

Nota Clínica

Abdomen agudo por rotura traumática de quiste hidatídico

M. J. del Puerto Gala, E. Santana Cornejo

SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL COMARCAL DE ZAFRA (BADAJOZ).

RESUMEN

La hidatidosis es una zoonosis frecuente en España; sin embargo, suele permanecer asintomática hasta que su tamaño o el efecto ocupante de espacio determinan síntomas. En muchas ocasiones, el quiste hidatídico aparece de manera casual en estudios radiológicos o ecográficos realizados por otros motivos. El quiste puede romperse bien de forma espontánea o traumática, y provocar cuadros de dolor e incluso shock anafiláctico. Presentamos un caso de abdomen agudo, secundario a rotura traumática de quiste hidatídico localizado en hígado, en joven varón de 16 años de edad, que sufre contusión abdominal leve, por lo que consulta en nuestro servicio de urgencias. En conclusión, entre las causas poco frecuentes de abdomen agudo tras contusión abdominal se deben incluir la rotura traumática de un quiste hidatídico, dada la alta frecuencia de parasitación en nuestro medio. El diagnóstico clínico requiere la combinación de información clínica y métodos de imagen y destacar entre ellos la ecografía abdominal.

Palabras clave: Quiste hidatídico. Contusión abdominal. Rotura traumática. Ecografía.

ABSTRACT

Acute abdomen due to traumatic rupture of hydatid cyst

The hidatidosis is a frequent disease in Spain; nevertheless, usually she remains asymptomatic until their size or the effect space occupant determines symptoms. In many occasions, the hydatid cyst appears of accidental way in radiological or ultrasonography studies made by other reasons. The cyst can be broken or of spontaneous or traumatic form, causing pain pictures and even anaphylactic shock. We presented a case of acute secondary abdomen to traumatic breakage of hydatid cyst, in young man of 16 years of age, that undergoes slight abdominal contusion, reason why consults in our service of urgencies. In conclusion, between the little frequent causes of acute abdomen after abdominal contusion they are due to include the traumatic breakage of a hydatid cyst, given the high frequency of parasitizing in our means. The clinical diagnosis requires the combination of clinical information and methods of image emphasizing among them the abdominal ultrasonography.

Key Words: Hydatid cyst. Abdominal contusion. Traumatic rupture. Abdominal ultrasonography.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad hidatídica es una infección parasitaria producida por la larva del *Echinococcus granulosus*. Su distribución mundial es amplia, y es endémica en España, donde la incidencia es de 5 a 9 casos por cada 100.000 habitantes. El perro es el huésped definitivo del parásito, eliminando por las heces sus huevos que el hombre accidentalmente puede ingerir a través de alimentos contaminados¹⁻³. No existen síntomas específicos, los primeros años de desarrollo del quiste puede estar incluso

totalmente asintomático. La clínica más frecuente es la determinada por las complicaciones evolutivas del quiste. La infección secundaria puede dar lugar a fiebre alta con importante afectación general, incluso *shock* séptico. El quiste puede romperse bien de forma espontánea o traumática, dando lugar a graves crisis de dolor y fenómenos de anafilaxia con urticaria e incluso *shock*^{4,5}. Presentamos un caso de quiste hidatídico desconocido hasta su rotura a partir de una contusión abdominal por una caída fortuita, y que provocó al paciente una situación crítica que requirió una actuación diagnóstica y terapéutica inmediata.

Correspondencia: Manuel Juan del Puerto Gala
C/ Divino Morales, 107.
06920 Azuaga (Badajoz)
E-mail: manudelpuerto@wanadoo.es

Fecha de recepción: 6-3-2006
Fecha de aceptación: 10-1-2007



CASO CLÍNICO

Varón de 16 años de edad, sin antecedentes de interés que sufre caída fortuita y se golpea el hipocondrio derecho con un palo clavado en el suelo. A la hora aproximadamente del traumatismo comienza con exantema generalizado pruriginoso y a las ocho horas con fiebre de hasta 38° acompañado de dolor abdominal que había ido en aumento, por lo que acude al servicio de urgencias.

