



Quiste hidatídico hepático

Germán Gómez, Ernesto Córdoba, Adriana Córdoba

Introducción

Los helmintos o vermes pueden ser los agentes infecciosos más prevalentes en el mundo; incluso se ha llegado a pensar que existen tantas helmintiasis como personas si se tienen en cuenta las infecciones múltiples. Dentro de este grupo de organismos se puede encontrar la *Taenia echinococcus*, una especie de céstodo que en su estado larvario produce en el hombre la equinococosis o enfermedad hidatídica que aunque en nuestro país no se encuentra diseminada en gran medida, en otras latitudes sí produce una morbilidad y mortalidad importantes.

La equinococosis es una zoonosis que implica la presencia de un animal dentro de su transmisión excluyendo su contagio directo de hombre a hombre. Es producida por el estado larvario de dicha tenia existiendo cuatro subtipos: *T. Granulosus* que produce un tipo de enfermedad unilocular siendo la especie más difundida en el mundo especialmente en el mediterráneo, medio y lejano oriente y la zonas más bajas de Sur América; la *T. Multilocularis*, un tipo de equinococo ubicado en la región holoártica que produce la llamada enfermedad hidatídica alveolar con un curso agresivo y de mal pronóstico debido a su tipo de crecimiento infiltrativo; *T. Oligarthrus*, una especie ubicada en centro y sur América con principal distribución sobre especies felinas y la *T. Vogeli*, especie más recientemente descrita que junto con la anterior son nativas de América con una afección también multilocular y de la que más se ha descrito en Colombia.

En este trabajo se presenta un caso de enfermedad hidatídica hepática en Colombia causada por la especie *Vogeli* y se hace un recuento de otros casos presentados en el país con el fin de ampliar un poco más la conciencia acerca de esta enfermedad en el país y así poder detectar más casos teniendo en mente esta posibilidad diagnóstica ante la presencia de una anomalía poliquistica en el hígado.

Descripción del caso

Se trata de una paciente natural y procedente de Morelia (Caquetá) de 33 años de edad que nunca ha viajado fuera de su región y que consulta por presentar dolor sordo ubicado en epigastrio e hipocondrio derecho asociado a intolerancia a las grasas, hiporexia y vómito postprandial durante dos meses. Dentro de la revisión por sistemas la paciente informa pérdida de peso no cuantificada y sus antecedentes patológicos informan varicela y parotiditis en la infancia; cuatro gestaciones sin complicaciones y ningún otro hallazgo.

El examen físico demuestra la presencia de una gran masa ubicada principalmente en el epigastrio y no dolorosa.

Por todos estos hallazgos fue estudiada en Florencia (Caquetá) donde inicialmente le realizaron una ecografía hepatobiliar que informa colelitiasis con la presencia de una gran masa hepática de ecogenicidad mixta. Posteriormente se practica una TAC abdominal (Figuras 1 y 2) que evidencia la misma masa ubicada principalmente en el lóbulo izquierdo del hígado con zonas de diferentes densidades llegando a patrón calcificado y se plantea como posibilidad diagnóstica un carcinoma fibrolamelar.

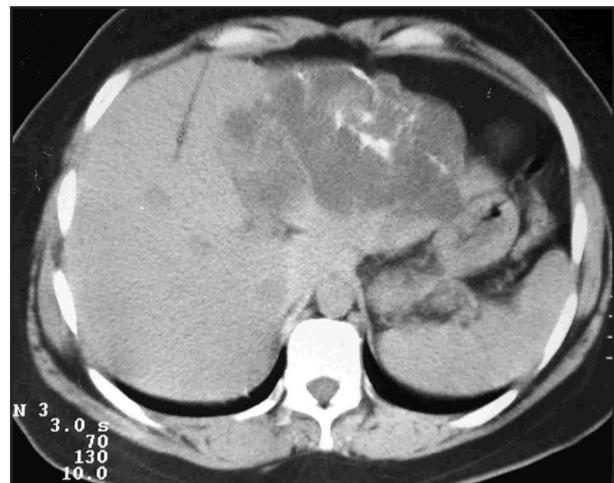


Figura 1. TAC abdominal.

Germán Gómez MD. Cirujano General, Hospital Kennedy. Ernesto Córdoba, MD. Cirujano General, Hospital de San José. Adriana Córdoba, MD. Cirujano General, Hospital de San José, Bogotá, D.C.

Correspondencia: ggomezsa@yahoo.com

Rev Colomb Gastroenterol 2003;18:183-186.

