

ORIGINALES

Hidatidosis, ¿enfermedad benigna?*

A.M.^a Grande Tejada¹, M. Oliva Gragera¹, S. Sanjuán Rodríguez², J.I. Santamaría Ossorio²¹Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno Infantil. Badajoz²Departamento de Pediatría. Hospital Materno Infantil. Badajoz

INTRODUCCIÓN

Desde 1978 hasta 2005 se han intervenido en nuestro hospital 347 pacientes de hidatidosis en sus diferentes modalidades, con edades comprendidas entre 2 y 14 años. De entre ellos, destacan dos casos de hidatidosis generalizada, que se salen de la norma en la edad pediátrica, en los que posteriormente nos vamos a centrar (**Tabla I**).

CASO N.º 1

El caso n.º 1 corresponde a un niño que fue diagnosticado a los 4 años de edad, y que en un periodo de 18 años ha sido intervenido quirúrgicamente en 11 ocasiones, algunas de las cuales ha supuesto para él un compromiso vital.

A los 4 años (1978) se realiza herniotomía inguinal izquierda, encontrándose en el saco herniario hidátides hijas; por lo que se decide realizar una gammagrafía hepática en la que aparece una lesión ocupante de espacio, la cual pensamos que es el origen de la siembra. Se procede a laparotomía transversa en la que se encuentran múltiples quistes en epiplon, hígado y bazo. Se lleva a cabo una esplenectomía + extirpación de múltiples quistes en epiplon (**Figura 1**) y quistectomía hepática primitiva.

A los 8 años (1982) se observa en una RX de tórax de control (**Figura 2**) un crecimiento de la cúpula diafragmática derecha con riesgo de apertura a cavidad pleural, por lo que se realiza una toracofrenotomía derecha extirpando múltiples vesículas hijas de un quiste multivesicular.

A los 10 años (1984) presenta un episodio de ictericia obstructiva, por lo que se realiza laparotomía subcos-

tal derecha, observándose un gran quiste infrahepático y adyacente al colédoco, comprimiéndolo y dando origen a la clínica, por lo que se decide su extirpación.

A los 15 años (1989), presenta en el intervalo de tres meses tres episodios de ictericia obstructiva intermitente. Los dos primeros episodios son interpretados como afectación hepática, pero el tercero se acompaña de dolores tipo cólico, observándose en la ecografía (que en aquellas fechas supuso un gran avance) un colédoco muy dilatado y ocupado por vesículas hijas, procedentes de un quiste hepático en comunicación con vías biliares (**Figura 3**).

Se realiza papilotomía endoscópica consiguiendo la evacuación-expulsión de las vesículas hijas del colédoco y la remisión de la ictericia (**Figura 4**).

A los 16 años (1990) se detecta un crecimiento paracardíaco en una RX de tórax de control, visualizándose en la ecocardiografía de 4 cámaras (**Figura 5**), unas formaciones quísticas que inducen a pensar en la posibilidad de un quiste intracardíaco. Se completa el estudio mediante TAC y RMN (**Figuras 6 y 7**), que confirman esta sospecha. El niño es derivado a un servicio de cirugía cardíaca y es intervenido (toracotomía con extirpación de quistes paracardíacos). Se trata de quistes extracardíacos que comprimen la aurícula derecha hasta reducir su cavidad a 1 cm con una pared muscular adelgazada a un grosor de 2 mm según informe operatorio.

Posteriormente, es intervenido en años sucesivos de sendos quistes hidatídicos en ambos pulmones:

- 19 años (1993): toracotomía derecha: quistectomía LID.
- 20 años (1994): toracotomía izquierda: quistectomía LSI.

A los 22 años (1996) y tras una infección de orina se detecta una ureterohidronefrosis bilateral produ-

* Texto presentado como comunicación oral en la XCII Reunión Científica de la Sociedad de Pediatría de Andalucía Occidental y Extremadura.

Tabla I

Hidatidosis hepática	197 (256 quistes)
Hidatidosis pulmonar	129 (145 quistes)
Abdomen agudo	6
<i>Hidatidosis generalizada</i>	2
Localizaciones atípicas	13
• TCS	3
• Mediastino	1
• Bazo	2
• Páncreas	1
• Riñón	3
• Suprarrenales	1
• Apéndice	1
• Pared costal	1

cida por la compresión sobre los uréteres de un gran quiste en fondo de saco de Douglas, extirpándose éste mediante laparotomía media. Veinticuatro horas tras la intervención, requiere una laparotomía urgente, por gran hemoperitoneo y *shock* hipovolémico. Se consigue la hemostasia por compresión del lecho cruento retroperitoneal.

Actualmente, este paciente tiene 32 años de edad, presenta una buena calidad de vida, ejerce una actividad física normal, está casado y únicamente presenta una azoospermia, que probablemente tenga relación con su enfermedad. En los controles ecográficos realizados periódicamente aún persisten imágenes quísticas (muchas de ellas calcificadas), por lo que dado el historial se mantiene una actitud expectante. La serología continúa siendo muy positiva.

