

Quiste hidatídico esplénico. Reporte de un caso en una mujer embarazada

Dr. Rodrigo Menéndez-Arzac,* Dr. Alberto Sanjuán,* Dr. Gustavo Rebolledo,* Dr. Juan Carlos Márquez,*
Dr. Elio Germán Recinos,** Dra. Araceli Cue,*** Dra. Carolina Blas,**** Dra. Ana Flisser*****

* Servicio de Cirugía General. ** Patología. *** Radiología. **** Dirección de Investigación, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", México, Distrito Federal.

Correspondencia: Dr. Rodrigo Menéndez Arzac. Calzada de Tlalpan 4800. Col. Toriello Guerra, México, D.F. 14000. Tel .5665-3511, Ext. 237, fax: 5294-7076, E-mail: rodrigomenendez@hotmail.com

Recibido para publicación: 21 de febrero de 2002.

Aceptado para publicación: 10 de junio de 2002.

RESUMEN. La hidatidosis es causada por la larva del parásito platelminto llamado *Echinococcus*, se aloja principalmente en el hígado y el pulmón, siendo el bazo un sitio poco común para la localización del parásito. En México, la hidatidosis es una parasitosis muy poco frecuente, existen pocos reportes de hidatidosis pulmonar. En este trabajo se presenta el caso de una paciente con diagnóstico de quiste simple esplénico identificado por ultrasonido y por tomografía, quien además se encontraba cursando un embarazo de siete semanas de gestación. La paciente fue sometida a esplenectomía, el diagnóstico de quiste hidatídico se obtuvo por histopatología. Este caso sugiere que la hidatidosis se debe considerar como diagnóstico diferencial en todo paciente con lesiones quísticas en bazo.

Palabras clave: bazo, equinococosis, embarazo, esplenectomía, histopatología, quiste hidatídico.

SUMMARY. Hydatid disease is caused by larvae of the platyhelminth parasite called *Echinococcus*; it generally lodges in liver and lung, and less commonly in spleen. In Mexico, hydatid disease has a very low frequency; only few cases of lung disease have been reported. In this paper, case of a 7 weeks pregnant female patient with a simple cyst in spleen identified by ultrasound and tomography is reported. The patient underwent splenectomy. Diagnosis of hydatid cyst was confirmed by histopathology. This case suggests that hydatid disease should be considered as differential diagnosis in every patient with a cystic mass of the spleen

Key words: Echinococcosis, histopathology, hydatid cyst, pregnancy, spleen, splenectomy.

INTRODUCCIÓN

La hidatidosis o equinococosis es causada por la forma larvaria llamada quiste hidatídico, de los céstodos pertenecientes al phylum de los platelmintos llamados *Echinococcus*. Las especies que causan enfermedad en el ser humano son *E. granulosus* (equinococosis quística), *E. multilocularis* (equinococosis alveolar) y *E. vogeli* (equinococosis poliquistica).¹ La equinococosis tiene distribución cosmopolita, se concentra principalmente en las regiones de cría de ovejas y de pastoreo (Mediterráneo, Nueva Zelanda, Australia, Alaska y Medio Oriente).² Los hospederos intermediarios incluyen ovejas, cerdos, camellos y caballos, principalmente, en ellos se desarrolla el estadio larvario debido a la ingestión de huevos producidos por el equinococo adulto, el perro es el hospede-

tero definitivo, en él se desarrolla la forma adulta del parásito. El ser humano es un hospedero intermediario accidental porque no participa en la continuación del ciclo de vida.³

