

QUISTE HIDATÍDICO PULMONAR

PULMONARY HYDATID CYST

*Dr. Ramírez Rodríguez, Luis¹; Dr. Legal, Christian¹; Dr. Porto Varela, Mauro²;
Dr. Farina, Cesar³; Dr. Montiel Roa, Arnaldo⁴*

RESUMEN

La hidatidosis se define como una zoonosis, de gran extensión mundial, que afecta frecuentemente a adultos jóvenes, endémica de América del Sur, en relación estrecha con animales de granja y estructura sanitaria deficiente. Es una patología ocasionada por *Echinococcus Granulosus*, con predominio de afectación en hígado y pulmón, siendo menos frecuente en bazo. Se relata el caso de una paciente adulta, que ingresa por síntomas respiratorios de larga evolución. Tras estudios imagenológicos tomográficos se constató colección única tabicada en seno costo frénico izquierdo. Tras sospecha de hidatidosis se realiza esquema de albendazol con posterior intervención quirúrgica. El estudio de anatomía-patológica revela calcificación de tejido compatible por *Echinococcus Granulosus*. La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta en su quinto día post operatorio.

Palabras clave: Equinococosis, Equinococosis pulmonar, *Echinococcus Granulosus*.

ABSTRACT

Hydatid disease is defined as a zoonosis of worldwide expansion, which often affects young adults, endemic to South America, working closely with farm animals and poor health infrastructure. It is a disease caused by *Echinococcus granulosus*, predominantly in the liver and lung involvement, being less frequent in the spleen. For an adult patient was admitted for respiratory symptoms longstanding recounted. After tomographic imaging studies partitioned unique collection was found in breast left phrenic cost. After suspicion of hydatid albendazole scheme is performed with subsequent surgery. The study reveals anatomy - pathological tissue calcification compatible with *Echinococcus granulosus*. The patient is progressing well and is discharged on the fifth postoperative day.

Keywords: Echinococosis, Echinococosis pulmonary, *Echinococcus Granulosus*.

INTRODUCCIÓN

La Hidatidosis pulmonar es una rara enfermedad, producida por la infestación larvaria del *Equinococcus Granulosus*. Una enfermedad, en un principio relacionado al ámbito rural, generalmente, pero que también se ve en raras ocasiones en zonas urbanas, siempre relacionado a normas precarias de higiene personal.¹

No existe hasta el momento publicaciones de epidemiología a nivel nacional, creemos que debido a su muy escasa incidencia en nuestro medio, o la falta de reporte de los mismos.

En países de la zona con mayor casuística y experiencia, como Chile y Perú, reportan casos entre 5 a 10 personas cada 100.000 habitantes.²

Debido a lo expuesto anteriormente, consideramos de gran importancia la documentación de éste caso, ya que según las características de nuestro país, lo más probable que exista una subnotificación y falta de reporte de éstos casos. Ya que solo a través de los mismos, podremos adquirir experiencia y conocimientos sobre el manejo de éstos pacientes, siempre pensando en brindar la mejor calidad de atención.^{2,3,7}

CASO

Paciente femenino de 22 años, acudió al servicio de clínica medica por fiebre de 38 grados, de predominio nocturno, de 8 días de evolución, acompañado de escalofríos y de productiva, con esputo de coloración amarillo verdoso, en escasa cantidad, sin estrías de sangre, no cianotizante, ni hemetizante. Al examen físico: tórax simétrico, buena excursión respiratoria, vibraciones vocales disminuidas en vértice de campo pulmonar derecho, sub

Servicio de Cirugía General, Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Asunción-Paraguay

1. Residentes
2. Jefe de residentes
3. Médico de planta
4. Jefe de servicio

Autor correspondiente: Dr. Mauro Porto Varela - Dirección: 15 de Agosto 1623 - Teléfono: 0984632980 - Email: portovama@gmail.com

matidez en campo medio izquierdo y matidez en base izquierda, murmullo vesicular disminuido en campo medio izquierdo y abolido en base izquierda, no rales. Resto del examen físico normal.

Se solicitan estudios de laboratorio que informan serie blanca con leve aumento (12000 blancos/campo), serología para HIV que retorna negativa, resto de resultados en rango.

Tras estudios imagenológicos, se constata en tomografía contrastada, una formación de características quística, de borde bien delimitado y tabicada en base pulmonar izquierda. Se observa además otra formación quística en vértice pulmonar derecho. Debido a las características de las imágenes, sumada a la clínica, se inicia esquema de albendazol 15mg/kg/día en dos tomas diarias cada 12 horas por tres meses por sospecha de hidatidosis pulmonar.

Luego de completar el esquema es intervenida quirúrgicamente, donde el hallazgo operatorio fue tumoración quística en vértice pulmonar derecho de 5 cm y otra de 8 cm a nivel de lóbulo inferior izquierdo, blando con adherencias a pleura parietal en cara diafragmática, mediastino anterior y pared anterior de tórax y secreción purulenta en su interior. Se realizó toracotomía con decorticación, drenaje del quiste, quistectomía de ambos quistes y colocación de drenaje pleural, con diagnóstico post operatorio de tumor abscedado. El retorno de anatomía patológica informa parénquima pulmonar con cavi-

dad pseudoquística, con extensa necrosis en su interior, focos de calcificación distrófica con microorganismos compatibles con *Equinococcus*. Posterior a la cirugía la paciente presenta buena evolución es dada de alta en su quinto día post operatorio. Actualmente se encuentra en remisión de la enfermedad.

