

REPORTE DE CASOS

Hidatidosis en salas de Clínica Médica y Cirugía del Hospital de Clínicas entre los años 2006 al 2013

Hydatidosis in the Medical Clinic and Surgery rooms of the Hospital de Clínicas from 2006 to 2013

Fabianna Baravalle Servín¹, Lino Marcelo Pederzani²

¹Especialista en Medicina Interna, Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay

²Especialista en Medicina Interna y Medicina Crítica y Cuidados Intensivos. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay

RESUMEN

La hidatidosis es una zoonosis parasitaria que afecta al ser humano de manera accidental produciendo quistes en cualquier localización anatómica, durante su lento crecimiento se mantiene asintomático, con los meses se manifestará como tumor local, dolor o reacción de hipersensibilidad. Se presenta descripción de 12 casos cuyo perfil es: mujer de 49 años, dedicada a los quehaceres domésticos, procedente del área urbana, quien presenta quiste hepático y recibe tratamiento combinado quirúrgico y farmacológico, con resolución de la patología. En el Hospital de Clínicas consultan en promedio 1,7 pacientes con hidatidosis por año.

Palabras claves: equinococosis, equinococosis hepática, zoonosis

ABSTRACT

Hydatidosis is a parasitic zoonosis that affects human beings accidentally producing cysts in any anatomic location. During its slow growth, it remains asymptomatic and with time it will appear as a local tumor, pain or hypersensitivity reaction. We present the description of twelve cases with the following profile: 49-year-old woman, housewife, from urban areas, who presents an hepatic cyst and receives surgical and pharmacological combined treatment with resolution of the pathology. In average, 1.7 patients with hydatidosis consult at the Hospital de Clínicas per year.

Keyword: echinococcosis, hepatic echinococcosis, zoonosis

INTRODUCCIÓN

La hidatidosis o equinococosis es una zoonosis parasitaria que afecta al ser humano de manera accidental produciendo en él la formación de quistes en cualquier localización anatómica. Es producida

Autor correspondiente:

Dra. Fabianna Baravalle Servín

Teléfono: +595.981913816

Dirección: Jardín de Oro 295 casi Urunday-Luque

Correo electrónico: fabi_baravalle@hotmail.com

Artículo recibido: 15 diciembre 2016 Artículo aceptado: 30 enero 2017

por el estado larval del cestodo *Equinococcus*, en el cual son reconocidas cuatro especies: *E. granulosus* (equinococosis quística o unilocular), *E. multilocularis* (equinococosis alveolar), *E. vogeli* y *E. oligarthrus* (equinococosis poliquística)⁽¹⁾.

E. granulosus es la especie de más amplia difusión en el mundo, reportado con mayor frecuencia en Europa, Asia, África, América del Sur, Canadá, Australia y Nueva Zelanda⁽²⁾. Afecta principalmente a regiones agrícolas y ganaderas, con áreas de alta endemicidad en la parte meridional de América del Sur, con puntos de mayor incidencia en Uruguay y Argentina. Se cita que en la Argentina afecta a todo su territorio con mayor concentración en Patagonia, Buenos Aires y Corrientes⁽³⁾. En el Uruguay es más frecuente en Floresta; en Chile, al sur en regiones aledañas a la Patagónica; en el Perú, en las sierras; en el Brasil, en estado de Río Grande do Sul^(3,4). En nuestro país fue reportado como de baja incidencia, junto con Bolivia y Colombia⁽⁵⁾.

Dicha zoonosis inicia con el perro, quien es el hospedero definitivo y lleva en sus intestinos delgados la forma adulta, cuyos huevos embrionados son eliminados mediante las heces, las cuales contaminan los pastos, que sirven de alimento a los hospederos intermediarios el ganado y al hombre de manera accidental. Por tanto, desde el punto de vista epidemiológico, esta infestación ocurre preferentemente donde conviven hombre, perro y ganado⁽⁶⁾.

El diagnóstico podría ser casual durante su evolución asintomática, pero en nuestro medio, donde no está culturizada la consulta de control o preventiva, esto no es una realidad. Principalmente se utilizan pruebas de imágenes ante la sospecha y estas se confirman mediante serología. Contribuyen también los aspectos epidemiológicos que así lo sugieran, pese a nuestra falta de datos de distribución local, sería correcto siempre pensar por frecuencia en personas provenientes de áreas rurales.

