Quiste Hidatídico. Experiencia en siete años

Dres. A. Lagos, V. Linacre, L. Vial, M. Rivera.

Hospital Exequiel Gonzales Cortes, Santiago, Chile

Resumen

La hidatidosis constituye una enfermedad endémica en el mundo. En Chile alcanza su mayor prevalencia en las zonas de mayor ruralidad, particularmente en las regiones australes. En general la tasa en nuestro país es de 2,38 por 100.000 habitantes. Este trabajo describe el manejo de la hidatidosis en nuestro Hospital durante los años 1996 al 2003, caracterizando a la población según hallazgos clínicos, métodos de estudio y tratamiento. Los resultados muestran mayor prevalencia en población rural, con edad promedio de 8,9 años; las ubicaciones de los quistes fueron predominantemente pulmonares, hepáticas o ambos. El tratamiento en todos los casos fue quirúrgico con tratamiento complementario preoperatorio con antiparasitarios. Se presentaron complicaciones en 4 pacientes que fueron médicamente. Tres pacientes requirieron nueva cirugía debido a enfermedad persistente no diagnosticada pese al estudio de laboratorio e imagenológico previo a la cirugía.

Palabras claves: Hidatidosis - Quiste pulmonar - Quiste hepático

Summary

Hydatidosis is an endemic disease. Particularly in Chile, it reaches its greatest prevalence in the southern rural areas (2.38 per 100,000 inhabitants). In this report we describe the epidemiologic assessment and medical management of Hydatidosis in our institution 1996 and 2003. Our patients' average age was 8.9 years. The most frequent locations of the cysts were the lungs and the liver. All cases were treated surgically with a previous course of antiparasitic drugs. Three patients required re-operations due to unnoticed lesions.

Index words: Hydatidosis - Pulmonary cyst - Hepatic cyst

Resumo

A hidatidose é uma enfermidade endêmica no mundo. Sua maior prevalência no Chile ocorre nas zonas rurais, particularmente nas regiões meridionais. Em geral a taxa em nosso país é de 2,38 por 100.000 habitantes. Este trabalho descreve o manejo da hidatidose em nosso hospital no período de 1996 a 2003, caracterizando a população segundo os achados clínicos, métodos de estudo e tratamento. Os resultados mostram maior prevalência na população rural, com idade média de 8,9 anos; as localizações dos cistos foram predominantemente pulmonares, hepáticas ou ambas. O tratamento em todos os casos foi cirúrgico, com tratamento pós-operatório com antiparasitários. Ocorreram complicações em 4 pacientes, tratadas medicamente. Três pacientes necessitaram nova operação devido à doença persistente não diagnosticada pelos exames de laboratório e imagem anteriores a operação.

Palavras-chave: Hidatidose - Cisto pulmonar - Cisto hepático

Introducción

La hidatidosis constituye una enfermedad endémica en el mundo. En Chile alcanza su mayor prevalencia en las zonas de mayor ruralidad, particularmente en las regiones australes. En general la tasa de personas afectadas en nuestro país es de 2,38 por 100.000 habitantes¹.

Esta enfermedad constituye una ciclo-zoonosis producida por helmintos del género *Echinococcus*,

principalmente la especie *Granulosus*. El hombre es un huésped intermediario que padece la forma quística de esta enfermedad pudiendo alojarlos en uno o más órganos; el 75% de los afectados presenta quistes en el hígado, el 30% en pulmón y el 20% en otras localizaciones.

El objetivo de este estudio es caracterizar a la población con diagnóstico de hidatidosis, sus hallazgos clínicos, métodos de estudio y tratamiento.

Material y método Se analizaron los casos de los pacientes con diagnóstico de hidatidosis ingresados en nuestro Hospital entre los años 1996 y 2003.

El estudio se hizo en forma retrospectiva previa creación de un protocolo de estudio en el que se incorporaron las variables de sexo, edad al momento del ingreso, procedencia, ubicación y número de los quistes, tiempo de evolución al diagnóstico, síntomas previos, estudio y tratamiento prequirúrgico, complicaciones intra y posoperatorias, tratamiento y manejo posterior al procedimiento, tiempo al alta y controles posteriores.

Resultados La muestra la componen 13 pacientes con diagnóstico de quiste hidatídico, de los cuales un 77% correspondió al sexo masculino (10) y un 23% al sexo femenino (3). El promedio de edad fue de 8,9 años (rango 3 a 14 años).

Al analizar la procedencia de estos pacientes se encontró que 10 pacientes provenían de sectores rurales y sólo 3 eran de grandes urbes. Sólo se encontraron casos con quistes en pulmón, hígado o ambos órganos en forma simultánea: localización pulmonar un 55%, hepática 30% y 15% compromiso de ambos órganos. El 69% de los niños tenían 1 quiste, 7% dos quistes, 7% tres quistes, 7% cuatro quistes y 7% seis quistes. Se identificó compromiso de pulmón e hígado en 2 casos, uno con 4 quistes (1 pulmonar y 3 hepáticos) y otro con 3 (2 pulmonares y 1 hepático).

En cuanto a los síntomas, se presentaron con un tiempo promedio de 28 días (rango 0-180) antes del diagnóstico. Dos niños fueron asintomáticos y el diagnóstico se hizo por hallazgo de

laboratorio, intraoperatorio o en estudio por antecedente familiar. La distribución de los síntomas se muestra en la Tabla 1. Los estudios realizados previo a la cirugía se detallan en la Tabla 2.

