

HIDATIDOSIS HEPÁTICA Y EXTRAHEPÁTICA EN EPIPLÓN MAYOR, CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

HEPATIC AND EXTRAHEPATIC HYDATIDOSIS GREATER OMENTUM, CLINICAL CASE AND LITERATURE REVIEW.

Carlos Ayala Pardo,¹ Roberto Durán Fernández,¹ Yasna Salinas Gallegos,¹ Roberto Reveco Betancourt,¹ Dr. Emilio Sandoval Sanzana^{1,2}.

(1) Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco

(2) Servicio de Cirugía, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

Correspondencia:

No registrada

Aprobado:

Abril de 2010

Conflictos de interés:

El autor declara no tener conflictos de interés.

Rev Estud Med Sur 6(2): 26-29.

DOI:

RESUMEN

La hidatidosis es una enfermedad endémica en Chile. En el año 2004 de 2,1 por 100.000 habitantes fueron diagnosticados con esta enfermedad. Se puede desarrollar en cualquier parte del cuerpo. Los órganos más frecuentemente afectados son el hígado y pulmón en alrededor de un 80% de los casos, la ubicación en epiplón es poco frecuente. Debido a su baja frecuencia, se presenta un caso de hidatidosis hepática acompañada por la hidatidosis extrahepática en el epiplón mayor, con diagnóstico inicial por tomografía computarizada como masa anexial derecha, pero con diagnóstico final en la Unidad de Anatomía Patológica del Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco de hidatidosis hepática y extrahepática en epiplón mayor.

PALABRAS CLAVE: Hidatidosis Humana, Hidatidosis Extra hepática.

ABSTRACT

100,000 population were diagnosed with this disease. It can develop in any part of the body. The organs most often affected are the liver and lung about 80% of case, the location where the omentum is rare. Due to their low frequency, we report a case of hepatic hydatidosis accompanied by extrahepatic hydatidosis in greater omentum, with an initial diagnosis by X-ray computed tomography as a right adnexal mass, but with a final diagnosis, in the Pathology Unit of the Dr. Hernán Henríquez Aravena Hospital of Temuco, as hepatic and extrahepatic hydatidosis.

KEYWORDS: Human Hydatidosis, Extrahepatic Hydatidosis..

INTRODUCCIÓN

La hidatidosis humana causada por el céstodo *Echinococcus granulosus*, constituye la zoonosis parasitaria más frecuente en Chile, con una incidencia nacional hacia el año 2004 de 2,1 x 100.000 habitantes.^{1,2} En la actualidad, la hidatidosis se mantiene como una zoonosis endémica, especialmente en la IX región, donde las tasas de prevalencia persisten elevadas, diagnosticándose más de 40 casos de hidatidosis hepática nuevos en adultos por año, asociado también al hallazgo de enfermedad hidatídica en localizaciones menos frecuentes como bazo, peritoneo, riñón, entre otras.^{3,4,5} Debido a su baja incidencia, se presenta el caso de una mujer de 24 años operada en el hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco, por hidatidosis hepática en cuyo intraoperatorio se pesquiza además un quiste hidatídico en epiplón mayor.

CASO CLÍNICO

Paciente de 24 años sin antecedentes mórbidos previos, menarquía a los trece años, ciclos menstruales de 4 días cada 28 días regulares, nuligesta, nulicoita, ingresa derivada desde hospital de Pitrufquén por dolor abdominal en hipogastrio, sensación de masa abdominal, pérdida de peso de +1- 3 kg en 4 meses, asociado a masa abdominal palpable en hemiabdomen derecho, fija, sólida, no adherida a planos superficiales, no dolorosa, de crecimiento rápido aproximadamente en un mes, que ocupa gran parte de la cavidad abdominal. Se realiza estudio imagenológico con Tomografía Computada (TC) que demuestra una gran masa a nivel de lóbulo derecho hepático en directa relación con anexo ginecológico derecho. Se realiza estudio con marcadores tumorales, LDH, Ca 125, a-feto proteína y Ca 19-9 todos en rangos normales. Se diagnostica tumor ovárico derecho, ingresando al servicio de

ginecología oncológica, decidiéndose resolución quirúrgica del cuadro, por lo que se realiza laparotomía exploradora, que da hallazgos de gran quiste hidatídico que compromete lóbulo hepático derecho, respetando solo segmento V, de aproximadamente 44x20 cm de diámetro que ocupa cavidad abdominal hasta la pelvis, sin apreciarse comunicación entre el quiste y vía biliar. Asociado a esto se pesquiza quiste de 7 cm de diámetro adherido a epiplón mayor, en curvatura mayor del estómago, no encontrándose otros hallazgos patológicos, por lo que se realiza quistectomía parcial a nivel hepático, colecistectomía y quistectomía de la lesión extrahepática más epiploplastía.