El diagnóstico de certeza se obtiene mediante la identificación de los escólex del contenido líquido del quiste. Las posibilidades terapéuticas son farmacológicas y quirúrgicas, éstas podrían aplicarse de manera aislada o combinadas según el caso, donde han demostrado buenos resultados. La terapéutica quirúrgica es la más utilizada actualmente, la cual creemos se debe al estadio en que se realiza el diagnóstico. Las técnicas y vías de abordaje dependerán en cada caso y de la experiencia del cirujano. Se está utilizando con buenos resultados la técnica percutánea, pero para casos más seleccionados. No se ha consensuado aun la dosis ni el tiempo de tratamiento médico con antiparasitarios, donde el más utilizado es el albendazol. Lo concreto es que sí se realiza de forma pre y post operatoria^(3,5,7,8).

Evaluando la floreciente ganadería del país, en sus diferentes especies, se podría plantear a dicha situación como el punta pie inicial para la endemicidad de dicho parásito y sus consecuencias en el hombre, por lo que cabría ya plantearse medidas preventivas basadas en las experiencias de nuestros países vecinos, donde es una situación de notificación obligatoria y problema de salud pública⁽⁹⁻¹⁵⁾.

MATERIALES Y MÉTODOS

La siguiente investigación es un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de corte transversal. La muestra está constituida por todos los pacientes mayores de 15 años con diagnóstico de hidatidosis que estuvieron internados en salas de Clínica Médica y Cirugía del Hospital de Clínicas durante el período comprendido entre los años 2006 al 2013. Es necesario aclarar que se tuvo la precaución que los pacientes no pertenecieran a dos salas a la vez, es decir que no hubiera datos superpuestos.

Esta investigación se llevó a cabo en el Archivo Central del Hospital de Clínicas, uno de los principales hospitales de referencia del país, al cual llegan pacientes derivados de todo el territorio del Paraguay.

RESULTADOS

De los 12 casos reclutados, 83% (9/12) correspondían al sexo femenino y 17% (2/12) al masculino, con edad promedio de 49,2 años (rango 16-83 años).

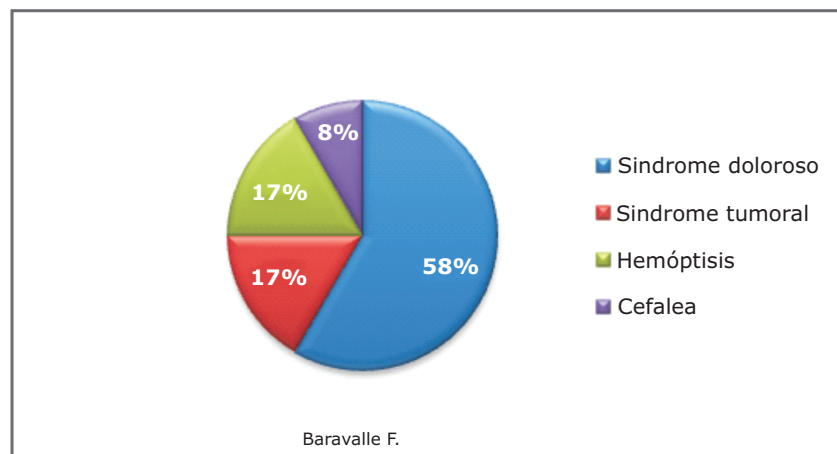
El 58% procedía de áreas urbanas correspondientes todas al área metropolitana (Gran Asunción), 42% provenía del interior del país.

Solo en tres historias constaba el dato de que los pacientes no abandonaron el país, en uno figuraba un viaje a Salta, Argentina, un año previo a los síntomas.

El 75% de los pacientes se dedicaban a los quehaceres domésticos, 17% era comerciante y solo 1 paciente manifestó trabajar como estanciero.

El 58% consultó refiriendo síndrome doloroso y en un solo caso (8%) se corroboró en la historia clínica la presentación de los tres síndromes: tumoral, doloroso e hipersensibilidad (gráfico 1).