E. granulosus, a diferencia de las otras dos especies, produce quistes uniloculares, más o menos esféricos. La localización del quiste hidatídico a nivel esplénico es el tercer sitio más común de formación de quistes, después del hígado (63%) y pulmones (25%), representando entre 1 y 6% de los casos (1-6). El primer caso de hidatidosis esplénica fue reportado por Bertelot en 1790 al realizar una autopsia.⁴ Las manifestaciones clínicas incluyen dolor abdominal leve principalmente en el cuadrante superior izquierdo, una masa palpable en hipocondrio izquierdo y fiebre, síntomas que no son patognomónicos.¹⁻⁸ El diagnóstico se realiza principalmente por estu-

dios de imagenología como la tomografía computada (TC) y la ultrasonografía (US). Las imágenes muestran una lesión quística única o múltiple, bien delimitada, que mide de 1 a 15 cm, las imágenes específicas muestran quistes hijos en el interior o calcificación de la pared del quiste.^{1,3,7} También se utilizan pruebas inmunológicas para apoyo diagnóstico, cuya eficiencia es variable, siendo las más sensibles y específicas el ensayo inmunoenzimático (ELISA) y la inmunoelectrotransferencia o western blot (WB).^{2,3}

El tratamiento de la hidatidosis esplénica es generalmente quirúrgico, la esplenectomía total es la técnica de elección, aunque hay casos en los que se puede realizar esplenectomía parcial o marsupialización del quiste, principalmente en casos pediátricos y en los que no se puede extirpar totalmente la cavidad residual después de la resección de la cúpula saliente, por estar firmemente adherido a otras vísceras abdominales.^{4,6} También se utilizan diversos tratamientos médicos, principalmente en pacientes con alto riesgo quirúrgico o quistes múltiples, en lesiones localizadas en sitios anatómicos de difícil acceso, en individuos multioperados, en enfermos que declinan una intervención quirúrgica y en sitios en donde no se cuenta con la infraestructura adecuada o con el personal capacitado para realizar la cirugía.^{1,3-9} Los tratamientos cestocidas incluyen el uso de benzimidazoles como el albendazol y el mebendazol que curan la enfermedad en una tercera parte de los casos y en 40-70% los pacientes presentan disminución en el tamaño del quiste y de la sintomatología.^{1,3} La mortalidad operatoria reportada es nula y la morbilidad es del 25%, siendo la complicación más frecuente la infección de la herida quirúrgica,⁵ aunque recientemente se reportó un caso que cursó con choque anafiláctico por ruptura del quiste durante la cirugía.⁸

CASO CLÍNICO

En este trabajo se informa del caso de una paciente de 19 años de edad, originaria de Chalco, Estado de México, con antecedente de convivencia con cerdos y perros, hábitos higiénico-dietéticos regulares. Acudió al Servicio de Urgencias del hospital por presentar dolor abdominal de tipo pungitivo con tres semanas de evolución, localizado en epigastrio e hipocondrio izquierdo, el cual fue incrementando progresivamente en intensidad hasta acompañarse de náusea, vómito e intolerancia a la vía oral una semana antes de su ingreso, además pérdida no cuantificada de peso, sin fiebre y sin alteración en las evacuaciones. A la exploración física se encon-

traba con palidez importante de tegumentos, abdomen blando, depresible, cicatriz antigua en línea media infraumbilical, con masa palpable dolorosa en hipocondrio izquierdo de forma redondeada, superficie lisa, consistencia firme, de aproximadamente 10 cm de diámetro y parcialmente cubierta por la parrilla costal. No se palpaban otras masas, presentaba peristalsis y no tenía datos de irritación peritoneal.

Se realizó US en el que se observó una lesión quística en bazo con múltiples ecos en su interior (*Figura 1*), además se observó un embarazo uterino de siete semanas de gestación. Los estudios de laboratorio fueron normales. Se inició manejo con soluciones parenterales y analgésicos, sin embargo, la paciente persistió con dolor en epigastrio e intolerancia a la vía oral, por lo que, previa valoración por el Servicio de Ginecoobstetricia, se decidió realizar TC de abdomen aislando la región pélvica con placas metálicas. Se observó una lesión quística dependiente completamente de bazo, el parénquima esplénico muy adelgazado, con zonas heterogéneas en su interior, sin calcificaciones (*Figura 2*). Se diagnosticó como probable quiste esplénico simple con hemorragia, a pesar de que los hallazgos no fueron específicos y se pueden confundir con otras lesiones esplénicas como quistes epidermoides, abscesos, pseudoquistes o una neoplasia quística, se decidió intervenir quirúrgicamente.⁴