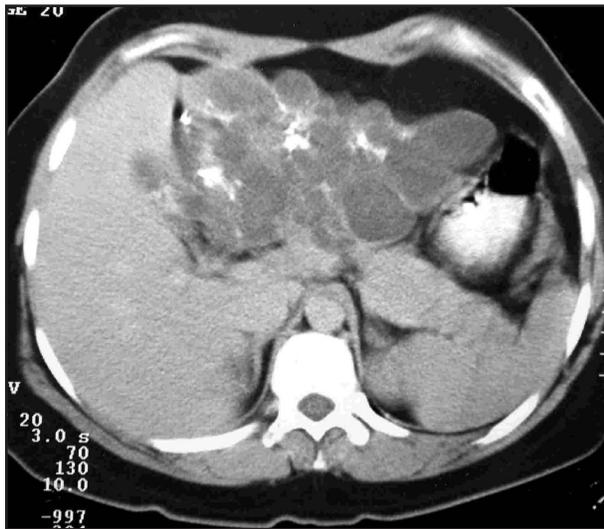


Figura 2. TAC abdominal.

Con estos estudios fue remitida al Hospital de San José de Bogotá en donde se decidió practicar una biopsia dirigida por ecografía para aclarar el diagnóstico, la cual reporta la presencia de protoescolices de equinococo y hace el diagnóstico de enfermedad hidatídica hepática. Los laboratorios sanguíneos no reportan alteraciones en el cuadro hemático y pruebas de función hepática.

Debido a problemas administrativos se traslada al Hospital de Kennedy donde a través de una incisión en Mercedes Benz (Figura 3) se decide practicar hepatectomía izquierda (Figuras 4, 5 y 6) la cual se lleva a cabo sin ninguna complicación; se usan como escolicidas intraoperatorios solución hipertónica y yodopovidona.



Figura 3. Incisión en Mercedes Benz.

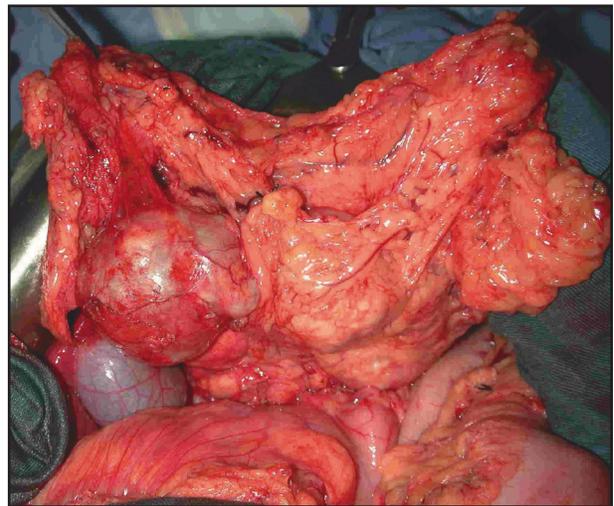


Figura 4. Quiste hidatídico hallazgo operatorio.

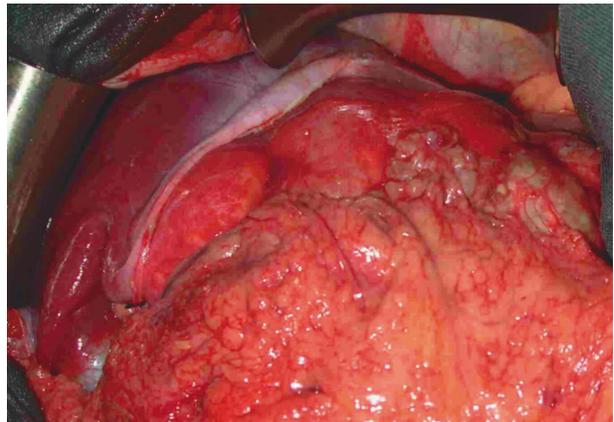


Figura 5. Quiste hidatídico hallazgo operatorio.

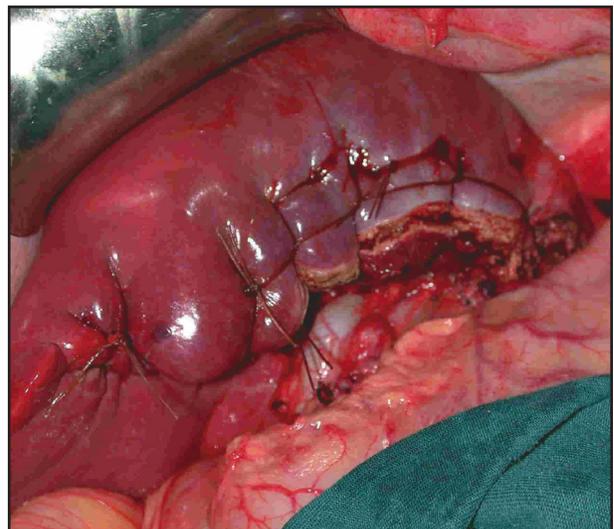


Figura 6. Vista post-hepatectomía izquierda.

