

Cartas al Director

Shock anafiláctico en paciente con quiste hidatídico

Palabras clave: Quiste hidatídico. Shock anafiláctico. *Echinococcus granulosus*. Quiste hepático.

Key words: Hydatidic cyst. Anaphylactic shock. *Echinococcus granulosus*. Liver cyst.

Sr. Director:

La hidatidosis es una infección parasitaria producida por la larva del *Echinococcus granulosus*, cuya prevalencia oscila entre 1 y 220 por 100.000 habitantes dependiendo de la región. España siendo una zona endémica presenta una incidencia de 5 a 9 casos por cada 100.000 (1). Generalmente suelen permanecer asintomáticos hasta que por el tamaño comienzan a tener clínica. Su presentación como shock anafiláctico es infrecuente oscilando entre el 1 y el 7,5% (2) de los casos y se debe a la rotura del quiste espontánea o traumática con la consiguiente liberación de material hidatídico. Presentamos un caso de reacción anafiláctica producida por un quiste hepático en contacto con la vena cava.

Caso clínico

Mujer de 59 años sin antecedentes de interés que ingresó por dolor en epigastrio-hipocondrio derecho irradiado a la escápula junto con ictericia e intolerancia alimenticia de 5 días de evolución. A la exploración estaba con una frecuencia cardiaca de 80 lpm, afebril (36,3°), con ictericia de piel y mucosas y a la palpación el abdomen era blando, depresible y no doloroso. La analítica de urgencias mostró una bilirrubina total de 11,63 a expensas sobre todo de la directa (7,12), amilasa de 135, GPT 221, LDH

557, leucocitosis de 14.400 y eosinofilia de 5.480 (valor normal: 0-0,8). Se realizó la ecografía abdominal que evidenció en el lóbulo hepático derecho una lesión quística bien delimitada de 6,9 x 6 cm compatible con quiste hidatídico, junto a múltiples litiasis biliares. Vesícula, cuerpo de páncreas, riñones, bazo y vejiga normales. No líquido libre peritoneal. Ante los hallazgos la paciente comenzó en tratamiento con albendazol. Tras un día de ingreso la paciente presentó un episodio de shock anafiláctico con disnea y desaturación (pO₂ 50 mmHg, SatO₂ 86,9), fiebre (38°), sibilancias bilaterales, lesiones cutáneas eritematosas y eosinofilia. La TC abdominal de urgencias no evidenció datos nuevos respecto a la ecografía y tras administrarle 80 mg i.v. de urbasón y 1 ampolla i.v. de Polaramine®, fue intervenida de urgencias por anafilaxia con los siguientes hallazgos: quiste hidatídico parcialmente calcificado en segmento V-VII y VIII, íntimamente adherido a diafragma. La ecografía intraoperatoria mostró un quiste en contacto con vena cava inferior y vena suprahepática derecha (Fig. 1). Se le realizó punción, aspiración y esterilización con salino hipertónico además de colecistectomía y coledocotomía. Tras mejoría clínica y analítica a los 15 días la paciente fue dada de alta en tratamiento con albendazol.

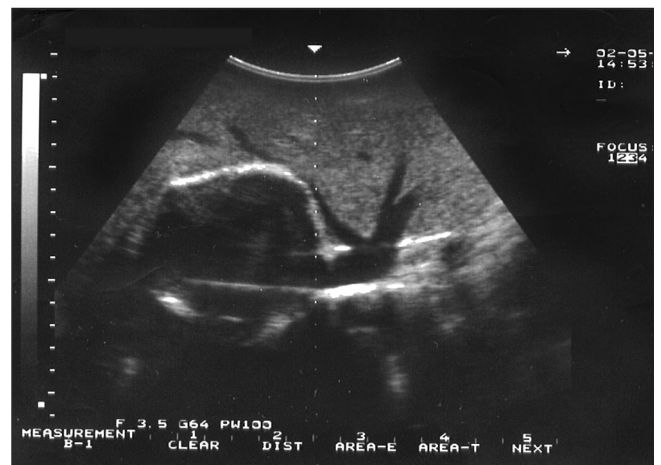


Fig. 1.

Comentario

La equinococosis es una infección del ser humano causada por las larvas de *Echinococcus granulosus*, que prevalece en áreas donde el ganado se cría junto a los perros. La infección ocurre cuando el ser humano ingiere los vegetales contaminados por heces que contienen huevos de esta larva. Los embriones salen de los huevos ingeridos, atraviesan la mucosa intestinal y a través de la circulación portal son transportados casi siempre al hígado (70%) y los pulmones (20%). Las larvas se desarrollan formando quistes hidatídicos uniloculares llenos de líquido, constituidos de una membrana externa y una capa germinativa interna. Los quistes hijos se forman a partir de la superficie interna de la capa germinativa, los cuales pueden expandirse a lo largo de los años.

