

QUISTE HIDATÍDICO PRIMARIO DE ESTÓMAGO

M.B. Rodríguez-Sanz

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Complejo Asistencial de Ávila. España.

RESUMEN

La hidatidosis es una ciclozoonosis producida por cestodos del género *Echinococcus*, siendo la especie más frecuente la *E. granulosus*. Se trata de una enfermedad de gran interés económico y sanitario y está relacionada con la producción de ganado con infraestructuras sanitarias deficientes.

Existe una gran incidencia en perros, especialmente en los perros vagabundos.

En España en una enfermedad endémica en las comunidades de Aragón, Castilla y León, Castilla La Mancha y Extremadura.

Presentamos un caso clínico de hidatidosis de localización gástrica cuyo diagnóstico inicial presentó dificultad debido al tamaño del mismo.

PALABRAS CLAVE

Quiste Hidatídico. Partes blandas. Músculo. Estómago.

INTRODUCCIÓN

La hidatidosis es una enfermedad parasitaria de distribución mundial producida por helmintos del género *Echinococcus*, cuya especie *E. granulosus* es la que más frecuentemente afecta al ser humano.

Las localizaciones más frecuentes son hígado en el 70-80% y el pulmón en un 10%, otras localizaciones menos frecuentes son el peritoneo en el 2-25% que en su mayoría son secundarios a quistes que se rompen a la cavidad peritoneal^{1,2}, retroperitoneal el 0.3-3%, músculo el 0.5-4%^{3,4}, bazo un 2%, cerebro el 1.5%, páncreas un 0.2-2%⁵, partes blandas el 1-4%⁶; siendo otras localizaciones como hueso, mama, estómago muy infrecuentes⁷.

CASO CLÍNICO

Varón de 81 años con antecedentes de hipertensión arterial, síndrome depresivo y prostatectomía. Acudió a consulta por dolor en epigastrio y en hipocondrio derecho de carácter cólico y predominio postprandial de 1-2 meses de evolución. En la exploración física presenta masa abdominal palpable de 15-20 cm en mesogastrio y epigastrio no doloroso a la palpación y de límites imprecisos.

En las pruebas complementarias la analítica fue normal y serología para hidatidosis positiva. En la ecografía abdominal: colelitiasis, imagen quística que parece depender del segmento II-III del hígado de unos 15 cm y que desciende por cara anterior gástrica (Figura 1).

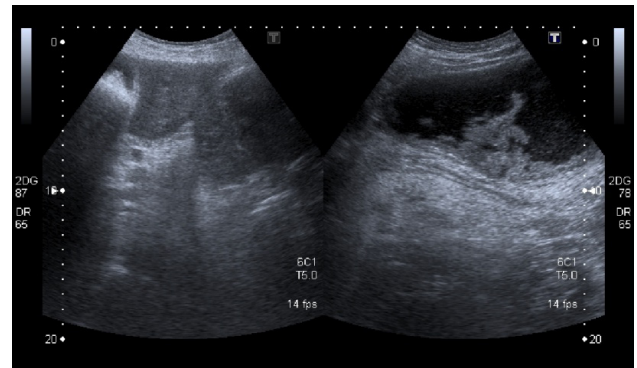


Figura 1: Ecografía: visualización de vesículas hijas.

En TAC abdominal: presencia de quiste de 16x13 cm de diámetro que emerge de la cara anterior del estómago con vesículas hijas, compatible con quiste hidatídico. Colelitiasis (Figuras 2 y 3).

El tratamiento fue inicialmente con Albendazol durante dos semanas y posteriormente tratamiento quirúrgico (Figuras 4 y 5) donde se evidencia un quiste hidatídico de gran tamaño de 15-18 cm parcialmente calcificado que emerge de la pared muscular de la cara anterior del cuerpo gástrico en la curvatura menor.

TRABAJO ENVIADO: 20-diciembre -2015

ACEPTADO PARA SU PUBLICACIÓN: 20-mayo-2016

CORRESPONDENCIA:

