

Hidatidosis Hepática

Revisión de la literatura e ilustración con un caso clínico



Dr. Eduardo Souchon *
Dr. Rafael Belloso *
Dr. Jon A. Barriola **
Dr. Gustavo Benítez **

INTRODUCCION

La palabra Equinococo proviene del griego: ECHINOS: erizo, y COCO: granos. La palabra HIDATIDICO proviene de la misma raíz y significa gota de agua.(1,2)

La Equinococosis fue clínicamente descrita por Hipócrates, cuando hacía referencia al "hígado lleno de agua" y posteriormente Al Rhazes un médico árabe la describe 900 años D.C.(1)

Goeze y luego Batsh(3,4) reconocen por primera vez las tenias en el microscopio (1782-1786). Hunter describe la posibilidad de diseminación intraabdominal. En 1853 Von Siebold demuestra con perros el ciclo evolutivo de la enfermedad. En Venezuela los primeros trabajos publicados corresponden a los Dres. Razzeti y Rísquez, posteriormente autores como los Dres. Valencia, Vargas, Parra, Coronil.(5)

Virchow describió por primera vez una forma alvcolar de la enfermedad en 1856, y en Venezuela el Dr. Pedro Grases en 1970(6).

La enfermedad hidatídica del hígado (hidatidosis hepática, equinococosis) es más frecuentemente causada en el hombre (huésped accidental) por dos especies: Equinococcus granulosus y Equinococcus multilocularis. (gráfico)

El Equinococcus granulosus se encuentra ampliamente distribuido en el mundo. En algunas áreas es causa importante de morbilidad y mortalidad, como lo refiere Romero Torrez del Perú(2). En Iraq, uno de los países de mayor incidencia, según algunos autores relacionada a la gran cantidad de ganado contaminado.(1,2)

Son consideradas endémicas: Uruguay, Chile, Perú, Argentina, Nueva Zelandia, Grecia, Africa, Siberia, Turkestán, Mongolia, China, Norte de Italia, España, Japón, Las Filipinas, Siria, Líbano y Arabia(1,7,8). En los EE.UU. se han reportado un total aproximado de 700 casos, de los cuales un 7% ha sido en indígenas.(8,2)

El Equinococcus multilocularis (Alveolar o Sibiricensis), es menos común y se encuentra esporádicamente en Francia, Alemania, Irán, Italia, Alaska, Bulgaria, Turquía, Afganistán, Japón, Rusia, Islas Kuril, EE.UU. y Canadá (1,2,3,4,7,8,9,10,11). En Venezuela existen 6 casos publicados como autóctonos, de los cuales tres fueron del Estado Lara, uno de Bolívar, uno de Zulia-Mérida y uno de Amazonas.G(3)

El propósito de este trabajo, es ilustrar con un caso clínico de Hidatidosis hepática. La revisión hecha información sobre esta patología tan rara en nuestro medio y que pudiese aumentar en frecuencia, debido a la actual inmigración de personas de áreas endémicas a nuestro país.

CASO CLINICO

Nombre: V.B., Masculino, de 33 años, peluquero de nacionalidad italiana y 21 años residente en el país. Cuyo motivo de consulta fue por dolor abdominal y sudoración. Refiere inicio de su enfermedad actual con dolor intenso en epigastrio, de aparición espontánea, irradiado en banda hacia ambos hipocondrios. Concomitantemente sudoración profusa, fiebre de 39 °C. con escalofríos y vómitos. Antecedentes: A los 17

Trabajo realizado en la Catedra-Servicio de Cirugia C-III del Hospital Universitario de Caracas. Universidad Central de Venezuela. * Instructor por Concurso. ** Instructor Interino. Servicio de Cirugia III.

Bol. del Hospital Univ. L. Comencos 45
Vol. 17 Comencos, Junio de 1987 N° 22 Pág. 45-41
262

años fue estudiado por "hepatomegalia" sin conclusiones diagnósticas. Hepatitis Viral (?) tratada ambulatoriamente, dos meses antes de su ingreso. Funcional: Alcohólicos: 2 w. diarios. Tabáquicos: una caja diaria. Dipirona: ingesta de dos tabletas c/6 h. las dos últimas semanas.