Se envía muestra para estudio anatopatológico, que al examen microscópico informa hallazgo como quiste hidatídico en tejido fibroadiposo que puede corresponder a fragmento de epiplón.

Posterior a la cirugía, paciente evoluciona de forma favorable, dándose de alta 9 días más tarde.

DISCUSIÓN Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

La hidatidosis es una enfermedad de carácter endémica,⁶ que produce un elevado impacto socioeconómico en el país y en quienes sufren de esta enfermedad. Incluso algunos autores lo califican como el cáncer blanco. El tratamiento de la enfermedad en general es muy costoso y son frecuentes las recidivas. La incidencia global es de 2,38 por cien mil habitantes, la que aumenta hacia el sur del país a cifras tan altas como 80 por cien mil en Aysén.⁷

La localización principal de la hidatidosis corresponde a hígado y pulmón, pero debido a la alta prevalencia de esta enfermedad en nuestra región, es posible pesquisar la aparición de otras localizaciones poco frecuentes como bazo, páncreas, riñón, peritoneo y en nuestro caso, epiplón mayor. Las "localizaciones poco

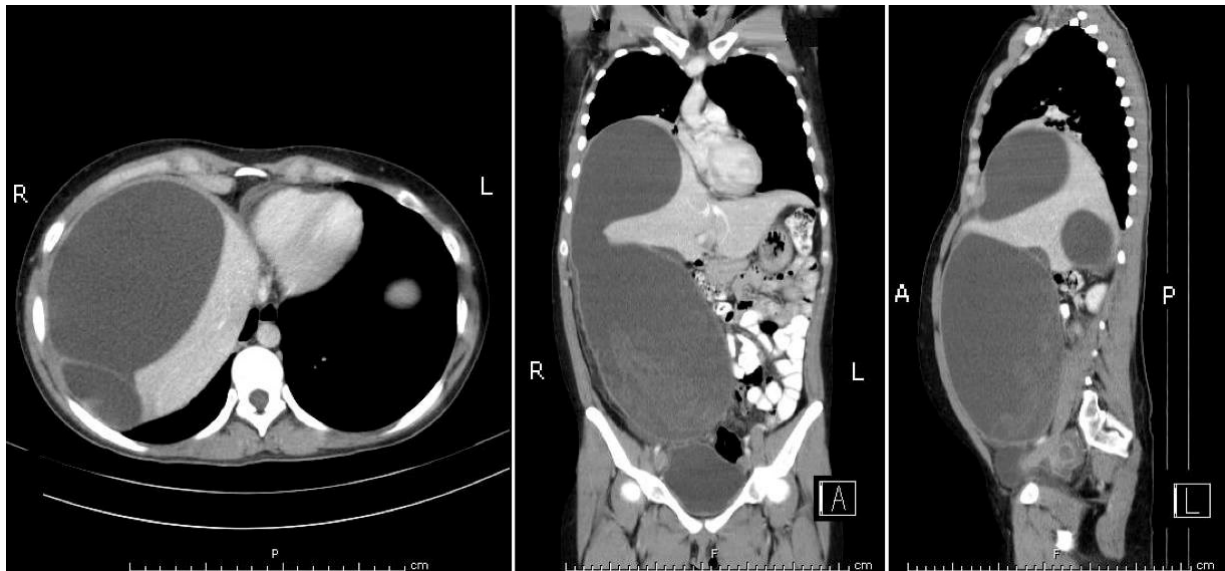


Figura 1: TAC tórax abdomen y pelvis con contraste, 2 meses previos a la cirugía. Voluminosa formación quística de aprox. 12 x 25cm que ocupa el hemiabdomen derecho, en íntima relación de continuidad con el anexo parauterino derecho. Se prolonga hacia cefálico comprimiendo al lóbulo hepático derecho y se introduce aparentemente en forma subcapsular, creando 3 espacios líquidos que reemplazan el parénquima hepático.