El promedio de tiempo entre el diagnóstico y la cirugía fue de 32,5 días (rango 0-90). Se trataron previamente con albendazol el 84,6% de los pacientes, con un tiempo promedio de tratamiento de 17 días, no recibiendo antiparasitario sólo 2 pacientes (15.4%), uno de ellos por hacerse el diagnóstico intraoperatorio y en el otro caso el paciente no siguió el tratamiento indicado ambulatoriamente previo a la ciru-

gía; en ambos casos se administró tratamiento con este antiparasitario en el postoperatorio.

Todos los casos fueron de resolución quirúrgica, evolucionando con complicaciones 4 pacientes (30 %); presentando neumatocele, atelectasia, íleo prolongado, enfisema subcutáneo y neumotórax. En 9 pacientes (70 %) no se registraron complicaciones.

El manejo postoperatorio se realizó con antibióticos profilácticos (ampicilina y gentamicina) en el 100 % de los casos y se usó drenajes en 12 casos (92 %), por un tiempo promedio de 8 días (rango 2-46). En un paciente no se utilizó drenaje.

Tres pacientes debieron ser reoperados; uno debido a un quiste pulmonar roto derecho no diagnosticado en la primera cirugía; uno a los 10 meses por 3 quistes hepáticos; y uno debido a un absceso pulmonar en cavidad residual.

El tiempo promedio de internación posoperatoria fue de 16 días (rango 4-97).

Se controlaron en nuestro policlínico 9 pacientes

Signos y síntomas	n	%
Hemoptisis	3	23
Tos	9	69
Disnea	7	54
Infección respiratoria recurrente	2	15
Vòmica	0	0
Fiebre	7	54
Ictericia	1	8
Dolor abdominal	2	15
Distensión abdominal	1	8
Masa palpable	2	15
Otros	6	46

Tabla 1: Presencia de signos y síntomas previo al diagnóstico.

Estudio	n	%
Hemograma	11	85
PCR	6	46
Perfil bioquímico	5	39
Radiografía de Tórax	11	85
Scanner	6	46
Ecografía	9	69
Serología	7	69

Tabla 2: Estudio previo a la cirugía.

(70%); 2 pacientes fueron seguidos en sus hospitales de origen y 2 no acudieron a los controles estipulados.

Discusión

Las larvas de este *Echinococcus* en su forma enquistada habitan el intestino delgado del perro y otros canes salvajes. Los huevos salen al exterior del animal con las heces y contaminan el área donde son expulsados pudiendo sobrevivir durante meses. Si el hombre o algún animal ingieren estos huevos se forman quistes en diversos tejidos, luego cuando algún cánido ingiere las vísceras del animal parasitado, la pared del quiste se desintegra en el intestino y se desarrolla una forma adulta, cerrando así el ciclo evolutivo del parásito. El período de incubación para la formación del quiste puede variar desde meses a años dependiendo del número y localización de éstos. No existe transmisión entre los huéspedes intermediarios. El contagio humano comienza frecuentemente en la infancia, al estar los niños en contacto con perros infectados o al ingerir alimentos contaminados con los huevos. Al llegar al estómago pasan a la circulación portal alcanzando el hígado. Muchos de estos embriones son fagocitados por el sistema mononuclear, pero algunos evolucionan al estado de larva y se enquistan en el tejido hepático. Otros pueden embolizar capilares pulmonares, donde siguen una evolución semejante. Algunos pasan a la circulación sistémica diseminándose por el resto del organismo. De este modo la mayoría se localiza en el hígado, seguido del pulmón y el resto en otros órganos¹.

El quiste crece aproximadamente un 1 centímetro por año, pudiendo comprimir estructuras vecinas, infectarse o romperse dentro del huésped. De este modo, es explicable la mayor prevalencia de esta patología en sectores aislados de nuestro país, pues la enfermedad necesariamente requiere de condiciones especiales para que se cumpla el ciclo evolutivo¹. Tales condiciones se dan más frecuentemente en el sur de

Chile, zona ganadera, con una alta proporción de población rural y muchas de ellas carentes de las redes de apoyo de salud necesarias.

En nuestros resultados se puede apreciar que la gran mayoría de los pacientes corresponden al sector rural, hecho ya descrito en otras series nacionales^{1,2}. A diferencia de lo descrito en otras revisiones, la mayor incidencia de quistes hallados fue pulmonar (53%), no encontrándose quistes en otras ubicaciones fuera de pulmón o hígado.

La evolución de los síntomas al diagnóstico en general fue de corta duración. El caso que más demoró el diagnóstico fue 180 días. El síntoma prevalente fue la tos, hecho que coincide con lo reportado para casos de hidatidosis pulmonar¹.

Consideramos que el tratamiento preoperatorio con albendazol es necesario y de norma se indica en nuestro servicio en este tipo de pacientes, ya que disminuiría las complicaciones intra y postoperatorias³.

Esta revisión no nos permite estimar la prevalencia de esta patología en nuestro país, ya que se remite solamente a su área de influencia.

Bibliografía

1. Rojas M, Laín González R: Hidatidosis pulmonar en el Hospital de Coquimbo. *Rev Chil Cir* 54: 661-664, 2002.
2. Allamand A: Tratamiento quirúrgico de la hidatidosis pulmonar. *Rev Méd Chile* 105: 439, 1977.
3. González I, Díaz M, Angel F, et al: Infección por *echinococcus granulosus*, reporte de un caso. *Rev Cub Med Trop* 53: 217-221, 2001.

Presentado en el V° Congreso CIPESUR. Noviembre de 2003, Florianópolis, Brasil.

Dr. A. Lagos
Hospital Exequiel Gonzales Cortes
Santiago, Chile