Examen Físico: P: 120x' TA: 100/50 mmhg. T: 37.2 °C. Palidez cutáneo mucosa, sudoración. Deshidratación moderada. Examen cardiopulmonar normal. Abdomen: contractura muscular en epigastrio y en ambos hipocondrios, signos de irritación peritoneal. Hígado: borde superior: 6to. eic., borde inferior: difícil precisar. Escasos ruidos hidroaéreos. Examen rectal: normal.

Laboratorio: Hgb: 11.2 mg% Hto: 35% GB: 22.500 seg: 89 eos: 10 mon: 1 VSG: 83.3 mm la primera hora.

Rx. de abdomen: Elevación del hemidiafragma derecho. Calcificaciones en hipocondrio derecho. Resto normal (no se evidencia neumoperitoneo). ID: Abdomen agudo. Ulcus gastroduodenal perforado (Foto No. 1).

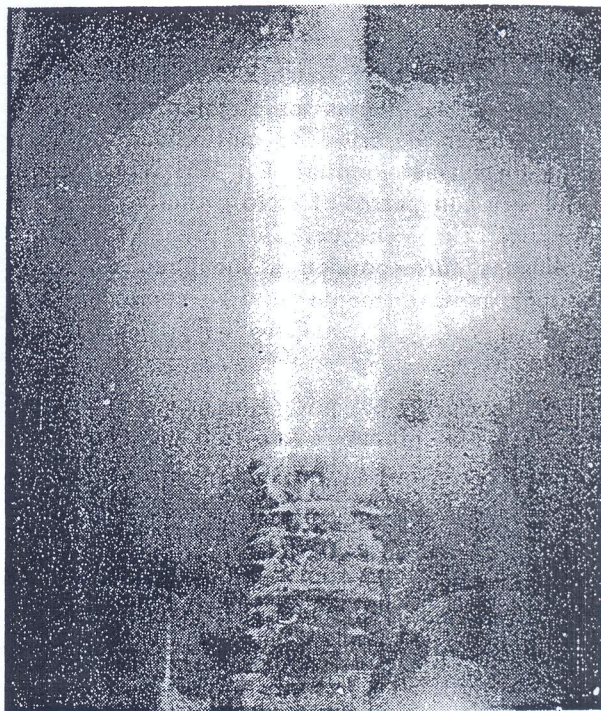
Se practicó laparotomía media supraumbilical. Hallazgos: gran hepatomegalia con zona fluctuante que ocupa la mayor parte del lóbulo derecho. Se aisló del resto de la cavidad y se punzó con extracción de escaso material claro filante. Se practicó cistostomía hepática con drenaje de múltiples vesículas cristalinas de diferentes tamaños (ver foto No.2) y cistectomía total posteriormente. Lavado de la cavidad y drenaje con látex. Evolución: Drenaje serohemático y después francamente biliar. La fistulografía demuestra la fístula bilio-cisto-cutánea (foto No.3). Se inició tratamiento médico con Mebendazol 30 mg x kg. Actualmente se encuentra en buenas condiciones generales asintomático.

CLINICA

Los pacientes con quistes simples no complicados son usualmente asintomáticos. Debemos sospechar hidatidosis ante un tumor hepático palpable o hepatomegalia en un paciente que proviene de una zona endémica. Los quistes son sintomáticos de sus complicaciones. La ruptura y drenaje a vías biliares es la complicación más frecuente y se presenta como un cuadro de ictericia obstructiva(7). Cuando los quistes hepáticos se infectan secundariamente,

producen hepatomegalia dolorosa, fiebre y escalofríos. Entre otros signos están: dificultad respiratoria, tos seca, dolor en ambas bases pulmonares; se puede auscultar sonido de fricción. La ruptura a el tórax se ha visto hasta en un 13% (9,12,13). En el examen del abdomen se puede encontrar el llamado "temblor de Brianco" o sonido de Santorini, producto de la flotación de las vesículas hijas dentro del fluido hidatídico, al ser percutido. Pueden presentarse trastornos digestivos como anorexia, diarrea y vómitos con expulsión de las membranas hidatídicas (hidatidemesis) o por las heces (hidatidenteria) (4,13). La ruptura en la cavidad abdominal produce dolor, shock anafiláctico y la posibilidad de siembras intraperitoneales.