M.B. Rodríguez-Sanz

T. 646.874.565

T. 983.243.718

Email: brosanzi@yahoo.es

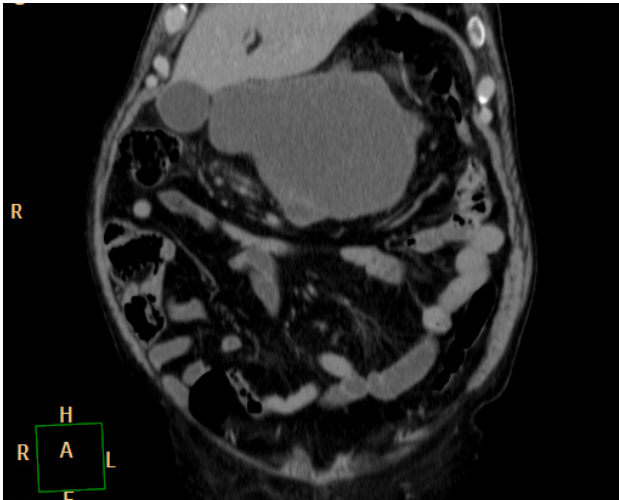


Figura 2: TAC Abdominal: corte sagital.

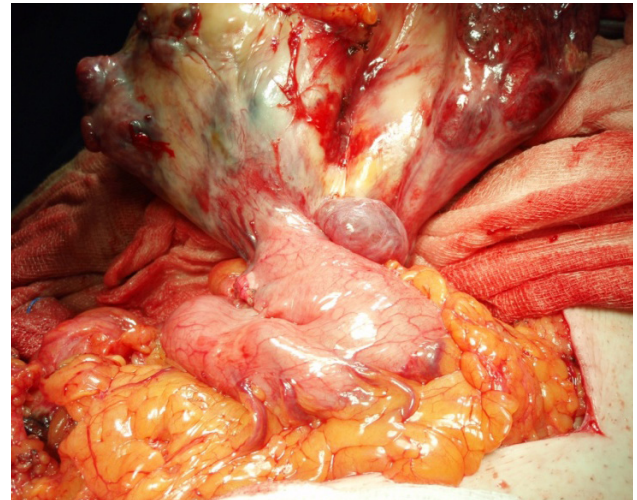


Figura 4: Quiste hidatídico que surge de la cara anterior gástrica.

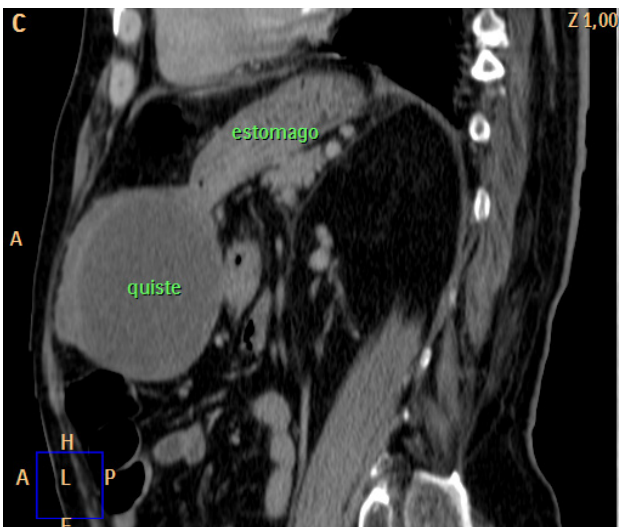


Figura 3: TAC Abdominal: corte axial.

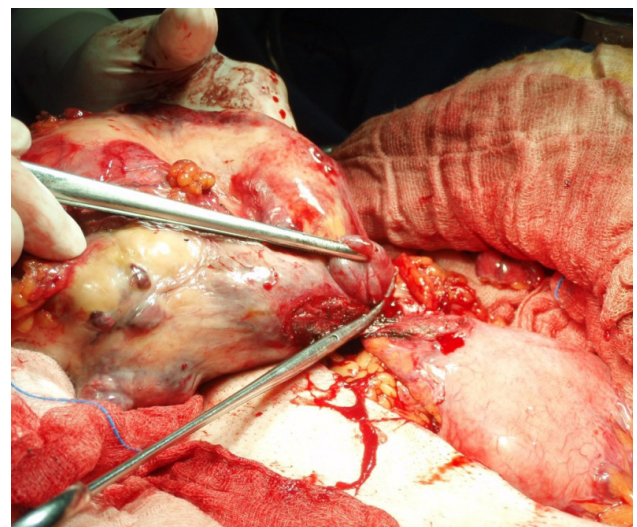


Figura 5: Quistoperiquistectomía total con sección de la capa muscular del estómago.

Durante la intervención se realizó colecistectomía y quistoperiquistectomía total con sutura de la pared gástrica. La evolución del paciente fue favorable siendo dado de alta hospitalaria al séptimo día de la intervención. En el postoperatorio se completó tratamiento con Albendazol durante dos meses.