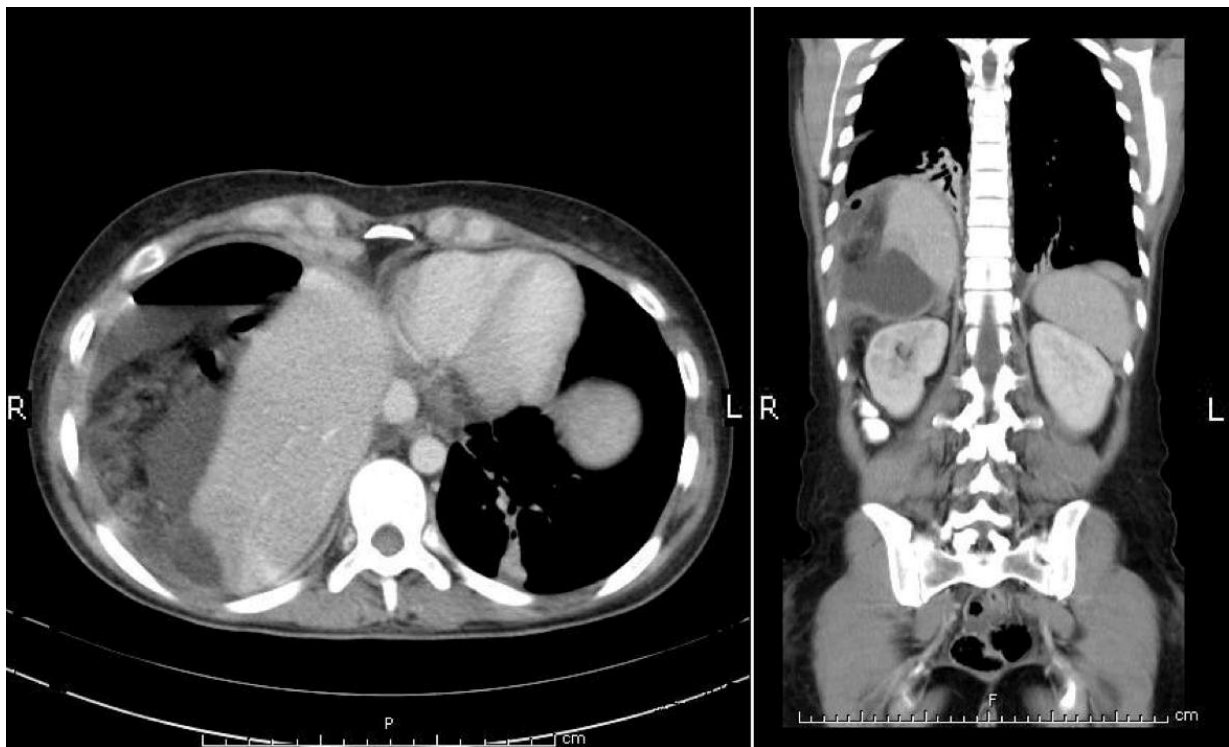


Figura 2. : TAC de Tórax, Abdomen y Pelvis con contraste realizado 3 semanas previo a la cirugía. Se presenta hígado homogéneo de forma y tamaño conservado. Colección hidroaérea de 8 x 12cm, bien delimitada, subcapsular perihepática derecha. Hipertrofia del lóbulo izquierdo.

frecuentes" de la hidatidosis abdominal representan entre el 8,8% y un 19,6% de los casos, lo que permite hacerse una idea de la importancia de estas localizaciones debido a su prevalencia.⁴

Islandia es el único país en el mundo que ha erradicado la hidatidosis, se sabe que en siglo XIX este era el principal país afectado por esta enfermedad, en la actualidad Chipre, Nueva Zelanda y Tasmania están en vías de erradicación. El manejo se basa en tratamiento antiparasitario y/o sacrificio del hospedero definitivo parasitado, eliminación de vísceras parasitadas de hospederos intermediarios, y educación sanitaria de la población humana.⁸ En nuestro país no existe una política de salud pública orientada a la erradicación de la hidatidosis humana, controlándose la enfermedad mediante el análisis de la carne faenada por parte de médicos veterinarios del SAG en los mataderos autorizados, escapando a esta medida todo el faenamiento artesanal, cuya práctica es habitual en los campos de nuestro país.