Radiografía simple de abdomen en el momento del ingreso. Observen la elevación del hemidiafragma derecho y las calcificaciones a ese nivel.



Hidatidosis hepático: Souchon y col. 1987

Los quistes hidatídicos extrahepáticos son raros, pero se pueden localizar en diferentes órganos simulando tumores, tuberculosis enf. fibroquística (1,14).

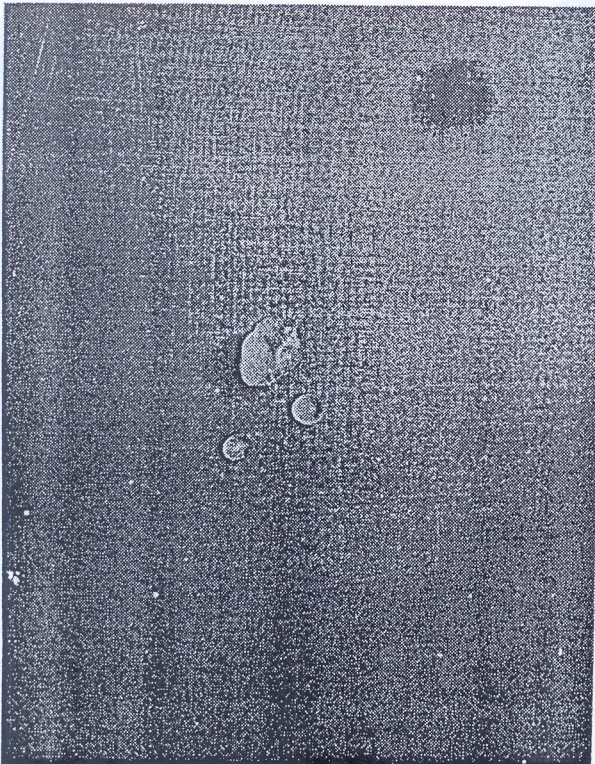
Se aprecian las membranas de los quistes grandes y las hijas (quistes pequeños).



Evidencia del trayecto fistuloso. Fistulografía

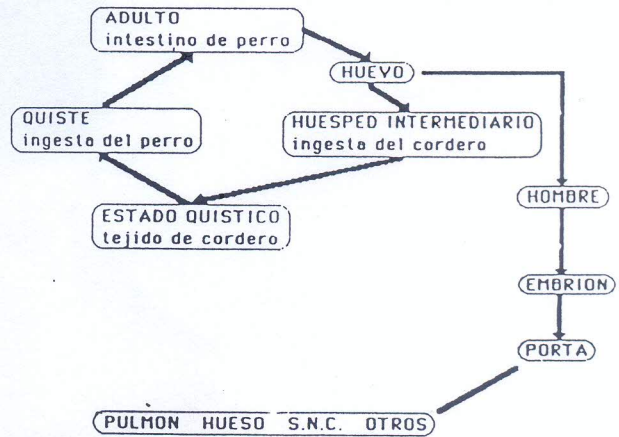


Hidatidosis hepática: Souchon y col.



Hidatidosis hepática: Souchon y col.

CICLO DE VIDA DEL EQUINOCOCO GRANULOSUS



DIAGNOSTICO

- 1.- Clínico: Demostrando los elementos del quiste en las heces, vómitos o por punción.
- 2.- Laboratorio: Eosinofilia: está presente en un 25 a 50 % de los casos (7,12,13). Hiperbilirrubinemia

204

en procesos obstructivos y leucositosis cuando el quiste está infectado secundariamente.