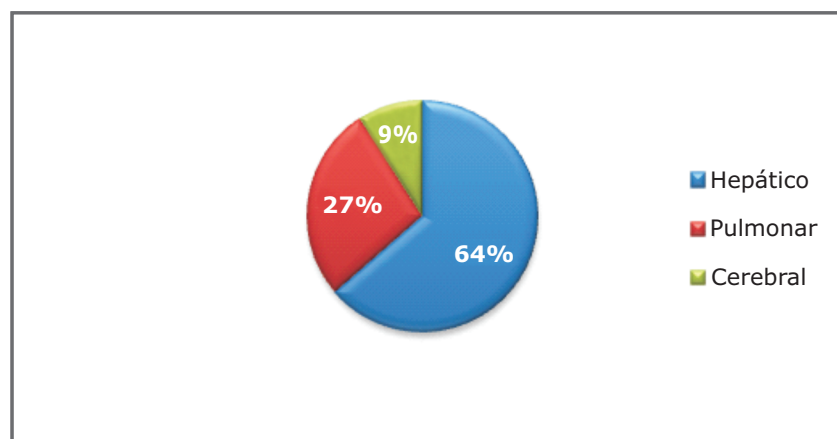
Gráfico 1. Formas de presentación de pacientes con hidatidosis (n 12)



El promedio de tiempo hasta la consulta fue de 22,5 meses aunque se desconoce el tiempo de evolución de dos casos.

Las localizaciones más frecuentes fueron la hepática (7/12) y pulmonar (3/12) (gráfico 2).

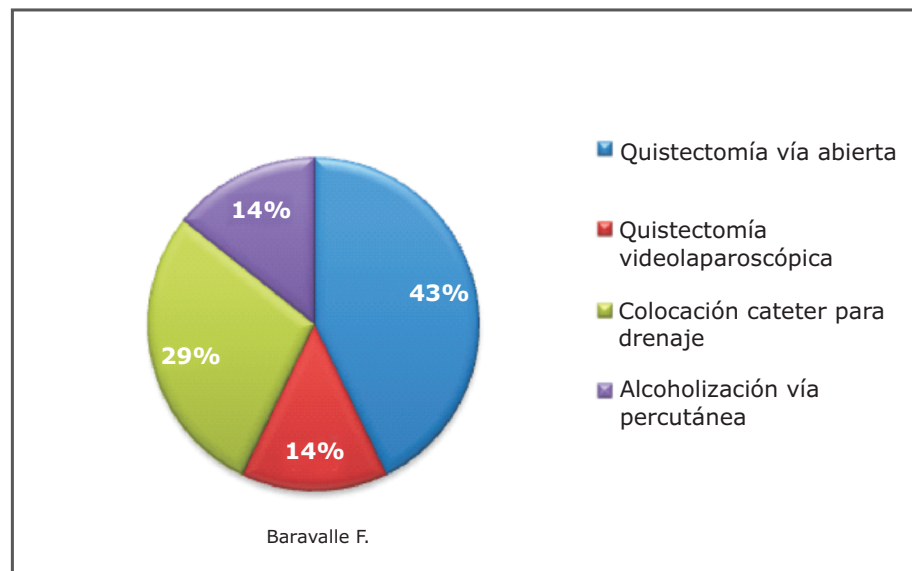
Gráfico 2. Localizaciones anatómicas de quistes hidatídicos (n 12)



En 83% (10/12) de los casos, la hidatidosis fue resuelta, 17% (2/12) (un caso hepático y el cerebral) no aceptaron el tratamiento planteado. El 59% (7/12) recibió tratamiento combinado (quirúrgico + farmacológico), en 25% (3/12) solo se señalaba tratamiento quirúrgico, 1 caso de tratamiento solo farmacológico y 1 caso sin tratamiento por no aceptar lo propuesto.

La técnica quirúrgica utilizada con más frecuencia fue quistectomía por vía abierta en 43% (3/7) (gráfico 3). Un paciente rechazó el tratamiento quirúrgico.

Gráfico 3. Técnicas quirúrgicas utilizadas en pacientes con hidatidosis (n 7)



El 57% de los quistes hepáticos se encontraron en el lóbulo izquierdo, 43% en el lóbulo derecho. Dos casos se hallaron en el pulmón izquierdo, (uno en lóbulo superior y otro en el inferior) y el tercero en lóbulo inferior derecho. Los casos pulmonares requirieron lobectomía (2 casos) y quistectomía (un caso). El caso cerebral no aceptó tratamiento quirúrgico y solo recibió albendazol.