En cuanto a la clínica, dado el crecimiento lento de los quistes, suelen permanecer asintomáticos hasta que su tamaño o el efecto ocupante de espacio origine los síntomas correspondientes al órgano afecto. Generalmente, cuando afecta al hígado, el cuadro comienza con febrícula, dolor abdominal, hepatomegalia (habitualmente por afectación del lóbulo hepático derecho) y eosinofilia. El crecimiento masivo del quiste puede provocar su rotura a la cavidad más cercana desencadenando distintos cuadros. En el caso de que se rompa al árbol biliar puede simular una colangitis, colelitiasis recidivante y/o ictericia por obstrucción biliar. Si la ruptura se da al árbol bronquial, el paciente podrá presentar tos, dolor torácico, hemoptisis e incluso una vómica. Ocasionalmente la fuga del quiste hidatídico con material antigénico puede producir una reacción anafiláctica con fiebre, purito, urticaria y eosinofilia. La ruptura de un quiste hidatídico puede dar lugar a la diseminación multifocal dando lugar a más quistes.

Se establece la sospecha diagnóstica de hidatidosis ante un paciente con antecedentes de exposición que presenta hepatomegalia y masa abdominal, sin embargo el diagnóstico nos lo darán los estudios radiológicos y la serología. Los parámetros analíticos pueden estar alterados aunque no son específicos; la eosinofilia que aparece cuando hay salida del antígeno sólo estará presente en menos del 15% de los casos. La radiografía simple detectará sólo los quistes calcificados, por lo que no es técnica de elección. La RM, la TC y la ecografía revelarán el quiste y sus características. La ecografía es la técnica más utilizada por ser la más fácil y más barata de realizar con una sensibilidad del 90-95% (3). Sin embargo la TC con una sensibilidad del 95-100% (3) nos dará el número, el tamaño y localización del quiste, incluso detectará quistes extrahepáticos con mayor precisión que la ecografía. Entre los hallazgos más específicos se encuentran la presencia de quistes hijos dentro del quiste mayor y calcificación mural. Se considera mejor que la ecografía para detectar complicaciones como infecciones y rotura intrabiliar. La RM no presenta mayor ventaja respecto a la TC tanto para el quiste hepático como pulmonar, excepto para detectar cambios del sistema venoso intra y extrahepático (4). Sin embargo no parece justificado su uso tras un análisis de coste-

efectividad. Los análisis serológicos pueden ser útiles, aunque un resultado negativo no excluye el diagnóstico de equinococosis ya que el test más sensible (detección de IgG mediante ELISA) tiene una sensibilidad próxima a 90%; sin embargo la especificidad de los tests oscila entre 98-100% (5).

El diagnóstico específico se podría realizar mediante el examen de los líquidos aspirados en busca de ganchos de escólices; sin embargo, la aspiración diagnóstica no se recomienda como método convencional dado el riesgo de extravasación de líquido y la consiguiente diseminación de la infección o la aparición de reacciones anafilácticas.

El tratamiento definitivo de elección es la intervención quirúrgica, con extirpación del quiste e instilación de soluciones esclerizantes tales como solución salina hipertónica o etanol. Además se recomienda tratamiento coadyuvante con albendazol, 10 mg/kg/día, comenzando al menos 4 días antes de la extirpación y manteniéndose durante más de 4 semanas. En ocasiones, en recurrencias tras operación, en pacientes inoperables o en los que se niegan a una intervención, puede optarse por la aspiración percutánea, la infusión de agentes esclerizantes y reaspiración (PAIR) mediante control ecográfico. Estudios recientes han demostrado que esta técnica consigue tasas de curación y de recidivas equivalentes a las logradas con cirugía, pero con menor morbilidad perioperatoria y una hospitalización más corta (6). Sin embargo son necesarios más estudios para especificar las indicaciones de esta técnica.

L. Zubiaurre, I. Oyarzabal y A. Beguiristain

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Donostia. San Sebastian. Guipúzcoa

Bibliografía

1. Conthe P, Arnalich F, Muñoz Sánchez JA, Segura JM, Gil A, Barbado FS. La hidatidosis en una hospital general II. Estudio clínico de 230 casos de hidatidosis hepática. *Med Clin (Barc)* 1983; 80: 879-83.
2. Ruz Rebollo ML, Delgado Fontaneda E, Gutiérrez Macías A, Suárez Regueiro MJ. Shock anafiláctico como primera manifestación de enfermedad hidatídica hepática. *Rev Esp Enferm Dig* 1991; 98: 70-1.
3. Dhar P, Chaudhary A, Desai R, et al. Current trends in the diagnosis and management of cyst hydatid disease of liver. *J Commun Dis* 1996; 28: 221.
4. Marani SA, Canossi GC, Nicoli FA, et al. Hydatid disease: MR imaging study. *Radiology* 1990; 40: 510.
5. Zarzosa MP, Orduna Domingo A, Gutiérrez P, et al. Evaluation of six serological tests in the diagnosis and postoperative control of pulmonary hydatid disease patients. *Diagn Microbiol Infect Dis* 1999; 35: 225.
6. Ödev K, Paksoy Y, Arslan A. Sonographically guided percutaneous treatment of hepatic hydatid cyst: long-term results. *J Clin Ultrasound*. 2000; 28 (9): 469-78.