3- Radiología: sombras redondeadas con calcificaciones reticulares, deformidad del borde hepático, elevación del hemidiafragma y reacción pleural (3,9,11). Los quiste infectados pueden presentar niveles hidroaéreos. La arteriografía selectiva demuestra la naturaleza avascular del quiste con bordes periquísticos vasculares. Tomografía axial computada, además de la ayuda diagnóstica, es de utilidad en medir la respuesta terapéutica a las drogas (10,12,15,16).

4- Se llega al diagnóstico al demostrar los elementos del quiste en las heces, vómitos o por punción.

5- Test diagnóstico: Intradermorreacción de Casoni: Se inyectan 0.2 cc de líquido hidatídico estéril intradérmico. Se considera positivo un halo entre 15 y 30 minutos. La prueba puede ser positiva en leishmaniasis y teniasis al igual que en algunos tumores. La reacción cutánea persiste años después de la extirpación de los quistes (1,9,13,17). Test de fijación de complemento es positivo en más del 80 - 93 % de los pacientes con quistes vivos (1,3,18). Existen otros como: Test de fijación de complemento con antígeno del escolex, test de precipitación, test de hemoaglutinación indirecta: tiene una gran especificidad, test de microhemoaglutinación, test de floculación de bentonita, test de aglutinación de látex, test inmunoelectrororético, test de anticuerpos fluorescentes, test de degranulación basofílica humana (11, 12, 15, 19).

TRATAMIENTO

1) Médico: El Mebendazol inicialmente usado en Bélgica con excelentes resultados, ha demostrado tener un efecto letal sobre la membrana germinal de la larva. Se recomienda una dosis de 400 a 600 mg TID entre 21 a 30 días(10).

2) Quirúrgico: El tratamiento quirúrgico del quiste hidatídico depende del tamaño del quiste, localización y de las condiciones generales del paciente. Lo más controversial en el aspecto quirúrgico es el manejo de la cavidad remanente; se han utilizado: cierre primario, cistectomía parcial, cistectomía y drenaje, capitonaje, omentoplastia y mioplastia. Cistectomía parcial o total se recomienda en quistes pequeños, periféricos y

pedunculados. La evacuación del quiste debe hacerse de manera cuidadosa previa ins-tilación de soluciones que destruyen el parásito. Al principio se utilizó formaldehído al 2% por cinco minutos (actualmente abandonado por la alta incidencia de reacciones alérgicas). Otros autores recomiendan solución de cloruro de sodio al 15% o 30%, aplicada durante veinte minutos. Una ingeniosa técnica fue utilizada por Saidi y col.(20) en el cual se coloca un embudo que por congelación se adhiere a las paredes del hígado, alrededor del quiste, posteriormente se abre el quiste e instila una solución de nitrato de plata al 5%. Como complicación importante se encontró el dolor intenso en el postoperatorio, por lo cual se disminuye el interés por esta técnica. El cierre primario fue utilizado inicialmente por Thomson en 1883, practicando excisión del quiste y posteriormente cierre de la cavidad. Sus seguidores refieren que en ausencia de sepsis el postoperatorio es más corto y con pocas complicaciones(2). Una modificación iniciada en Francia fue el capitonaje de las paredes del quiste. Pero la alta incidencia de fístula, colecciones biliares y abscesos hepáticos ocupando la cavidad, han disminuido su uso.

Weirich(16) utilizó la técnica cerrada pero con drenaje evacuador de la cavidad del quiste, lo que permite la utilización de drogas que tengan actividad contra el equinococo y medir el diámetro de la cavidad.

Omentoplastia: Es el método quirúrgico con los mejores resultados(1, 21). Esta consiste en la obliteración de la cavidad residual con el omento mayor después de remover el quiste. Los autores refieren que disminuye el período de hospitalización y morbilidad. Su única dificultad está en los quistes altos posteriores.