Se le realizan hemograma y bioquímica donde destaca leucocitosis de 14.000/mm³, con 91% de neutrófilos y una PCR de 12. Ante la sospecha de abdomen quirúrgico se realiza ecografía abdominal (Figura 1) y posteriormente TC abdominal (Figura 2) donde se aprecia imagen indicativa de quiste hidatídico estadio II de Garbi, unilocular de 5 x 5 cm en el segmento IV, con líquido libre perivesicular, periesplénico, espacio de Morrison y más abundante en pelvis, todo ello indicativo de quiste hidatídico roto tras traumatismo.

Se procede a laparotomía, con lavado y drenaje abdominal y resección de la cúpula prominente del quiste hidatídico hepático, y el paciente evoluciona de forma favorable, desaparece la fiebre y la urticaria. Posteriormente se inicia tratamiento antiparasitario con albendazol 400 mg cada 12 horas en dos ciclos de 28 días con dos semanas de descanso en medio y con analítica general de control.

DISCUSIÓN

La hidatidosis es una enfermedad endémica en la región mediterránea. La infestación del hombre, huésped intermedio, se produce por la ingestión accidental de huevos del parásito eliminados por el perro, huésped definitivo. Tras ella, los huevos liberan en el duodeno embriones que lo atraviesan, llegando al hígado, a través de la vena porta donde quedan atrapados la mayoría de ellos. La localización más frecuente de los quistes hidatídicos es el hígado y los pulmones, pero se han descrito también en bazo, cerebro, riñones, ojos y huesos.

El crecimiento lento de los quistes hidatídicos, hace que sean asintomáticos durante muchos años hasta que provocan síntomas, por su efecto masa con estructuras adyacentes. La liberación por rotura, de líquido de los quistes hidatídicos se produce generalmente por traumatismos o manipulación quirúrgica⁶. Tras la rotura de un quiste se produce un aumento de eosinófilos en sangre y prurito, urticaria, angioedema e incluso anafilaxia^{7,8}, que puede ser mortal cuando dicha rotura es de tipo directo. A veces se añade fiebre y clínica abdominal aguda. El derrame del contenido del quiste favorece la diseminación de nuevos escólex y la posibilidad de generar quis-



Figura 1. Imagen del quiste hidatídico. Signo ecográfico del nenúfar.

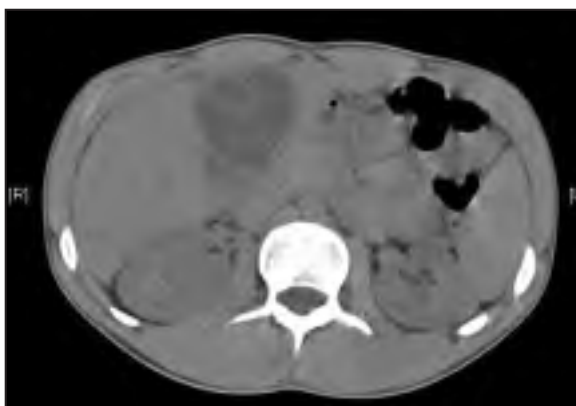


Figura 2. Quiste hidatídico en estadio II de la clasificación de Garbi, complicado por rotura y secundaria a un traumatismo previo.

tes en otros órganos sin la necesidad de pasar por el huésped definitivo para completar el ciclo.

El *shock* anafiláctico debe sospecharse ante un paciente que provenga de áreas endémicas y que presente exantema cutáneo, urticaria, hemoconcentración y acidosis, los dos primeros signos son característicos del *shock* anafiláctico por rotura de quiste hidatídico. En el tratamiento es fundamental restaurar el volumen circulante, inicialmente con cristaloides y/o coloides. Si esto no fuera suficiente deben emplearse vasopresores, y la adrenalina es el fármaco de elección. El empleo de antagonistas H₁ y H₂ de la histamina parece controvertido, y los corticoides pueden ser efectivos para prevenir la anafilaxia prolongada.