DISCUSIÓN

Se ha visto tanto en nuestro país como en otros países de Sudamérica el déficit en cuanto a la notificación de esta frecuente patología. La falta de notificación y de información por parte de los pacientes sobre la enfermedad conlleva a un retraso en el diagnóstico y por consiguiente en el tratamiento de esta patología.¹

Con respecto a los síntomas presentados, son considerados como inespecíficas la fiebre, dolor torácico y tos seca, en la hidatidosis pulmonar como se ha visto en el caso presentado. Sin embargo, síntomas específicos como la vómitica, vista en el 30% de los pacientes, no se ha constatado en esta paciente, lo cual dificultaría aún más el diagnóstico de la enfermedad. En el 82% de los casos se aprecian lesiones pulmonares únicas unilaterales, similar a lo registrado en este caso.^{1,2,4}

Según publicaciones internacionales, la presentación hepática es la más frecuente (52%), la pulmonar (21%), y la esplénica 4%. En esta presentación se ha constatado la



FIG. 1. Tumoración quística en lóbulo inferior izquierdo y derecho. Archivo del autor.

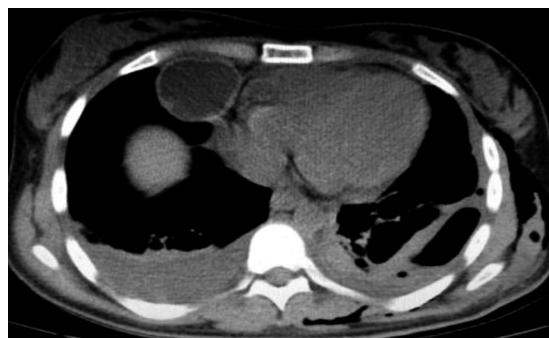


FIG. 2. Tumor quístico del lado izquierdo y derecho. Archivo del autor.



FIG. 3. Quistectomía derecha y lobectomía izquierda.

manifestación en pulmón de la enfermedad con indemnidad aparente de los demás órganos.^{2,3}

Con respecto a los medios de diagnósticos, los estudios imagenológicos sumados a la epidemiología, demuestran mejor rendimiento con respecto a los inmunológicos, que éstos son poco sensibles.^{1,2,3}

La mayoría de los pacientes con hidatidosis pulmonar reciben tratamiento luego de muchos años de infección. Aproximadamente la mitad de los pacientes llegan a la consulta con una sobreinfección pulmonar. Actualmente, la cirugía es el principal enfoque terapéutico. El objetivo del tratamiento quirúrgico es eliminar de manera segura el parásito y tratar las lesiones pulmonares causadas por el parásito.^{1,5,6,7}

El tratamiento quirúrgico puede implicar la extirpa-

ción del quiste únicamente o la resección del quiste con el parénquima circundante. En la actualidad muchos centros optan por el mantenimiento del parénquima pulmonar tanto como sea posible, recurriendo a la cistostomía, enucleación del quiste intacto o eliminación después de la aspiración con aguja. Se puede recurrir a la neumonectomía o segmentectomía en casos de quistes que involucren todo el hemitórax o en casos de quistes abscedados. En el caso presentado se procedió a la quistectomía en un quiste y la lobectomía en el otro quiste, el cual se encontraba abscedado.

Para evitar recurrencias, puede recurrirse a la quimioterapia prequirúrgica con albendazol. También puede utilizarse luego de la cirugía la terapia con albendazol con remisión del cuadro con respuesta favorable.^{8,9,10}

BIBLIOGRAFÍA

1. Rafael, A. et al. Hidatidosis pulmonar en un hospital de Lima, Perú: experiencia en 113 pacientes. *Rev. perú. med. exp. salud pública*. 2008 Jul; 25(3): 220-222.
2. Fica A., Soto A., Slater J., Peralta M., Humeres R., Castro M. et al. Quince años de experiencia clínica con hidatidosis. *Rev. chil. infectol.* 2012 Abr; 183-191.
3. Ramirez A., Donoso F., Alejandro B., Laudio B. Caso clínico: radiológico para diagnóstico. *Rev. chil.* 2002 Mayo; 73(3): 287-290.
4. Jans B., Borquez M., Marambio G., Manoli S., Hollstein G., Zargest T. Resultados del tratamiento de la hidatidosis pulmonar complicada y no complicada. *Rev Chil Cir.* 2012 Ago; 64(4): 346-351.
5. Boudaya M-S, Mohamed J, Berraies A, Zribi H, Marghli A, Kilani T. Brief original scientific report: a new surgical approach for the treatment of left pulmonary and hepatic hydatid disease. *Surg Today.* 2013 Aug 13;44(10):1971-4.
6. Madan K, Singh N. Bronchoscopic diagnosis of pulmonary hydatid cyst. *Can Med Assoc J.* 2012 Feb 7;184(2):E158-E158.
7. Santivanez S, Garcia HH. PULMONARY CYSTIC ECHINOCOCCOSIS. *Curr Opin Pulm Med.* 2010 May;16(3):257-61.
8. Salem R, Zrig A, Joobar S, Trimech T, Harzallah W, Jellali MA, et al. Pulmonary embolism in echinococcosis: two case reports and literature review. *Ann Trop Med Parasitol.* 2011 Jan 1;105(1):85-9.
9. Arinc S, Alpay L, Okur E, et al. Recurrent pulmonary hydatid disease: analysis of ten cases. *Surg Today.* 2008; 38:983-986.