

Descripción del caso presentado en el número anterior: Hidatidosis hepática

Liver hydatidosis

Dr. Fernando Gentile^a, Dra. Edith Litvak^a, Dra. Cynthia Gay^a, Dra. Fernanda Mateos^a, Dr. Fabián Salgueiro^b
y Dr. Guillermo Moscatelli^c

Cuadro clínico: Niña de 16 años, sin antecedentes patológicos, que consulta por distensión abdominal con asimetría en hemiabdomen superior. Al examen se palpa masa abdominal. La ecografía abdominal muestra hepatomegalia; en el lóbulo derecho y parcialmente en el izquierdo se observa imagen hipocogénica que mide 20 x 11 x 11 cm de contornos bien definidos (*Figura 1*, flecha 1, en A). En su interior, se visualizan imágenes pequeñas anecoicas y redondeadas (*Figura 1*, flecha 2, en A). La tomografía computada muestra imagen hipodensa en hígado sin visualización de las imágenes pequeñas vistas en la ecografía (*Figura 1*, flecha 3, en B).

Diagnóstico y tratamiento: Se sospecha hidatidosis hepática, que se confirma con pruebas de laboratorio positivas. Se indicó antiparasitario benzimidazólico –albendazol– a dosis de 10-15 mg/kg/día, durante 2 meses.¹ Luego fue intervenida quirúrgicamente con extracción de las vesículas hijas del quiste. Posteriormente, cumplió 6 meses de tratamiento antiparasitario y el quiste residual se redujo notablemente a unos 3 cm de diámetro.

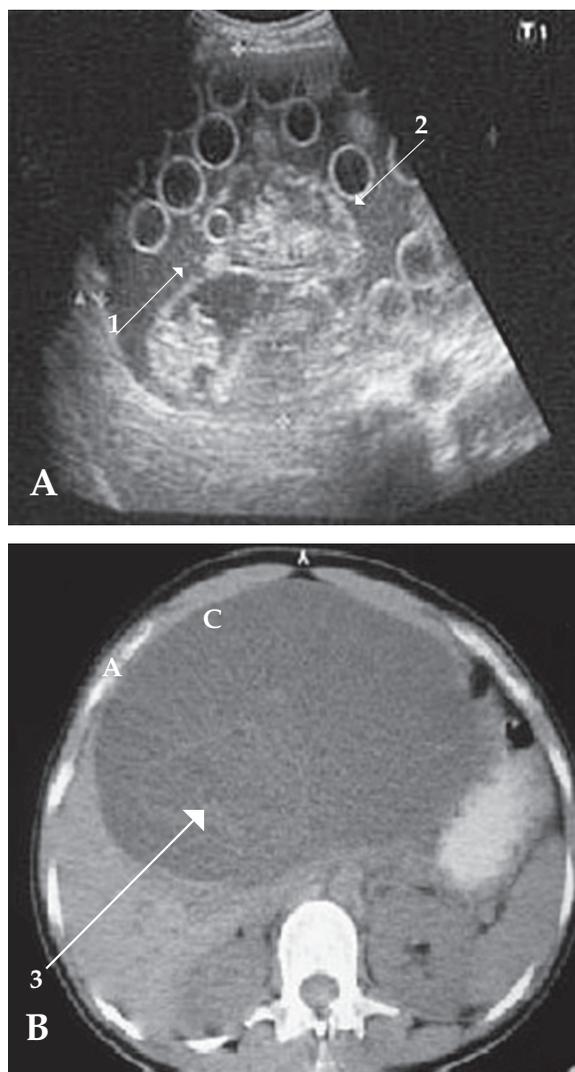
El mejor método diagnóstico es la ultrasonografía, que tiene una sensibilidad del 100% y una especificidad del 96%. Además, es de elección para valorar la respuesta al tratamiento médico y realizar vigilancia epidemiológica. La tomografía computada y la resonancia magnética se utilizan cuando la ecografía no permite definir los quistes, o si se afecta el sistema nervioso central o como orientación prequirúrgica.

En cuanto a la serología, se emplean hemaglutinación indirecta (HAI) y ELISA como prueba de

pesquisa. El arco 5 tradicional está prácticamente abandonado por su complejidad.²

Diagnóstico diferencial: Se realiza fundamentalmente por las imágenes ecográficas, que en las otras patologías enunciadas suelen ser heterogéneas y no ofrecen las características propias del quiste y de sus vesículas. Las metástasis del neu-

FIGURA 1. Aspecto físico del paciente y estudios de imágenes realizadas



a. División Diagnóstico por Imágenes.
b. Departamento de Cirugía.
c. Servicio de Parasitología.
Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez".

Correspondencia: Dr. Fernando Gentile:
fernandogentile@fibertel.com.ar

Recibido: 24-6-10

Aceptado: 9-8-10

roblastoma tienen aspecto sólido y difuso, y los hemangiomas bordes gruesos y con mayor ecogenicidad en la ecografía.