Solo en 67% (8/12) había resultados de serología específica, donde 37% (3/8) resultaron positivos y los valores más elevados registrados fueron 1:320. El 67% (8/12) de casos presentó eosinofilia y la máxima fue de 15%.

El mayor porcentaje de casos diagnosticados en el Hospital de Clínicas ingresó a salas de Cirugía 58% (7/12) por presentar síndromes dolorosos y/o tumorales. Si bien la mayoría de los pacientes fueron finalmente derivados a salas de Cirugía, se tomó como parámetro la primera consulta o ingreso hospitalario.

DISCUSIÓN

En esta muestra, el mayor porcentaje correspondía al sexo femenino, la que en su mayoría se dedicaba a los quehaceres domésticos, término que engloba múltiples actividades de la casa y el campo, con una edad promedio de 49,2 años, la cual, considerando la mayor longevidad actual de nuestra población, corresponde a edad productiva. Todos estos datos son coincidentes con publicaciones internacionales^(4,6,9,12,14). Sin embargo, Martínez P. encontró en Chile preponderancia en hombres, que provenían preferentemente del área metropolitana (zona urbana)⁽¹⁰⁾. Esta procedencia coincide con un estudio realizado en la Argentina donde también se halló al área urbana como más

frecuente⁽¹⁵⁾. Nuñez E. et al también encontraron una tendencia hacia áreas rurales en el distrito de Ninacaca-Pasco, Perú, pero esta no era significativa⁽¹²⁾.

No pudo concluirse si estas personas de áreas urbanas viajaron a zonas rurales o fuera del país ya que sólo a cuatro de ellas se les consultó dicho antecedente y una sola manifestó viaje a la Argentina en el año previo al inicio de los síntomas.

La forma de presentación más preponderante fue la de síndrome doloroso, y este era referido en hipocondrio derecho, seguido por el tumoral en región abdominal superior, coincidiendo con los hallazgos de localización más habitual, la hepática^(4,8,10,12,16). El segmento más afecto fue el izquierdo, en contrapartida con lo hallado por García P. et al⁽⁴⁾ y la técnica quirúrgica más utilizada la quistectomía por vía abierta.

La forma pulmonar se manifestó en forma de hemoptisis y el pulmón más afectado fue el izquierdo. Según García P. et al, el principal motivo de consulta fue tos quedando en tercer lugar hemoptisis⁽⁴⁾, situación atribuible a la idiosincrasia del paraguayo quien habitualmente acude a consulta en estadios avanzados.

La totalidad de los pacientes que consultaron requirieron tratamiento quirúrgico para su resolución y no se registró ningún óbito. Martínez P., quien caracterizó epidemiológicamente a la hidatidosis en Chile, publicó que hubo 53,6% de intervenciones quirúrgicas⁽¹⁰⁾. Referente al tratamiento farmacológico, no se puede concluir si éste se realizó una vez recibida la serología o en el post quirúrgico, solo se recabó su indicación durante la internación, donde lo conveniente es su administración pre y post quirúrgica^(1,8,14). En los últimos años han comenzado a aplicarse con éxito la quimioterapia con mebendazol, albendazol y los tratamientos quirúrgicos punción, aspiración, instilación y reaspiración en pacientes con síntomas de la enfermedad. Se han registrado cambios indicativos de pérdida de vitalidad del quiste en las imágenes ecográficas de 54 a 71% de los pacientes tratados con albendazol y se han publicado algunos trabajos sobre las posibilidades de la PAIR en el tratamiento de la hidatidosis humana sintomática. Hay mucho menos información sobre el tratamiento de portadores asintomáticos. Sin embargo, en la provincia de Río Negro, se cuenta con información preliminar que indica 69% de respuestas favorables al tratamiento con albendazol en portadores detectados en tamizados de campo. Diez y ocho meses después de haberse aplicado la técnica de punción, aspiración, instilación y reaspiración, se observó que el volumen medio de los quistes se había reducido 66% en 38 pacientes asintomáticos portadores de quistes^(1,8).

En ningún caso de nuestra muestra el hallazgo quístico fue casual, todos manifestaron alguna dolencia con un promedio general de tiempo de evolución de 29,3 meses. Esto podría deberse a dos motivos, que en el país no está culturizada la consulta rutinaria de control, así como al lento crecimiento del quiste el cual debe alcanzar tamaño considerable para que delate un síntoma o signo.

