

Quiste Hidatídico Primario de Bazo

Juan Llatas, Oscar Frisancho y Jorge Vásquez.

RESUMEN

Paciente varón de 63 años, natural y procedente de Lima. Ha estado en área ganadera hace 7 años. Su enfermedad fue insidiosa y progresiva, un mes antes del ingreso tuvo malestar y distensión abdominal, asociado a náusea y vómito ocasionales; no presentó pérdida de peso. En el examen clínico estaba lúcido y estable; no tenía ictericia. El abdomen era blando sin signos de irritación peritoneal; en el hemiabdomen izquierdo se palpaba una masa grande de límites definidos, no dolorosa, adherida a planos profundos. Resto del examen no tuvo alteraciones significativas. Exámenes auxiliares: Hemograma: Normal, eosinófilos 5.74%; examen de orina, perfil de coagulación, bioquímica y electrolitos sin alteraciones. Proteínas totales, albúmina, bilirrubinas y transaminasas y fosfatasa alcalina sin alteraciones significativas. Arco V positivo: 248 (N<22) e Inmunoblot para *Echinococcus granulosus* positivo. La ecografía abdominal mostraba "dos" formaciones quísticas tabicadas de 161 x 95 mm y 146 x 130 mm, que desplazaban bazo y riñón izquierdo. La tomografía axial computarizada fue interpretada como una gran formación ovoide (12 x 18 x 27 cm) dependiente de bazo, lobulada, hipodensa con áreas focales redondeadas de menor atenuación a predominio periférico y septos internos, sin realce al contraste endovenoso, compatible con quiste hidatídico Gharbi III. Intervenido quirúrgicamente se encontró un quiste hidatídico esplénico gigante: biloculado, tabicado, que ocupaba hipocondrio y flanco izquierdo de abdomen, tenía paredes gruesas, vesículas hijas y liquido claro en su interior. La lesión quística estaba adherida al colon descendente, estómago y hemidiafragma izquierdo. Se realizó quistectomía parcial mas drenaje externo; no presentó complicaciones posquirúrgicas. Presentamos este caso porque el quiste hidatídico esplénico (primario) es poco frecuente, menos aún como localización única, se reporta que su prevalencia no supera el 1 %.

PALABRAS CLAVE: hidatidosis esplénica, quiste hidatídico de bazo, hidatidosis abdominal, equinococosis

Rev. Gastroenterol. Perú; 2010; 30-3: 224-227

SUMMARY

We present the case of a 63 year male patient, natural from Lima. He has been in a cattle zone seven years ago. His illness had an insidious start and a progressive course; from a month ago he had malaise associated with nausea, abdominal distention and occasional vomiting; denies weight loss. In the clinical examination was lucid and stable, and without jaundice. The abdomen was soft without signs of peritoneal irritation; in the left flank there was a large mass with defined limits, painless, attached to deeper layers. Auxiliary tests: CBC: eosinophils 5.74 %; the levels coagulation, biochemistry and electrolytes were normal. Total protein, albumin, bilirubin levels, aminotransferases (ALT and AST) and alkaline phosphatase were normals. Arco V: 248 (N<22) and positive Inmunoblot to *Echinococcus granulosus*. Abdominal ultrasound showed two cystic formations of 161 x 95 mm and 146 x 130 mm, that moving the left kidney and spleen. Axial tomography was interpreted as a large ovoid formation (12 x 18 x 27 cm) dependent on spleen, lobed, hypodense, with rounded focal areas with less attenuation in the peripheral area; without contrast enhancement, compatible with hydatid cyst Gharbi III. The surgical intervention was a partial cystectomy plus external drainage; the surgeon found a giant splenic hydatid cyst, occupied the left hypochondrium and the left flank; had thick walls, daughter vesicles and clear liquid inside. The cystic lesion was attached to the descending colon, stomach, and left diaphragm. We present this case because the splenic hydatid cyst is rare, even less as a single site, and their prevalence does not exceed 1 %.

KEY WORDS: Primary hydatid cyst of the spleen, spleen hydatid disease, abdominal echinococcosis, *Echinococcus granulosus* infection

- Departamento del Aparato Digestivo, Hospital Nacional 'Edgardo Rebagliati Martins', EsSALUD, Lima, Perú.