Características de la enfermedad: La hidatidosis o echinococosis quística es una zoonosis parasitaria producida por la larva del *Echinococcus granulosus*, familia *taenidae*. En los seres humanos se manifiesta con la formación de quistes, preferentemente en hígado y pulmón. Es endémica en Argentina, Chile, Uruguay, sur del Brasil, Perú y Bolivia. Puede ser asintomática, incluso de por vida, o producir grados distintos de morbilidad.³

Aspectos parasitológicos: *Echinococcus granulosus* es una tenia que en su estado adulto vive en el intestino delgado de canes domésticos y silvestres; el perro reviste la mayor importancia epidemiológica para el ser humano.

El proglótide, la unidad reproductiva, origina huevos fértiles, que se eliminan con la materia fecal, contaminan el medio ambiente y pueden ser ingeridos por el hombre.

El ciclo silvestre es mantenido por el perro (huésped definitivo), que aloja el estadio adulto del parásito, y animales herbívoros (ovejas, cabras, cerdos y bovinos), que alojan el estadio larval o quístico (huéspedes intermediarios).

El perro parasitado con *Echinococcus granulosus* elimina cada 50 días alrededor de 50 huevos embrionados con la materia fecal, que contaminan el agua, el pasto y pueden quedar adheridos en los pelos del hocico y resto del cuerpo. El huevo ingerido por el huésped intermedio (ganado, hombre), al llegar al intestino delgado libera el embrión, que por vía venosa alcanza los órganos donde se origina el estadio larval, llamado hidá-

tide o quiste. A las 72 h de la ingesta del huevo, la larva alcanza un tamaño de 50 micrones y a los 7 días puede identificarse una formación esférica o quística. El quiste contiene líquido y protoescolides (vesículas hijas), que al ser ingeridas por el perro darán origen a nuevas tenias adultas reiniciándose el ciclo. El adulto o el niño, por distintas situaciones, ingiere los huevos del parásito eliminados en la materia fecal de los perros.

El contenido sólido del quiste recibe el nombre de "arenilla hidatídica", y puede ser observado en la ecografía cuando se moviliza al paciente, generando el signo del nevado.⁴

Las localizaciones más frecuentes de los quistes son hígado (78%) y pulmón (12%). En este crecen más rápido que en hígado y pueden ser asintomáticos o presentar síntomas por compresión de estructuras adyacentes o por su ruptura.

Agradecimiento

Al Sr. Nahuel Sombra por el manejo de las imágenes ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Pickering L, Baker C, Howe L, Miller T. Hydatid disease. Red Book. 27ª ed: American Academy of Pediatrics; 2006. p. 647.
2. Stojkovic M, Zwahlen M, Teggi A, Vutova K, et al. Treatment response of cystic echinococcosis to benzimidazoles: a systematic review. *PLoS Negl Trop Dis* 2009;3(9):e524.
3. Frider B, Larrieu E, Odriozola M. Long-term outcome of asymptomatic liver hydatidosis. *J Hepatol* 1999;30(2):228-31.
4. Moscatelli G, Freilij H, Altchek J. Hidatidosis (*Echinococcosis* quística). En: Voyer L, Ruvinsky R, Cambiano C, editores. *Pediatría*. 3ª ed. Buenos Aires: Editorial Journal; 2008.

Presentación del nuevo caso clínico

En el próximo número se publicará el diagnóstico, manejo y tratamiento de este caso.

Varón de 2 meses, llevado a la consulta por presentar cianosis con el llanto y al defecar. Sin antecedentes perinatales destacables. Al mes de vida le diagnosticaron un "soplo".

Examen clínico: eutrófico con adecuado desarrollo. Frecuencias cardíaca y respiratoria normales. Cianosis central leve (SO_2AA 87%), precordio calmo, pulsos simétricos en los cuatro miembros y de adecuada amplitud. No se palpa hepatomegalia. Auscultación: en foco pulmonar segundo ruido único y reforzado (no se percibe tercer rui-

do) y soplo sistólico eyectivo rudo que irradia a las axilas.

La radiografía de tórax evidencia silueta cardiopulmónica de tamaño conservada, arco medio izquierdo excavado y la punta levantada. Flujo pulmonar algo disminuido (*Figura 1*).

El electrocardiograma muestra ritmo sinusal, el eje del QRS en $+120^\circ$, predominio derecho en precordiales con resalto de S de V1 a V2 y T planas en V1.

FIGURA 1. Radiografía de tórax



¿Cuál es su diagnóstico?

- Transposición simple de grandes vasos.
- Estenosis pulmonar grave.
- Tetralogía de Fallot.
- Atresia pulmonar con CIV (comunicación interventricular).
- Anomalía total del retorno venoso pulmonar.

Para poder votar ingrese a:
<http://www.sap.org.ar/archivos>