o a la propia historia natural del quiste (50-90% de los casos)². El paso del contenido del quiste a la circulación sistémica del huésped puede producir reacciones anafilácticas, pero también puede ser asintomática. En más del 18% de los casos, el quiste puede romperse y pasar a los sistemas colectores, produciendo un cólico renal agudo e hidatiduria¹. En las pruebas de imagen es posible demostrar un defecto en la pared del quiste y la salida de su contenido a través de este defecto.

Saludan atentamente, Los autores

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Pedrosa I, Saiz A, Arrazola J, Ferreirós J, Pedrosa CS. Hydatid disease: radiologic and pathologic features and complications. *Radiographics*. 2000;20:795–817.
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. Turgut AT, Ödev K, Kabaalioglu A, Bhatt S, Dogra VS. Multitechnique evaluation of renal hydatid disease. *AJR Am J Roentgenol*. 2009;192:462–7.

I. Belda-González^{a,*} y D. Soliva-Martínez^b

^a *Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Virgen de la Luz, Cuenca, España*

^b *Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital de Alcañiz, Teruel, España*

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: isa_belda@yahoo.es, isacirujana@gmail.com (I. Belda-González).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rard.2014.11.008>