En muchas ocasiones, el quiste hidatídico aparece de manera casual en estudios radiológicos realizados por otros motivos. En pulmón, en la radiografía simple se visualiza como una sombra redondeada de densidad agua, de límites bien de-

finidos. En hígado, bien puede verse una imagen redondeada de densidad calcio si el quiste está total o parcialmente calcificado, o puede existir una elevación del diafragma derecho. La ecografía (que no es útil en pulmón), muestra una imagen redondeada, con un cierto refuerzo de pared y con ecos en su interior que traducen la presencia de múltiples vesículas. Ante la sospecha que esa tumoración sea hidatídica o exista clínica sugestiva especialmente en zonas endémicas, se debe realizar un estudio analítico que debe comprender un hemograma y pruebas inmunológicas que nos darán el diagnóstico biológico de hidatidosis. En el hemograma, suele existir un aumento de las cifras de leucocitos eosinófilos por encima del 5%. El test de hemaglutinación y el test ELISA constituyen las pruebas inmunológicas de mayor especificidad y sensibilidad. El estudio diagnóstico debe completarse con la realización de una ecografía si no se había realizado previamente y de una TC abdominal, que nos permitirán confirmar la hidatidosis y nos proporcionarán datos valiosos sobre la situación, compromiso vascular, diseminación secundaria, quistes asociados o conte-

nido del quiste, aspectos de gran interés a la hora de planificar una estrategia terapéutica adecuada.

El tratamiento de elección del quiste hidatídico es la extirpación quirúrgica. Si la cirugía no se puede realizar, bien por su localización, por tratarse de quistes complicados o múltiples o por ser pacientes con mal estado general o edad avanzada, se recomienda como tratamiento alternativo los derivados benzimidazólicos como el mebendazol, el albendazol y el prazicuantel. Sin embargo, estos tratamientos electivos pasan a un segundo plano en los casos que comienzan como *shock* anafiláctico o requieren por su potencial gravedad un tratamiento inmediato.

En conclusión, entre las causas poco frecuentes de abdomen agudo tras contusión abdominal se debe incluir la rotura traumática de un quiste hidatídico. El diagnóstico clínico requiere la combinación de información clínica, la sospecha en lugares endémicos (como España) y métodos de imagen, entre los que destaca la ecografía abdominal como primera elección.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Ruiz Castro M, Vidal Marcos A, de Frutos S, Infante B, Ramos López MA, Sanz García M. Shock anafiláctico por rotura traumática de quiste hidatídico hepático desconocido. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 1997;44:321-3.
- 2- Blasco Navalpotro MA, Corrales Rodríguez de Tembleque, Poza Jiménez A, Sánchez-Gómez navarro J. Shock anafiláctico por rotura espontánea de un quiste hidatídico hepático en la vena cava inferior. *Rev Clin Esp* 1993;192:49-50.
- 3- Sanjuán Rodríguez S, Morán Penco JM, Rincón Roderá P, González Díez P. Abdomen agudo secundario a quiste hidatídico pancreático. *Cirugía Pediátrica* 2005;18:36-8.
- 4- Gómez de la Torre P, López Morán A, Verano García J, Fernández Hidalgo JM. Anafilaxia como primera manifestación de enfermedad hidatídica no conocida. *Anal Med Interna* 2003;20:156-7.
- 5- Matheu Delgado V, Gracia Bara MT, Rodríguez Vázquez VM, Olalde Sánchez S, Baeza Ochoa de Ocariz ML. Shock anafiláctico secundario a rotura espontánea de quiste hidatídico esplénico. *Rev Esp Alergol Inmunol Clin* 1997;12:242-7.
- 6- Lewal DB, McCorkell SJ. Rupture of echinococcal cyst: Diagnosis, classification and clinical implications. *Am J Radiol* 1986;146:391-4.
- 7- Cerrada Cerrada E, López Olmeda C, Gómez Rodríguez BM, Eixarch Alias A. Anafilaxia y quiste hidatídico. *Medifam* 2002;12:398-401.
- 8- Boyano T, Moldenhauer F, Mira J, Joral A, Saiz F. Systemic anaphylaxis due to hepatic hydatid disease. *J Invest Allergol Clin Immunol* 1994;4:158-