INTRODUCCIÓN

La hidatidosis es una zoonosis parasitaria causada por el *Echinococcus granulosus*. Constituye un problema de salud pública en los países ganaderos, como Argentina, Brasil, Chile, Uruguay y Perú⁽¹⁻²⁾. La prevalencia en nuestro país es variable, en las zonas endémicas puede infestar hasta el 5% de la población⁽³⁾.

En las áreas endémicas se han reconocido algunas prácticas que incrementan el riesgo de infestación: beneficio domiciliario del ganado, alimentación de perros con vísceras crudas, desecho inadecuado de las vísceras y contacto cercano con perros⁽⁴⁻⁵⁾; en la zona urbana un factor de riesgo es el acceso de los perros a los recipientes que almacenan agua de consumo humano⁽⁶⁾.

El quiste hidatídico en el hombre se localiza generalmente en el hígado (60%) y el pulmón (30%), en 5-10% la afectación es sincrónica⁽⁷⁾; en el 10% restante se han reportado otras localizaciones: mediastino, hueso, cerebro, riñón, páncreas, partes blandas, etc.

La hidatidosis esplénica puede presentarse como foco único o como afectación sincrónica (generalmente del hígado y pulmón); la localización esplénica primaria es inusual y representa solo el 1-2% de todas las formas⁽⁸⁻¹⁴⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 63 años de edad, natural y procedente de Lima. Con antecedentes de infarto arteria ocular hace 2 años, consume AAS desde entonces, y colecistectomía convencional por litiasis vesicular con apendicectomía profiláctica hace 15 años; hospitalizado hace cuatro años por cuadro emético, fue controlado por neurología. El padre falleció de neoplasia de pulmón y la madre tiene diabetes mellitus-tipo 2; hermanos e hijos sanos. Antecedentes epidemiológicos: trabaja en imprenta, consume alimentos fuera de casa; ha estado en Lunahuana hace 4 años, con un día de estadía y en Huancayo hace 7 años, con tres días de estadía.

Su enfermedad es de inicio insidioso y curso progresivo, desde hace un mes tiene malestar y distensión abdominal, asociado a náusea y vómitos ocasionales; niega pérdida de peso y otra sintomatología. En el examen clínico mantenía sus funciones vitales estables, estaba lúcido y orientado; no tenía ictericia, cianosis, disnea, o edema.

El abdomen era blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, sin signos de irritación peritoneal, los puntos dolorosos negativos; en cuadrante superior derecho se apreció cicatriz antigua en relación al antecedente quirúrgico; en hemiabdomen izquierdo se palpó masa de aproximadamente 10x7 cm, de límites definidos, superficie lisa, no dolorosa, parecía adherida a planos profundos. Resto del examen sin alteraciones significativas. El diagnóstico clínico presuntivo se basó en el hallazgo de la tumoración abdominal y se pensó en GIST, sarcoma y quiste hidatídico.

Exámenes auxiliares: examen de orina normal, Hemograma: hemoglobina 14.20, VCM 83.02, MCH 27.20, plaquetas 294 000, leucocitos 7670, neutrófilos 69%, linfocitos 18%, eosinófilos 5.74%; perfil de coagulación y bioquímica con electrolitos sin alteraciones, proteínas totales 8.08, albúmina 4.35, bilirrubinas 0.31 (BD 0.15 BI 0.16), TGO 23, TGP 45, fosfatasa alcalina 117. Arco V positivo: 248 (negativo menos de 22) e Inmunoblot para quiste hidatídico positivo.

La ecografía abdominal del año 2004 fue informada como poliquistosis renal izquierda con dos formaciones quísticas tabicadas en polo superior 115x130 mm y inferior 136x84 mm (en esta ecografía no se informa ni se sospecha de quiste hidatídico, y no se menciona que estaría dependiendo de bazo). La ecografía abdominal del 8 de marzo del 2009 mostraba dos formaciones quísticas multitabicadas de 161x95 mm y 146 x 130 mm, que desplazaban bazo y riñón izquierdo.

La tomografía axial computarizada del 9 de marzo del 2009 (figura 1 y 2) fue interpretada como una gran formación ovoide (12x18x27 cm) dependiente de bazo, lobulada, hipodensa con áreas focales redondeadas de menor atenuación a predominio periférico y septos internos, sin realce al contraste, compatible con quiste hidatídico Garbhi III; resto del examen sin alteraciones.