En relación al estudio de laboratorio, la eosinofilia en el hemograma es inespecífica e inconstante, siendo esta orientadora en la sospecha, pero de poca utilidad. Estudios adicionales como la serología para hidatidosis, resulta frecuentemente negativa, se han desarrollado numerosas técnicas tratando de lograr una mejor sensibilidad y especificidad. Uno sensible pero poco específico es la hemaglutinación indirecta (HIA), con una doble difusión en gel o una inmunoelectroforesis con detección de arco 5° (DD5) como confirmación. Tienen una elevada especificidad cuando existe el arco 5 cercana a 98%, pero su sensibilidad no supera el 60%. Ninguna de las pruebas es satisfactoria individualmente y debieran utilizarse dos o más ensayos. En nuestra práctica clínica habitual en pacientes con hidatidosis no se realiza esta pesquisa de laboratorio y menos en quienes no se sospecha de esta patología.⁹ Por otro lado el inmunodiagnóstico es de bastante utilidad frente a imágenes sospechosas o frente al diagnóstico diferencial de una lesión tumoral y debiera solicitarse de rutina, con las limitaciones descritas. Las reacciones serológicas se negativizan en uno a cuatro años post cirugía, cuando no existe recidiva. Entre las otras técnicas desarrolladas, destaca la detección de IgG e IgE mediante ELISA, con una sensibilidad aproximada de 86% y una especificidad de 93%. El western blot está basado en los mismos principios que el test de ELISA con una sensibilidad similar y una especificidad de 96%,¹⁰ pero al igual que las técnicas de HIA y DD5 no se realizan de rutina. La

ecotomografía abdominal, con un rendimiento entre 95 y 100%, se ha consolidado como el Gold Standard en el diagnóstico de enfermedad hidatídica, especialmente en aquellos pacientes con antecedentes epidemiológicos sugerentes.¹¹ En la paciente no se realizó el estudio con ecotomografía abdominal, careciendo en el planteamiento diagnóstico de este elemento de juicio. La TC sirvió de apoyo para la confirmación de la masa abdominal, interpretada como una lesión de tipo neoplásica en relación al anexo derecho, pero en el intraoperatorio y con ayuda del estudio histológico mediante biopsia rápida, se logró efectuar el diagnóstico de hidatidosis hepática y en epiplón mayor. El gold standard para el manejo y curación de estas lesiones es la quistectomía,¹¹ descrito en algunos estudios la subtotal y la total, siendo la primera la más frecuente por la complejidad de algunos quistes por tamaño y ubicación.

Aun cuando el compromiso de epiplón es raro, en áreas endémicas como la nuestra, debe considerarse a la hidatidosis dentro de los diagnósticos diferenciales de masas intra-abdominales malignas y benignas.-

REFERENCIAS

1. Tamames S. Hidatidosis. En: Tamames S, Martínez C. Cirugía, Fisiopatología General. Aspectos básicos. Manejo del paciente quirúrgico. Madrid, Editorial Panamericana 1997; 25: 222-232.
2. Ministerio de Salud de Chile, Gobierno de Chile. Enfermedades de Notificación obligatoria, <http://www.minsal.cl>
3. Servicio de Cirugía Hospital Regional de Temuco. Estadísticas quirúrgicas año 2000.
4. Manterola Delgado, Carlos y cols, Hidatidosis abdominal de localización extrahepática. Características clínicas y evolución de una serie de casos, Rev. Chilena de Cirugía. Vol 54 - N° 2, Abril 2002; págs. 128-134.
5. Pinto P, Torres F, Medeiros, L, Arriagada, R. Localizaciones poco frecuentes de la hidatidosis. Rev Chil Cir 1986; 38: 56-9.
6. Schenone H, Contreras M, Salinas P, Sandoval L, Saavedra T, Rojas A. Hidatidosis humana en Chile. Seroprevalencia y estimación del número de personas infectadas. Bol Chil Parasitol 1999; 54: 3-4.
7. Acuña M, et col. Hidatidosis Uterina: Una Localización Excepcional. Rev Chil Obstet Ginecol 2008; 73(6): 389 -392.
8. El control de la hidatidosis. Bol.Chil.Parasitol. [online]. 1999, vol.54, n.3-4, pp. 49-49. ISSN 0365-9402.
9. Bulent Y, Hakan O, Tezcan A, Fatih A, Suleyman H. Primary hydatid Cyst of the breast with elevated ca 19-9 level. Am J Trop Med Hyg 2005; 73: 368-370.
10. Muñoz del V, Patricia. Comentario Editorial: Diagnóstico y tratamiento de la hidatidosis. Rev. chil. infecto]. [online]. 2007, vol.24, n.2 [citado 2011-08-04], pp. 153154.
11. Manterola C, et col. Hidatidosis abdominal de localización extrahepática. Características clínicas y evolución de una serie de casos. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 54 - N° 2, Abril 2002; págs. 128-134.