La pieza quirúrgica (Figura 7) es enviada a patología que confirma el diagnóstico de enfermedad hidatídica hepática (Figuras 8 y 9).

La paciente evoluciona satisfactoriamente de su cirugía siendo dada de alta al séptimo día postoperatorio y se continúa su manejo posterior con albendazol por 21 días.

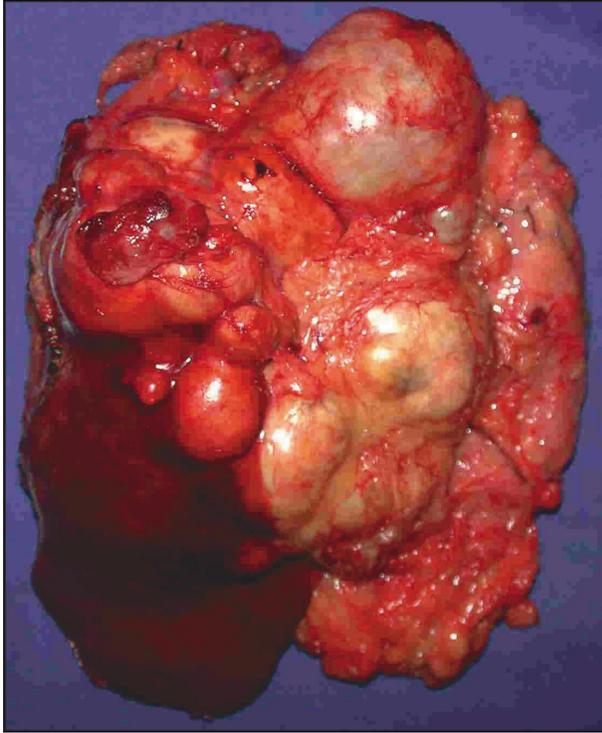


Figura 7. Quiste hidatídico pieza quirúrgica.



Figura 8. Quiste hidatídico patología.



Figura 9. Quiste hidatídico patología.

Discusión

En Colombia, gracias al empuje en el estudio de esta enfermedad por D'Alessandro (1-5), se publicaron en 1979 catorce casos de enfermedad hidatídica haciendo una segunda publicación con dos casos más en 1997; estos números contrastan con los de otros países de centro y Sur América como Panamá, Venezuela, Ecuador, Costa Rica, Surinam (6), Uruguay, Argentina, Nicaragua como muchos menos casos publicados siendo solo sobrepasados por Brasil (7) a pesar de ser algunos de ellos zonas de alta incidencia en dicha enfermedad. Sin duda la cantidad de casos publicados no corresponde con lo realmente existente en nuestro país.

La equinococosis es una zoonosis en la cual el hombre actúa como un huésped intermediario cuyo caso en particular cierra el ciclo de vida pero la evolución natural de este céstodo en un ciclo normal involucra dentro de su desarrollo huéspedes intermediarios bastante difundidos en Centro y Sur América como son las pacas y agoutis (ratas salvajes) quienes contienen dentro de sus vísceras quistes llenos de protoescolices que al ser ingeridos por huéspedes definitivos como es el caso de los perros salvajes al hablar de la especie *Vogeli* y al menos seis especies de felinos con la especie *Oligarthrus*, estos son transportados al tubo digestivo de los mismos desarrollando el gusano en estado adulto en un tiempo aproximado de cinco a siete semanas permaneciendo al menos un año viable en el íleon terminal de estas especies tiempo en el que expulsan huevos con la capacidad de

desarrollar embriones hexacanto al ser digeridos por huéspedes intermediarios con la consecuente activación de los mismos en el duodeno y la habilidad de penetrar la pared intestinal y viajar a través de la circulación porta al hígado en donde el escólice ya formado produce todos los elementos necesarios para construir el quiste definitivo con todas sus capas y la formación a su vez de nuevas estructuras larvarias llamadas protoescólices. La descripción poco detallada que se dio anteriormente muestra cómo llega esta especie a producir la enfermedad que con el tiempo y una velocidad aproximada de 1 mm por mes, llega a producir grandes lesiones quísticas en el hígado humano y prácticamente cualquier estructura del cuerpo si uno de estos escólices logra penetrar y llegar a la circulación sistémica.

El caso que se menciona es talvez uno de tantos que se presentan en el país, lesiones quísticas hepáticas que en ocasiones se manejan de forma expectante pensando en un origen congénito apoyado por la escasa sintomatología que en muchos casos puede ser confundida con enfermedad litiasica biliar. Algo parecido sucede con los métodos diagnósticos por imágenes que es a pesar de ser de gran ayuda por evidenciar algunos patrones muy bien establecidos y descritos bien sea por ecografía o TAC, no son tomados en cuenta en nuestros pacientes lo que en ocasiones lleva a cometer errores como el puncionar estas masas que como está reportado pueden traer como consecuencia la diseminación de la enfermedad o la ocurrencia de un evento anafiláctico con consecuencias incluso mortales. Por otra parte existe una serie de estudios inmunológicos empezando por el tradicional test de Casoni creado en 1912 hasta llegar a otros tan específicos como la inmunoelectroforesis o la fijación del complemento que aunque bastante específicos presentan la dificultad en su consecución por su poca distribución dentro del país.