DISCUSIÓN

Los seres humanos son huéspedes intermediarios, su infección es adquirida y accidental al ingerir alimentos contaminados. La mejora en las condiciones socio-económicas e higiénicas ha conseguido reducir la incidencia de esta enfermedad endémica. La provincia de Ávila sigue teniendo una alta incidencia, mayor que en el resto de la Comunidad de Castilla- León⁸.

Puede afectar cualquier órgano o tejido siendo la hepática y pulmonar las más frecuentes en un 80-90%. La localización gástrica y en músculo liso como el de nuestro caso es extremadamente raro siendo muy pocos los casos descritos en la literatura⁷.

La sintomatología clínica que producen es variada dependiendo de la localización aunque generalmente suelen ser asintomáticos o con síntomas inespecíficos.

El diagnóstico se realiza mediante técnicas de imagen como ecografía, TAC y RMN. La confirmación diagnóstica se efectúa con la serología, actualmente se verifica mediante una combinación de hemaglutinación indirecta (IHA) y detección de anticuerpos indirectos con fluoresceína. La sensibilidad global es del 65-88%. Si la afectación es de localización diferente a hígado



y pulmón se recomiendan técnicas especiales como ELISA, Western Blot o PCR¹⁰.

Entre las complicaciones del quiste hidatídico destaca la rotura del mismo provocando una reacción anafiláctica y la posibilidad de formación de nuevos quistes. Otro riesgo importante es la infección bacteriana secundaria del quiste que puede evolucionar hacia la formación de abscesos por infección de las vesículas hijas. Finalmente los quistes también se pueden calcificar.

El tratamiento de elección para esta enfermedad es la cirugía radical con exéresis total del quiste obteniendo una tasa de curación de hasta el 90%¹¹. Previo a la cirugía se aconseja tratamiento médico con un antihelmíntico como el Mebendazol o el Albendazol, actualmente el más utilizado es el Albendazol durante dos semanas antes de la operación y posterior a la cirugía con varios ciclos para garantizar buenas tasa de curación; algunos autores incluyen el Praziquantel al tratamiento médico¹².

Podemos concluir que los quistes hidatídicos es una patología vigente en la actualidad aunque con una incidencia cada vez menor y de hallazgo incidental. El tratamiento debe ser siempre quirúrgico con cirugía radical, sin embargo esto no siempre es posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez JA et al. Quistes hidatídicos primitivos de localización extrabdominal y extrapulmonar. *Rev Chil Cir* 1999; 51:341-346.
2. Barja E, Valenzuela R, Vergara F, et al. Tratamiento de la hidatidosis abdominal y extra hepática. *Rev Chil Cir* 1991; 43: 12-14
3. Sarisoy HT, Memisaglu K, Tamer GS, Sarlak AY. Primary hydatid disease in adductor muscles, *Clin Invest Med* 2008; 31 (5) E 296-299.
4. Özkoç G, Alpinar S, Hersekli A, Özclay M. Primary hydatid disease of the quadriceps muscle: a rare localization. *Arch Orthop Trauma Surg* 2003; 123: 314-316.
5. Dahuiya MH, Hanna RM, Ashabu S, Ruhaseb SA, Baltagi A, Badr S et al. The imaging appearances of hydatid disease at some unusual sites. *Br J Radiol* 2001; 74:283-289
6. Medina Pérez M, Pareja Megía MJ. Quiste hidatídico de partes blandas. *Rev Esp Patol* 2003; vol 36, n° 1:91-94.
7. Vadala G, Buffone A, Giarlotta R, Vadala V, Patti P, Falanga RA. Case of echinococcal cyst in the round ligament of the liver: preliminary note. *Minerva Med* 1985; 76: 647-649.
8. Kapila K, Verma K. Aspiration cytology diagnosis of echinococcosis. *Diagn Cytopathol* 1990; 6:301-303.
9. Oshan Z, Kara H, Tuzuner T, Sencan I, Alper M. Primary subcutaneous cyst hidatid disease in an unusual localization: a case report, *BMC musculos. Kelet Disord* 2003;4:25
10. Biava MF, Dao A, Fostier B. Laboratory diagnosis of cystic hydatid disease. *World J Surg* 2001; 14
11. Meneses da Silva A. Hydatidic cyst of the liver criteria for the selection of appropriate treatment. *Acta Trop* 2003; 85: 2437
12. Ramia JM, de la Plaza R, Casares M, Veguillas P, Quiñones J, et al. Profile of patients with hepatic hydatid disease not treated surgically. *Rev Esp Enferm Dig* 2011; 103 (9):448-452