CASO N.º 2

Corresponde a un paciente hombre de 12 años (2005), que se autopalpa una masa en epigastrio. En la ecografía y TAC (**Figura 8**) se confirman hallazgos multiquísticos en hígado y cavidad abdominal.

Se realiza laparotomía subcostal bilateral y Pfannenstiel, extirpándose 12 quistes hepáticos (el mayor, en comunicación con vías biliares), siendo el lóbulo izquierdo del hígado el más afectado, y 8 quistes libres en cavidad abdominal (**Figura 9**).

Dado que la experiencia en enfermedad hidatídica diseminada se limita a dos casos, no nos parece adecuado establecer conclusiones, sino más conve-



Figura 1. Siembra en epiplon.

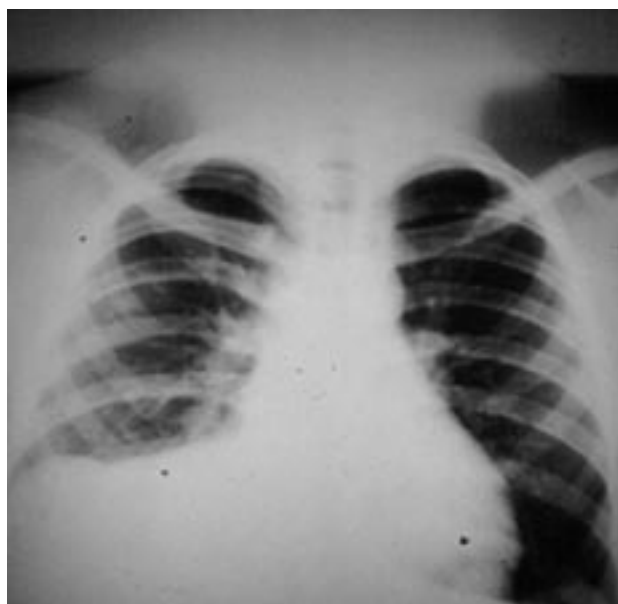


Figura 2. Rx tórax: crecimiento de cúpula diafragmática derecha.

niente establecer algunos aspectos comunes de la enfermedad a discusión.

DISCUSIÓN

En el caso n.º 1 podemos hablar sin duda alguna de enfermedad hidatídica, a diferencia del caso n.º 2, en el que del momento sólo podemos ha-

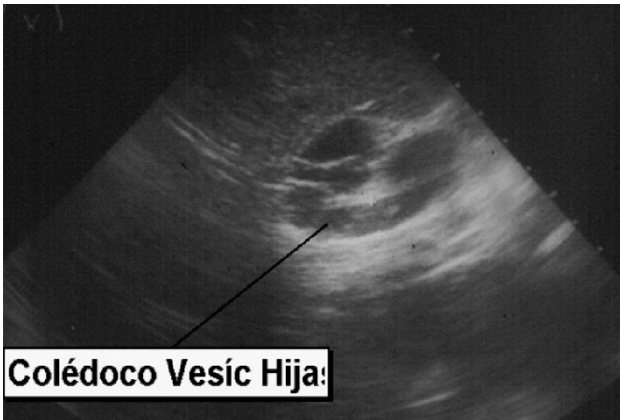


Figura 3. Colédoco dilatado y ocupado por vesículas.

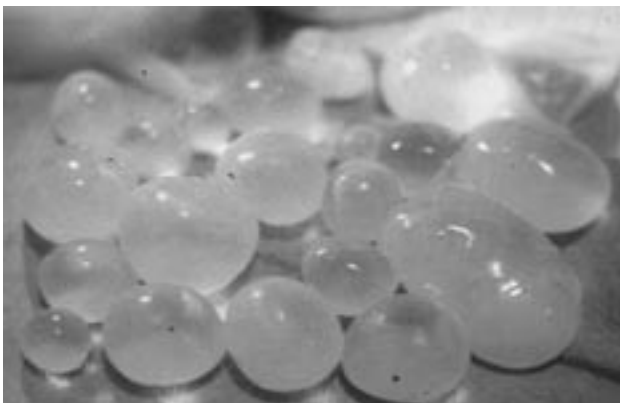


Figura 4. Vesículas hijas.

blar de hidatidosis peritoneal diseminada, ya que no hemos encontrado ningún quiste a nivel extra-abdominal.

Hoy día el diagnóstico por imagen es una herramienta fundamental en el diagnóstico precoz y seguimiento de estos pacientes.

El uso de nuevas tecnologías quirúrgicas y cuidados de enfermería mejoran la calidad de vida y la supervivencia de estos pacientes.

En ambos pacientes junto a la cirugía se ha realizado tratamiento médico que, aunque no se conoce realmente su eficacia, en nuestro hospital se utiliza en todos los pacientes con esta patología.

Tanto en el caso n.º 1 como en el 2, el futuro es incierto, en el primer caso dada la tórpida evolución que ha presentado en los años anteriores, y en el segundo por su forma de debut. Por ello es importante llevar a cabo un seguimiento periódico, para detectar precozmente la posible progresión de la enfermedad.



Figura 5. Ecocardiografía.