Evolución: Fue intervenido quirúrgicamente el 6 de mayo del 2009, (figura 3) se realizó quistectomía parcial mas drenaje externo; se encontró un quiste hidatídico esplénico gigante 30x20cm (bazo hipotrófico de 5 x 4 cm), bilocado, tabicado, que ocupaba hipocondrio izquierdo y flanco izquierdo del abdomen, tenía paredes gruesas, vesículas hijas vitales y liquido claro en su interior (volumen de 300 ml). La lesión quística tenía adherencias en colon descendente, parieto-gástricas y en hemidiafragma izquierdo. No presentó complicaciones posquirúrgicas y salió de alta el día 15 de mayo.

DISCUSIÓN

Presentamos un caso de equinococosis en una localización rara. La afectación hidatídica primaria del bazo es poco frecuente, menos aún como localización única⁽¹⁵⁾; generalmente la sintomatología es inespecífica y está relacionada con el aumento de tamaño de la tumoración quística; en ocasiones excepcionales el quiste puede complicarse: romperse, infectarse o sangrar⁽¹⁶⁾.

El hombre es un huésped intermediario, se infesta al ingerir huevos de la tenia, en el intestino el huevo libera al embrión exacanto, que se abre paso a través de la pared intestinal hasta los vasos tributarios de la vena porta, por esta vía llega al hígado y el pulmón; excepcionalmente pasa éstos dos filtros. La infestación esplénica es posible, cuando el embrión pasa la red capilar hepática-pulmonar e ingresa a la circulación general⁽¹⁵⁾.

La fuente de infestación de nuestro paciente no es clara y solo podemos especular. Ha referido que ingiere alimentos en mercados populares y que ha estado por breve tiempo en

una zona ganadera de la sierra central hace 7 años.

El diagnóstico se realiza principalmente por estudios de imágenes (ultrasonografía o tomografía computarizada). La imagen usualmente es una lesión quística -única o múltiple- bien delimitada; algunas muestran "quistes hijos" en el interior o su pared calcificada. Las pruebas inmunológicas son de apoyo diagnóstico, su eficiencia es variable; las más sensibles y específicas son el ensayo inmunoenzimático (ELISA) y la inmunoelectrotransferencia o western blot (positivo en nuestro paciente).

Al paciente le realizaron cuatro años antes una ecografía abdominal que no mostró alguna lesión quística. Los estudios durante su hospitalización mostraron una imagen quística de 27 cm de diámetro, indicando que el promedio de crecimiento de la lesión superó el "centímetro por año" reportado en otras publicaciones⁽⁷⁻⁹⁾.

El diagnóstico imagenológico se sustentó en una típica formación quística conteniendo vesícula hijas con densidad menor al tejido circundante, que nacía en el bazo hipotrófico-

fico; la lesión desplazaba al estómago y al riñón izquierdo, situación que explica el dolor y la intolerancia gástrica que ocasionalmente presentaba el paciente.

Otra cuestión a comentar, es la morfología biloculada de la lesión que en los estudios ecográficos iniciales aparentaba corresponder a dos lesiones quísticas adyacentes; en el acto quirúrgico se constató que correspondía a una sola cavidad quística.

El tratamiento generalmente es quirúrgico, la técnica quirúrgica clásica ha sido la esplenectomía abierta, por laparotomía media o subcostal; la cirugía con enucleación y conservación del bazo es una alternativa en pacientes pediátricos⁽¹⁷⁾. En 1991 se reportó la primera esplenectomía laparoscópica⁽¹⁸⁻¹⁹⁾, desde entonces se han publicado numerosas series aplicando esta técnica⁽²⁰⁾.

En el caso que reportamos la intervención quirúrgica abierta está totalmente justificada, no solo por el tamaño del quiste, sino por que estaba adherida a estómago, colon y diafragma.