Todos los pacientes contaron con estudios de imágenes que orientaron la sospecha clínica, el más frecuentemente utilizado fue la ecografía, método muy común en estas situaciones^(4,8,14,15), seguida de la tomografía. La misma definió los casos pulmonares y cerebral.

La serología fue registrada en 8 de los 12 pacientes, probablemente el resto no pudo acceder a dicho análisis por falta de medios económicos; en nuestro reporte solo resultó positiva en tres (37%) de ellos, todos casos hepáticos^(1,11). Según hallazgos de Martínez P., sólo 11,7% de los casos fueron diagnosticados por serología y clínica⁽¹⁰⁾.

El líquido hidatídico es el principal factor responsable de la estimulación antigénica. Los quistes de localización pulmonar tienen menos posibilidades de adquirir microfisuras en la pared. Ello implica que

los quistes pulmonares den resultados preponderantemente negativos en las pruebas serológicas usuales y en los quistes hepáticos hay más posibilidades de microfisuras y complicaciones y, así también, de resultados serológicos positivos⁽¹¹⁾.

Los 8 pacientes que presentaron eosinofilia, con una máxima de 15%, es un hallazgo significativo también señalado por García P., por lo que pudiera ser un dato de valor a investigar ante dicha presentación no referida habitualmente en bibliografías señaladas⁽⁴⁾.

Cabe señalar que como la infección es poco frecuente en nuestro medio y no existe vasta experiencia, no se registran en las historias clínicas datos importantes como viajes y/o residencia en el extranjero, presencia de perros en la residencia y costumbres de faenamiento del ganado en ésta, indicadores de valor para futuras investigaciones.

Los datos obtenidos hasta esta investigación demuestran una realidad presente en nuestro país, pese a que no son concluyentes con respecto a la procedencia de la infección; debe plantearse el diagnóstico diferencial ante todo hallazgo quístico de etiología desconocida, más aún si este se encuentra en hígado.

Deben realizarse otros estudios en centros de referencia del país donde consultan un número significativo de pacientes provenientes de diferentes puntos del país para obtener datos comparativos, así como estudios multicéntricos y prospectivos que aclaren la situación real de este parásito en nuestro país.

En todos los países vecinos es una patología de notificación obligatoria por su alta incidencia ya que causa problemas sanitarios a nivel humano y animal afectando las economías de estos países. Debería hoy plantarse la presentación cada vez más frecuente de este hallazgo en nuestro país y tomarse las medidas preventivas en base a la experiencia extranjera y no tener que sopesar tarde sus consecuencias.

Concluyendo, en el Hospital de Clínicas consultan en promedio 1,7 pacientes por año con diagnóstico de hidatidosis, cuyo perfil es el de una mujer de alrededor 49 años de edad, dedicada a los quehaceres domésticos, procedente del área urbana; quien manifiesta dolor abdominal, con eosinofilia y cuya serología podría resultar negativa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Legua Leiva P. Hidatidosis. Rev Med Hered /Internet/. 2002 /citado 24 Mar 2014 /; 13(3): 77-8. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2002000300001&script=sci_arttext
2. Uribarren Berrueta T. Hidatidosis, equinococosis o quiste hidatídico/Internet/. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Departamento de Microbiología y Parasitología-Recursos en Parasitología; 2011 /citado 24 Mar 2014/. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/parasitologia/hidatidosis.html>
3. Dopchiz MC, Elissondo MC, Denegri GM. Situación de la hidatidosis-echinococosis en el sudeste de la provincia de Buenos Aires /Internet/. En: Jornadas nacionales de hidatidosis; 2002 Jun. 27 y 28; Ciudad de Catamarca: Dpto. de Biología. Facultad de Ciencias Exactas y Naturales. Universidad Nacional de Mar del Plata; 2002. P.1-12. /citado 24 Mar 2014 / Disponible en: <http://helminto.inta.gob.ar/pdf%20hidatidosis/SITUACI%C3%93N%20DE%20LA%20HIDATIDOSIS.PDF>