Se realizó esplenectomía total, porque en la esplenectomía parcial hay mayor riesgo de hemorragia y en el destechamiento del quiste hay mayor riesgo de infección postoperatoria. Durante la cirugía hubo ruptura del quiste, el fluido era cetrino, y debido a que se desconocía la etiología del mismo, no se realizó lavado de cavidad con solución escolicida (*Figura 3*). El estudio patológico mostró numerosos protoscolices (*Figura 4*). Posteriormente se evaluó el suero preoperatorio, y los obtenidos 2 y 8 semanas después de la cirugía por ELISA y WB en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos. Todas las muestras fueron positivas. No se inició tratamiento con albendazol debido a que se ha reportado que tiene efectos teratogénicos en el primer trimestre del embarazo.¹⁰ La paciente cursó con una evolución postoperatoria favorable, por lo que fue dada de alta cuatro días después de la operación.

DISCUSIÓN

La hidatidosis es una enfermedad prácticamente ausente en México, existen pocas publicaciones y se refieren a equinococosis pulmonar.^{12,13} Éste es el primer informe de

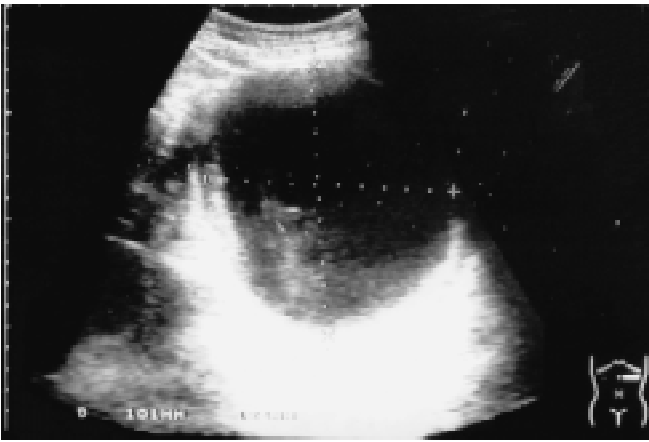


Figura 1. Estudio ultrasonográfico que muestra lesión quística con múltiples ecos en su interior, esta imagen se localizó en bazo.



Figura 2. TC de abdomen que muestra una lesión quística localizada en bazo, se ve el parénquima esplénico muy adelgazado, con zonas heterogéneas en su interior, sin calcificaciones.

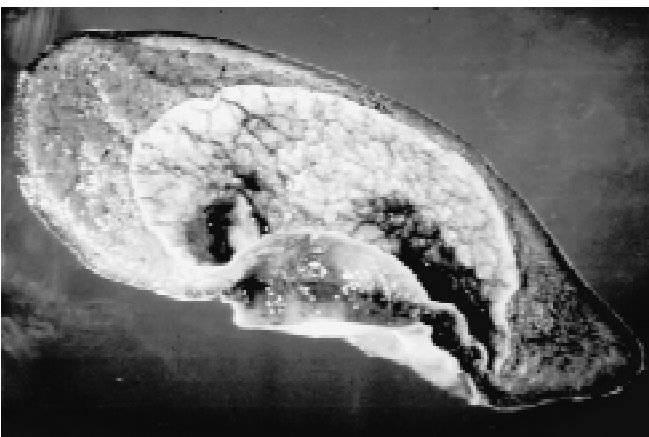


Figura 3. Fotografía que muestra el parénquima esplénico con una cavidad abierta, la cual corresponde a la cápsula formada alrededor del quiste hidatídico.