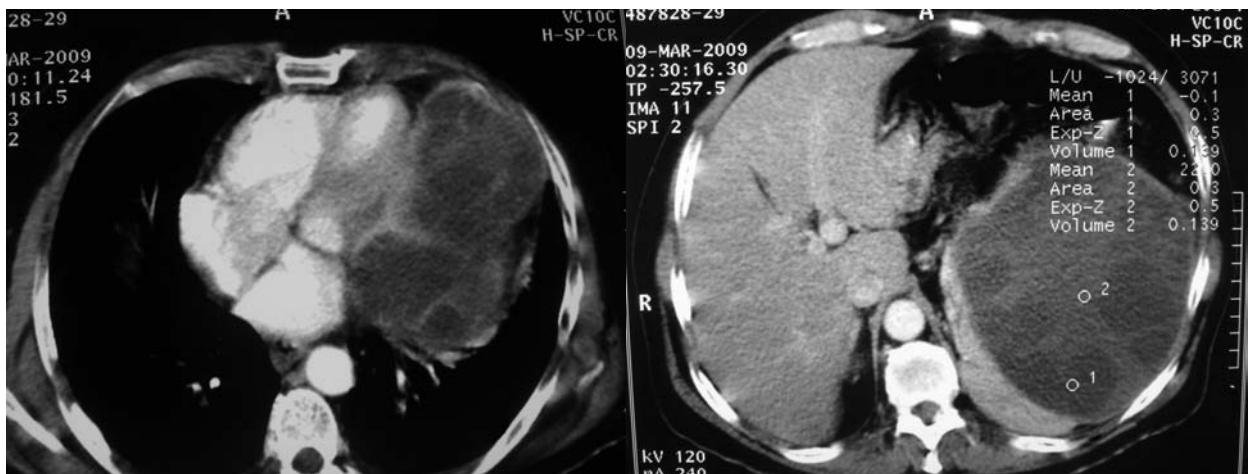


Figura 1.- La tomografía axial computarizada muestra una gran formación hipodensa (12x18x27cm), ovoide, bien delimitada, aparentemente dependiente del bazo, lobulada, con septos e imágenes redondeadas en su interior, que no se realza tras la administración del contraste.

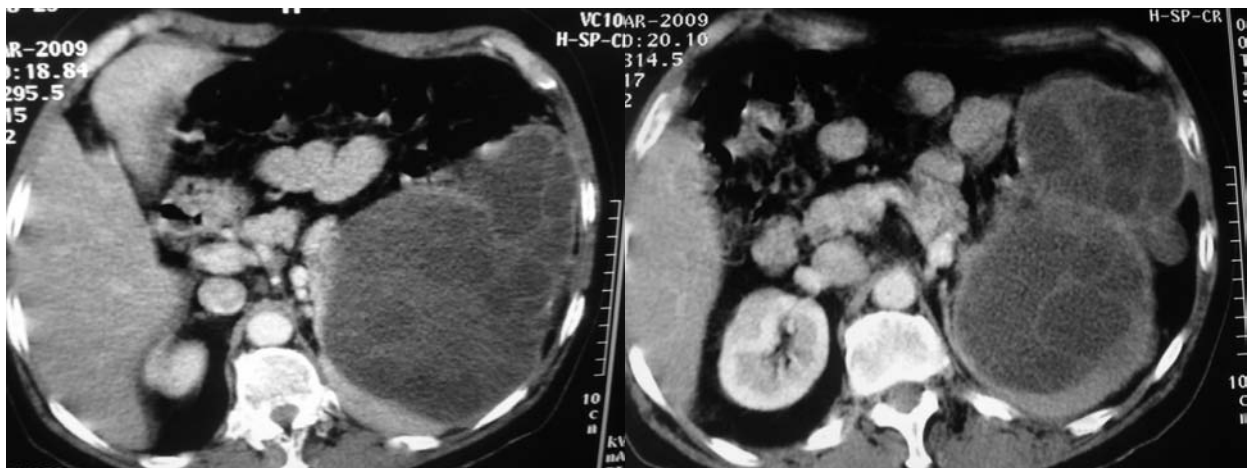


Figura 2.- En los cortes tomográficos más bajos se observan dos formaciones quísticas multiloculadas que desplazan al riñón izquierdo. En el acto quirúrgico se confirmó que se trataba de una sola cavidad quística biloculada que nacía en el bazo hipotrófico.



