

LOCALIZACION POCO FRECUENTE DE HIDATIDOSIS HUMANA

Dr. Juan Jorge Silva (1), Sr. G. Lezaeta V.(2), Sr. L. Rocha(2) y Dra. Cecilia Silva (1).

(1) Departamento de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile y Centro de Epidemiología Clínica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

(2) Internos de Medicina de la Universidad de Chile.

SUMMARY

UNUSUAL SITE OF HUMAN HYDATIDOSIS

A case of a 63 years old woman with splenic hydatidosis without other complications is treated with splenectomy, previous esterilization of the cyst with saline solution (30%)

INTRODUCCION

La hidatidosis humana sigue siendo una zoonosis importante en Chile, tanto por su frecuencia como por su letalidad e incapacidad laboral. (1)

Anualmente se diagnostican alrededor de 800 casos nuevos y alrededor de 60 de ellos fallecen por la enfermedad o por su tratamiento (2). Si bien es cierto la hidatidosis humana presenta la mayor incidencia en las regiones de Maule, Aysén y Magallanes, donde se encuentra la mitad de los casos, esta zoonosis está presente en la mayor parte del territorio nacional (3,4). Estudios de necropsias revelan que la hidatidosis se encuentra en una tasa de 310 x 100.000 habitantes (5).

Como es sabido, las localizaciones más frecuentes de la hidatidosis humana son el hígado, con alrededor de un 58% y el pulmón con un 35%, según diferentes series de pacientes (3). Otras localizaciones representan alrededor de un 7%, siendo las más frecuentes peritoneo, páncreas y bazo (6).

CASO CLINICO

R.C.B.V., 63 años.

Se trata de una paciente del sexo femenino, hipertensa, fumadora de hasta 20 cigarrillos diarios con antecedentes de molestias abdominales inespecíficas (meteorismo, flatulencia, dolor abdominal intermitente y episodios diarreicos aislados desde 3 años previos a su ingreso). Por estas molestias consultó médico en varias oportunidades, practicándose en Noviembre de 1994 una Ecotomografía abdominal que fué informada como normal. Posteriormente en Octubre de 1995 y a raíz de alza tensional se practica nuevo estudio que incluye una nueva Ecotomografía abdominal. En esta oportunidad se revela que el "bazo presenta una gran estructura quística, tabicada de 9.7 cms. de eje mayor. Se logra demostrar parénquima esplénico de características normales". La conclusión fue: compatible con quiste hidatídico esplénico (figura 1).

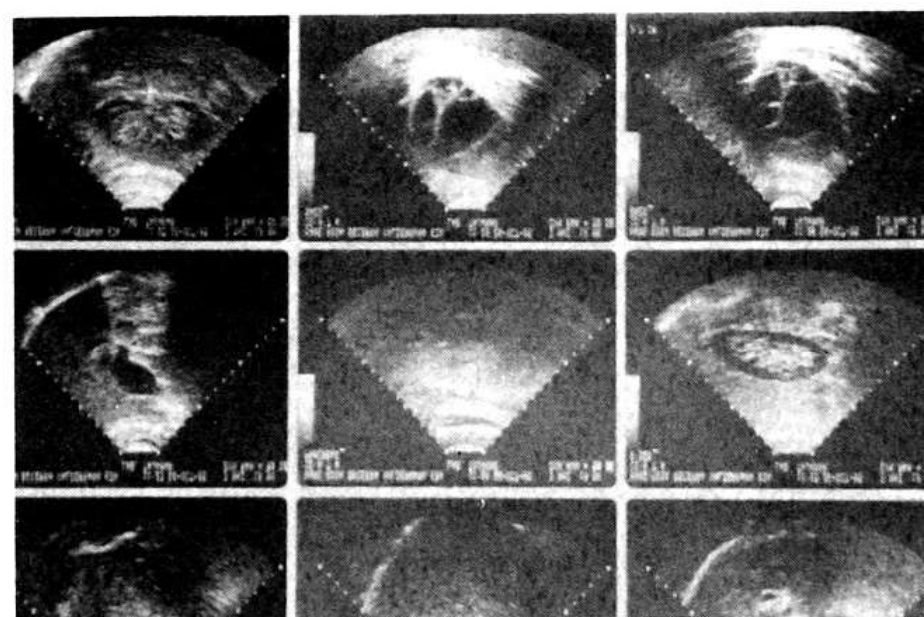


Figura 1. Ecotomografía abdominal.

La radiografía de tórax demostró en esa oportunidad un leve ascenso del diafragma izquierdo (figura 2).

Por estos hallazgos se realiza una T.A.C. de abdomen, 20 días después de la ecotomografía. En ella se evidencia formación cistoídea exofítica esplénica,



Figura 2. Radiografía anteroposterior de tórax de la paciente.