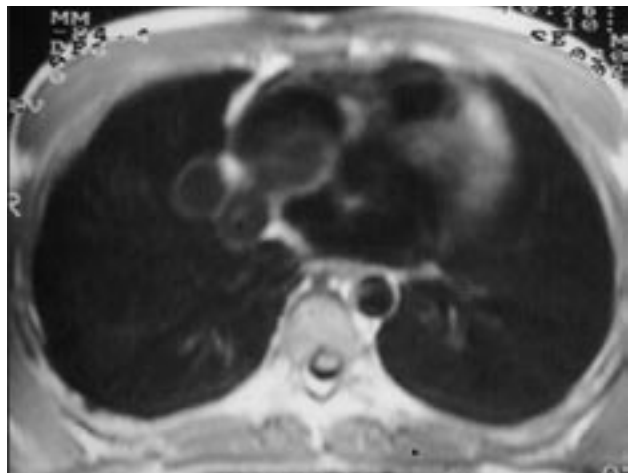


Figura 6. TAC torácico.

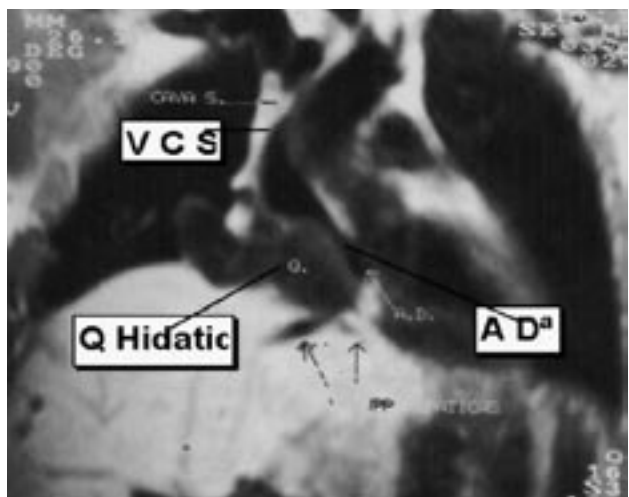


Figura 7. RMN cardiaca.

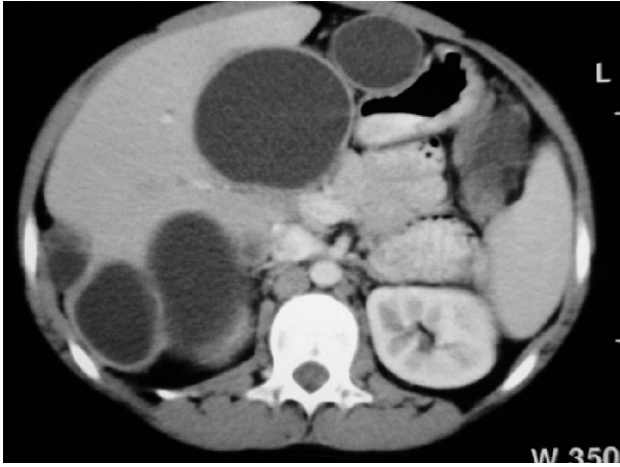


Figura 8. TAC abdominal.



Figura 9. Quistes intraabdominales.

Ante estos pacientes nos planteamos si se puede hablar de enfermedad benigna en la hidatidosis, ya que es un proceso que en ocasiones requiere múltiples intervenciones, algunas de las cuales pueden comprometer la vida del paciente; como ha ocurrido en el primero de nuestros casos expuestos.

Aunque es una enfermedad en regresión, como hemos comprobado en nuestro medio, debido al desarrollo de unas mejores condiciones higiénico-sanitarias, sigue siendo relevante dada la complejidad y gravedad de algunos de sus casos, como estos dos que mostramos.

BIBLIOGRAFÍA

Arikan A, Sayan A, EriKci VS. Hydatid cyst of the páncreas: a case report with 5 years' follow-up. *Pediatr Surg Int* 1999; 15: 579-81.

Erdener A, Sahin AH, Özcan C. Primary pancreatic hydatid disease in a child: case report and review of the literature. *J Pediatr Surg* 1999; 34: 491-2.

Karnak I, Ciftci AO, Cahit Tanyel F. Hydatid cyst: an unusual etiology for a cyst lesion of the posterior mediastinum. *J Pediatr Surg* 1998; 33: 759-60.

Lucandri G, D'Elia G, Chiavellati L, et al. Localizzazioni non usuali della cisti da echinococco: aspetti clinici e terapeutici. *Giorn Chir* 1994; 15: 529-37.

Nabi G, Sultan M, Zargar SA, et al. Case report: percutaneous drainage of the pancreatic head hydatid cyst with obstructive jaundice. *J Gastroenterol Hepatol* 1999; 14: 931-4.

Pedrero Campos C, et al. Quiste hidatídico en mediastino. *Cir Pediatr* 2001; 14: 127-8.

Sanjuán Rodríguez S, et al. Abdomen agudo secundario a quiste hidatídico pancreático. *Cir Pediatr* 2005; 18: 36-8.