Así como complejo es su ciclo de vida lo es también su tratamiento desde el punto de vista quirúrgico (8). Existen múltiples opciones de manejo dividiéndose en general en dos tipos: uno dirigido a la cirugía conservadora y otro tipo de manejo radical en donde básicamente se procura la resección del segmento hepático lesionado. Teniendo en cuenta lo anterior, lo que determina la mejor opción de manejo es el estado del paciente y las características de quiste así como la presencia o no de complicaciones locales.

La cirugía conservadora busca en general la evacuación del quiste con un manejo apropiado de la cavidad residual. Dicha evacuación debe ser un proceso sumamente cuidadoso con el fin de evitar la contaminación de la cavidad peritoneal con el líquido contenido dentro de los quistes que posteriormente puede traer como consecuencia la reaparición de la

enfermedad diseminada dentro del abdomen sembrando una carcinomatosis con devastadores resultados. Para tratar de evitar estos problemas se han usado una serie de sustancias escolicidas como la solución hipertónica, povidona, etanol 75-95%, formalina, peróxido de hidrógeno 10%, nitrato de plata 0,5% y muchos otros que en algunas ocasiones producen como efecto adverso colangitis esclerosante por lo que se debe ser muy cuidadoso en su uso.

El manejo de la cavidad residual puede ser un problema bastante complejo dependiendo de las características propias de esta cavidad por lo cual se han descrito muchas técnicas como el cierre simple, omentoplastia, capitonaje, marzupialización, drenaje externo y cistoyeyunostomía en Y de Roux entre otros.

El tratamiento radical se reserva idealmente para las lesiones periféricas, ubicadas principalmente en el lóbulo izquierdo del hígado, lesiones pedunculadas y en paciente en general menores de los 60 años de edad, ya que en pacientes mayores existe una alta posibilidad de encontrarse en estado inactivo.

Un importante aspecto en el tratamiento de esta enfermedad es el manejo peri y postoperatorios con imidazoles como el albendazol lo cual brinda una protección adicional contra la recurrencia y a la eliminación de quistes no detectados de pequeño tamaño en el parénquima hepático no resecado.

En resumen se trata de una paciente con un quiste hidatídico hepático el cual fue manejado en forma satisfactoria con hepatectomía izquierda. Creemos que aunque el número de casos en nuestra literatura (9) es escaso, ésta es una patología que debe tenerse en cuenta en la evaluación de lesiones quísticas hepáticas.

Referencias

1. D'Alessandro A, Rausch R, Cuello C, Aristizabal N. *Echinococcus vogeli* in man with a review of polycystic hydatid disease in Colombia and neighboring countries. *Am J Trop Med Hyg* 1979; 28:303-317.
2. D'Alessandro A, et al. Second recorded case of human infection by *Echinococcus oligarthrus*. *Am J Trop Hyg* 1995; 52: 29-33.
3. D'Alessandro A, Lega J, Vera MA. Cystic calcifications of the liver in Colombia. *Echinococcus* or calcified abscesses. *Am J Trop Med Hyg* 1966; 18:908-913.
4. D'Alessandro A. Polycystic echinococcosis in tropical America; *Echinococcus vogeli* and *E. oligarthrus*. *Acta Tropica* 1997; 67: 43-65.
5. D'Alessandro A, Morales M, Raick AN. Polycystic hidatid disease in Brazil, report of five new human cases and a short review of other published observations. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 1996; 29: 219-228.
6. Basset D, et al. Neotropical Echinococcosis in Suriname: *Echinococcus oligarthrus* in the orbit and *Echinococcus vogeli* in the abdomen. *Am J Trop Med Hyg* 1998; 59:787-790.
7. Ferreira M, et al. *Echinococcus vogeli* polycystic hydatid disease: report of two brazilian cases outside the Amazon region. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 1995; 89: 286-287.
8. Blumgart L.h. Surgery of the liver and biliary tract. Hydatid disease. Chapter 79. Second edition. New York: Churchill Livingstone; 1994;2:1121-1150.
9. Rodríguez G, Tamayo M, Boshell J. Estructura del quiste hidatídico producido por *Echinococcus oligarthrus* en el hospedero intermediario: *Proechiniscus f. guairae* (rata esoinosa) en Casanare, Colombia. *Biomédica* 2000; 20:238-247.