Figura 3. TAC Esplénico de la paciente.

con fina tabicación, la que correlacionada con la ecotomografía tiene el aspecto de corresponder a un quiste hidatídico (figura 3).

Del resto del estudio destacaba una eosinofilia del 5% y una reacción de hemaglutinación para hidatidosis negativa.

De sus antecedentes destaca un accidente automovilístico en febrero de 1994 con resultado de fracturas costales izquierdas, sin estudio imagenológico de abdomen en esa época.

En el examen físico destacaba la palpación de una masa en hipocondrio izquierdo que excursionaba con la respiración hasta 8 cms. bajo el reborde costal, levemente sensible a la palpación y de consistencia dura.

La paciente se ingresa para exploración quirúrgica, la que se realiza el 19/12/95. Se encuentra la masa esplénica descrita en la T.A.C. Se procede a realizar esplenectomía previa esterilización del quiste con cloruro de sodio al 30%, sin incidentes. La paciente evolucionó satisfactoriamente siendo dada de alta al 4° día postoperatorio, sin complicaciones. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de quiste hidatídico esplénico.

Seis meses después de la cirugía, en Mayo de 1996, se controló con una ecotomografía abdominal la que fué informada como sin lesiones.

COMENTARIO

Esta paciente, en una primera instancia, se pensó que pudiera tener una lesión quística del bazo post-traumática, especialmente debido al antecedente de traumatismo tóraco-abdominal izquierdo.

La ecotomografía de noviembre de 1994 no mostraba lesión en el bazo, y la reacción de hemoaglutinación para hidatidosis negativa.

Sin embargo, el estudio ecográfico y tomográfico previos a su cirugía fueron muy sugerentes de la enfermedad hidatídica.

Existen pocas publicaciones acerca de localizaciones poco frecuentes de la hidatidosis humana (7,8,9,10)

y menos aún cuando ésta es única como en el caso descrito. El tratamiento de la hidatidosis esplénica es relativamente simple y definitivo. La esplenectomía es una técnica quirúrgica no completa, aún cuando suele haber adherencias a otros elementos que eventualmente pueden dificultar el procedimiento.

La vía de abordaje que utilizarnos en este caso fue a través de una incisión subcostal izquierda, que brinda una excelente exposición del órgano permitiendo un manejo del bazo con menos riesgos que la incisión media supraumbilical en que es necesario luxar el órgano hacia el centro para una adecuada exposición del pedículo vascular.

Los controles alejados de ésta paciente, usando ecografía fueron satisfactorios.

CONCLUSIONES

En resumen, se trata de un caso de hidatidosis esplénica única tratado mediante esplenectomía, sin complicaciones, que dió una solución definitiva al cuadro.

Siempre es recomendable tratar antes de su extirpación, el quiste hidatídico, con cloruro de sodio al 30% para evitar la siembra peritoneal, en la eventualidad de rotura de éste durante la cirugía.

REFERENCIAS

1. Ramírez T.: Contribución al conocimiento de la epidemiología de la hidatidosis humana en Chile (1969-1979). Rev. Méd. Chile, 1982, 110: 1125.
2. Serra I.: Hidatidosis humana en Chile: un problema de salud pública vigente. Rev. Méd. Chile, 1986, 114:1090.
3. Pinto P.: Epidemiología de la hidatidosis humana en la XIa. región Aysen. Rev. Méd. Chile 1986, 114:367.
4. Serra I., Araya C., Araneda J.: Evolución epidemiológica de la hidatidosis humana en Chile, 1965-1988. Impacto de programas ganaderos en las regiones XI y XII. Rev. Méd. Chile, 1993, 121:343.
5. Schenone H., Rojas A., Ramírez R.: Frecuencia de hidatidosis en autopsias efectuadas en el Instituto Médico Legal y 8 hospitales de Santiago, Chile. (1947-1970) Bol. Chile. Parasit. 1971, 26:98.
6. Pinto P., Torres F., Medeiros L., Arriagada R.: Localizaciones poco frecuentes de la hidatidosis. Rev. Chil. Cir., 1986, 38:56.
7. Gutiérrez R., Inostroza J., Oberg A. y otros: Hidatidosis en la IX región de Chile. Un problema y desafío regional. Rev. Méd. Chile 1992, 120:311.
8. Barja E., Valenzuela R., Vergara F., y otros: Tratamiento de la hidatidosis abdominal extrahepática. Rev. Chil. Cir. 43::12, 1991. (9. Reyes H.: Hidatidosis peritoneal secundaria. Rev. Méd Chile, 1975, 103:195.
10. Pérez J., Valencia V., Kinast C., Iribarren O.: Hidatidosis cervicofacial. Rev. Chil. Cir., 1986, 38:139.