Figura 3.- Durante la intervención quirúrgica se encontró un quiste hidatídico esplénico gigante, biloculado y tabicado; tenía paredes gruesas, líquido claro y vesículas hijas en su interior. La lesión ocupaba hipocondrio y flanco izquierdo de abdomen; y estaba adherida al colon descendente, estómago y hemidiafragma izquierdo.

Correspondencia:

Juan Llatas

E- Mail: drjuanllatas@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

- CRAIG PS, LARRIEU E. Control of cystic echinococcosis/hydatidosis: 1863-2002. *Adv Parasitol* 2006; 61:443-508.
- MORO PL, SCHANTZ PM. Cystic echinococcosis in the Americas. *Parasitol Int* 2006; 55: s181-s186.
- CARRIÓN J. Frecuencia de presentación de hidatidosis humana en hospitales de la ciudad de Lima. Tesis de Médico-Veterinario 2005, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- OTÁROLA SALCEDO G. Epidemiología de la hidatidosis en el Perú. *Bol Oficina Sanit Panam* 1966; 60: 144-153.
- MORO PL, MCDONALD, J, GILMAN RH, et al. Epidemiology of Echinococcus granulosus infection in the central Peruvian Andes. *Bull World Health Organ* 1997; 75:553-561.
- MORO PL y colaboradores. Prácticas, Conocimientos y Actitudes sobre la Hidatidosis humana en poblaciones procedentes de zonas endémicas. *Rev Gastroenterol Perú* 2008; 28: 43-49
- DERVENIS K. Changing Concepts in the Management of Liver Hydatid Disease. *Journal of Gastrointestinal Surgery* 2005; 9:869-877
- PEREZ R, MORO PL, POGGI L, MALPARTIDA O, BARRIGA H. Hidatidosis esplénica: reporte de cuatro casos. *Rev Gastroenterol Perú* 1994; 14:150-154.
- TAMAYO MENESES L, PACHECO LLERENA R, FERNÁNDEZ HINOJOSA R Y CHUNGARA MONTAÑO J. Hidatidosis. Experiencia institucional. *Rev Soc Boliviana Ped* 2004; 43:149-154.
- GONZALES MUÑOZ JI, ANGOSO CLAVIJO M, MARCOS SÁNCHEZ A, GARCÍA JIMENEZ JA, CASCÓN SÁNCHEZ A, GARCÍA CASTILLO E, PRADO MORALES A. Quiste hidatídico esplénico gigante. *Cir Esp* 2006; 79:120-122.
- CONROY LUNA L Y TAPIA AMAYA J. Hidatidosis intraabdominal diseminada. *Rev Soc Peruana Med Interna* 2007; 20: 123-124.
- MANTEROLA C, VIAL M, FONSECA F, CARRASCO R, BUSTOS L, MUÑOZ S, LOSADA H Y BARROSO M. Hidatidosis abdominal de localización extrahepática. Características clínicas y evolución de una serie de casos. *Rev Chilena de Cirugía* 2002; 54:128-134.
- BILGIN KADRI ARIBAs and col. Percutaneous treatment in a type 4 renal hydatid cyst. *European Journal of Radiology Extra* 2006; 57: 103-107.
- VAHAP OKAN. Hydatid cyst: a rare cause of ascites. *Computerized Medical Imaging and Graphics* 26 (2002) 357-359.
- CEBOLLERO MP, CÓRDOBA E, ESCARTÍN J, CANTÍN S, ARTIGAS JM, Esarte JM. Hydatid cyst of spleen. *J Clin Gastroenterol* 2001; 33:89-90.
- SEAGER FR, GLASG E. Note on a case of hydatid cyst of the spleen. *Lancet* 1903; 161: 655.
- BHATNAGAR V, AGARWALA S, MITRA DK. Conservative surgery for splenic hydatid cyst. *J Pediatr Surg* 1994; 29(12): 1570-1571.
- SELLERSGJ, STARKERPM. Laparoscopic treatment of a benign splenic cyst. *Surg Endosc* 1997; 11: 766-768.
- BRUNT LM, LANGER JC, QUASEBARTH MA, WHITMAN E. Comparative analysis of laparoscopic versus opensplenectomy. *Am J Surg* 1996; 172: 596-601.
- FUERTE RS, GIMÉNEZ AL. Hidatidosis esplénica: Cirugía abierta versus laparoscópica. *Rev Mex Cir Endoscop* 2007; 8:16-18.