Mioplastia es una variante introducida por Noussia y col.(21) para los quistes altos posteriores, utilizando un colgajo del músculo diafragma.

La hepatectomía es aplicable en quistes grandes que ocupan la mayor parte de un lóbulo hepático. Otra de las indicaciones es ante la presencia de la forma alveolar. En nuestro paciente utilizamos la cistectomía con drenaje de la cavidad. Como complicación postoperatoria presentó una fístula biliar, la cual cerró espontáneamente sin complicaciones.

RESUMEN

Se ilustra con un caso de hidatidosis hepática y se hace una revisión exhaustiva de la literatura hasta el momento.

SUMMARY

We illustrate with a case of hepatic hidatidosis a complete revision of the scientific literature available to date.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) COLEMATIS B. Hidatid disease. Sugery Annual, Nyhus editorial advisory Board, 1978. 358-385.
- 2) ROMERO TORREZ R, CAMPTEL J. An interpretative review of the surgical treatment of hydatid disease. Sur. Gyn. Obstet. 1965. 121: 851-861.
- 3) APT. W. and KNIERIM F. An evaluation of diagnostic test for hydatid disease. Am. J. of Trop. Med. Hyg. 1970, vol. 19. Na 6, 943-946.
- 4) FATTOURUSSO-RITTER Vademecum clínico, Editorial Atenco. 1972. 3er. edición, 184-185.
- 5) MUJICA G. La equinocosis en el material autopsico de Valencia, Venezuela. Arch. Venez. Patol. Trop. Paras. Med. 1959, 3: 208-217.
- 6) GRASES P. y SALAZAR N. Hidatidosis alveolar, GEN. 1970, 25: julio- septiembre, 72-78.
- 7) KATTAN Y. Intrabiliary rupture of hydatid cyst of the liver. Ann. Royal col. Sur. Eng. 1977, 59: 108-114.
- 8) MOSSIMAN F. Is alveolar hydatid disease of the liver incurable. Ann. Surg. Vol. 192: 118-123.
- 9) AMIR-JAHED, FARDIN R., FARZAD A. Clinical Equinocosis. An. of Surg. Nov. 1975. Vol. 182, No 5: 541-546.
- 10) BEKHTI A., SCHAPPS J., CAPRON M., DESSAINT J. Treatment of the hepatic hydatid disease with Mcbendazole: preliminary results in four cases. Br. Med. J. 1977, 2: 1047-1051.
- 11) FLEYNADIER et al. Human basophil degranulation test in diagnosis of hydatidosis. Br. Med. J. May 1980, 1251-1252.
- 12) LEWIS J., ROSS N., KERSTEIN M. A review of equinococcal disease. Ann. Surg. 1975, 181: 390-396.
- 13) SCHWARTZ S. Principles of Sugery, Mcgraw-Hill Book company. 3a. Edicion. 1979, 1280-1281.
- 14) CECIL-LOEB. Tratado de Medicina Interna, Editorial Interamericana, 1972, tomo 1: 778-780.
- 15) WALT A. Cyst and benign tumors of the liver. Surg. Clin. of North America. 1977, 57: 453-457.
- 16) WEIRICH W. Hydatid disease of the liver. AM J. Surg. 1979, 805-808.
- 17) SAYEK L, YALIN R., SANAC Y. Surgical treatment of the hydatid disease of the liver. Arch. Surg. 1980, 115: 847- 850.
- 18) CRAIG Y., FAUST. Parasitologia clinica. Editorial Salvat. 1a edicion. 1974, 542-558, 814-816.
- 19) SMITH J. The biology of hydatid organism. 327-347.
- 20) SAIDI F, NAZARIAN I, Surgical treatment of hydatid cyst by freezing of cyst wall and instillation of 0.5 % Silver nitrate solution. The New Eng. J. Med. 1971, 284: 1346-1350.
- 21) MAINGOT R. Abdominal operations. New York, Appleton Century Croft. 7th. Edition 1980, Vol. 1 cap. 85, 1329-1348.