Figura 4. Fotomicrografía de una sección teñida con hematoxilina eosina del contenido del quiste hidatídico, se observa la ventosa de un protoscolex.

un quiste hidatídico de localización esplénica en México, por lo mismo, no se sospechó la etiología del quiste y se diagnosticó como quiste simple o pseudoquiste. En la literatura mundial se han reportado casos aislados de quiste hidatídico durante el embarazo,^{8,11} y se propone que la disminución de la inmunidad celular que acompaña al embarazo puede favorecer el crecimiento del parásito. La literatura reciente¹⁴ sugiere realizar aborto terapéutico si el embarazo se encuentra en el primer trimestre, ya que el riesgo debido al tratamiento farmacológico es muy alto. El tratamiento quirúrgico también presenta un alto riesgo para el producto, principalmente debido a choque anafiláctico o al procedimiento quirúrgico en sí. En el segundo y tercer trimestres del embarazo, el uso de antihelmínticos sólo está justificado en casos de urgencia y valorando previamente el riesgo/beneficio. Además, las mujeres en edad reproductiva deben cuidarse con métodos anticonceptivos mientras reciben tratamiento farmacológico, aunque su uso no ha mostrado efectos secundarios en los recién nacidos alimentados con leche materna.¹⁴ El reporte de este caso es de importancia puesto que sugiere que la hidatidosis en el país puede ser más frecuente de lo esperado, por lo que se debe incluir a la hidatidosis como diagnóstico diferencial en los casos con quistes esplénicos, así como aquellos que se presenten en hígado o pulmones, especialmente cuando las imágenes de US y TC muestran irregularidades en su interior.

REFERENCIAS

1. Kammerer W, Schantz P. Echinococcal disease. *Infect Dis Clin North Am* 1993; 7: 605-15.
2. Dziri C. Hydatid disease-continuing serious public health problem: introduction. *World J Surg* 2001; 25:1-3.

Quiste hidatídico esplénico. Reporte de un caso en una mujer embarazada

3. Flisser A. Larval cestodes, *Microbiology and microbial infections*, 9th ed. USA: Topley & Wilson's; Arnold, 1998; p. 539-59.
4. Safioleas M, Misiakos E, Manti C. Surgical treatment for splenic hydatidosis. *World J Surg* 1997; 21: 374-8.
5. Herrera Merino N, Abascal Morte J, Díaz del Río Botas M, et al. Quiste hidatídico de bazo. Aportación de dieciséis casos. *Rev Esp Enf Digest* 1991; 79: 254-8.
6. Ionescu A, Jakab A, Jutis T, Forai F, Ota A. Splenic hydatid cyst. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi* 1990; 94: 525-8.
7. Mani S. Hydatid cyst of the spleen www.bhj.org/journal/1996/3802_apr/case_392.htm
8. Srour SF, Sayfan J. Echinococcosis of the spleen during pregnancy. *Isr Med. Assoc J* 2001; 3: 290-1.
9. Saimot A. Medical treatment of liver hydatidosis. *World J Surg* 2001; 25: 15-20.
10. De Silva N, Guyatt H, Bundy D. Anthelmintics. A comparative review of their clinical pharmacology. *Drugs* 1997; 53: 769-88.
11. Kain KC, Keystone JS. Recurrent hydatid disease during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 159: 1216-7.
12. Suárez JP, Rivera E, Rico FG, Ramírez P, López de Lara A. Paquipleuritis granulomatosa de origen parasitario. *Rev Inst Nal Enf Resp Méx* 1995; 8:54.
13. Villarreal A, Padua G, Lezama C, Galindo MA, Argüero R. Quiste hidatídico pulmonar con ruptura mixta. Informe de un caso. *Rev Med IMSS* 1994; 33: 47.
14. Eckert J, Gemmell MA, Meslin FX, Pawlowski ZS. (eds). WHO/OIE Manual on echinococcosis in humans and animals: a public health problem of global concern. Paris, Francia. World Organization for Animal Health and World Health Organization; ISBN 929044522-X, 2001 p. 69.