4. García Aparcana P, Chabes y Suárez A, Fernández Encarnación M, Guerra Aguilar MI, Lévano Parián I, Quiroz Morá S, Rojas Segura E. Características clínicas y epidemiológicas de hidatidosis en el Hospital Nacional Dos de Mayo. *Revista de Medicina Humana - Universidad Ricardo Palma /Internet/*. 2006 /citado 24 Mar 2014/; 6(2): 26-30. Disponible en: <http://aulavirtual1.urp.edu.pe/ojs/index.php/RFMH/article/viewFile/23/19>
5. Muñoz C del V P. Comentario editorial: Diagnóstico y tratamiento de la hidatidosis. *Rev. chil. infectol [Internet]*. 2007 [citado 24 Mar 2014]; 24(2): 153-4. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182007000200011
6. Pérez Fontana V. Origen, desarrollo y extensión de la hidatidosis en América. *Bol. Ofic. San. Panam /Internet/*. 1949 /citado 24 Marzo 2014/; 28(2): 124-56. Disponible en: URL: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v28n2p124.pdf>
7. Irabedra P, Salvatella R. El proyecto subregional cono sur de control y vigilancia de la hidatidosis. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Publica [Internet]*. 2010 [citado 25 Mar 2014]; 27(4) : 598-603. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342010000400017&lng=es&nrm=iso.
8. Aliaga F, Oberg C. Epidemiología de la hidatidosis humana en la IX Región de la Araucanía, Chile. 1991-1998. *Bol. chil. parasitol [Internet]*. 2000 Jul [citado 24 Mar 2014]; 55(3-4): 54-8. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-94022000000300004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0365-94022000000300004>.
9. Larrieu E, Frider B, del Carpio M, Salvitti JC, Mercapide C, Pereyra R, et al. Portadores asintomáticos de hidatidosis: epidemiología, diagnóstico y tratamiento. *Rev Panam Salud Publica [Internet]*. 2000 Oct [cited 24 Mar 2014]; 8(4): 250-6. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n4/3551.pdf>
10. Martínez P. Hidatidosis humana: antecedentes generales y situación epidemiológica en Chile, 2001-2009. *Rev. chil. infectol [Internet]*. 2011 Dic [citado 25 Mar 2014];28(6): 585-91. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182011000700013&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182011000700013>
11. Araya Morales EA. Estudio retrospectivo observacional de casos clínicos de Hidatidosis humana diagnosticados en el Hospital de Curicó y prevalencia de Hidatidosis animal, durante los años 2003 – 2008 (Internet). Curicó: Universidad de Concepción; 2010 /citado 25 Mar 2014/. Disponible en: [http://www.worldcat.org/identities/nc-universidad%20de%20concepcion\\$facultad%20de%20ciencias%20veterinarias%20departamento%20de%20patologia%20y%20medicina%20preventiva/](http://www.worldcat.org/identities/nc-universidad%20de%20concepcion$facultad%20de%20ciencias%20veterinarias%20departamento%20de%20patologia%20y%20medicina%20preventiva/)
12. Nuñez E, Calero D, Estares L, Morales A. Prevalencia y factores de riesgo de hidatidosis en población general del distrito de Ninacaca-Pasco, Perú 2001. *An. Fac. med [Internet]*. 2003 [citado 25 Mar 2014]; 64(1): 34-42. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832003000100006&lng=es&nrm=iso.
13. Remis J, Guarnera EA, Parra A. Enfermedades endémicas: impacto de la hidatidosis. influencia de factores ambientales y socioculturales en Tucumán, Argentina. *Rev. argent. Radiol /Internet/*. 2009 /citado 25 Mar 2014/; 73 (3):303-12. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-99922009000300010&lang=pt
14. Vera G, Venturelli F, Ramírez J, Venturelli A. Hidatidosis humana. *Cuad. cir (Vildivia) /Internet/*. 2003 /citado 25 Mar 2014/; 17(1): 88-94. Disponible en: http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?pid=S0718-28642003000100014&script=sci_arttext
15. Denegri GM, Elissondo MC, Dopchiz MC. Oribatid mites as intermediate hosts of Thysanosoma actinioides (Cestoda: Anoplocephalidae): a preliminary study. *Vet Parasitol*. 2002; 103(3): 267-71.
16. Rodas J, Pizurno D, Pizurno O, Rodríguez A. Quiste hidatídico hepático: Puesta al día y presentación de un caso clínico autóctono. *Tendencias en Medicina /Internet/*. 2011 /citado 25 Mar 2014/: 70-2. Disponible en: URL: http://tendenciasenmedicina.com/uploads/Imagenes/imagenes06p/art_11.pdf