

Hidatidosis pulmonar. Reporte de dos casos clínicos*

DAMIÁN PALAFOX[‡]
JOSÉ PALAFOX[§]
BRENDA TELLO^{||}

* Presentado en el LXVII Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax, 24-28, marzo, 2008. Ixtapa, Zihuatanejo, México.

‡ Hospital Regional ISSSTE, Puebla, Puebla.

§ Médico Cirujano de Tórax, Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz, Veracruz, México.

|| Hospital ISSSTEP, Puebla, Puebla.

Trabajo recibido: 18-XII-2008; aceptado: 13-IV-2009

Conflicto de intereses: Ninguno

RESUMEN

La equinococosis o hidatidosis es una parasitosis causada por helmintos del género *Echinococcus*. El pulmón representa el segundo sitio más común de

localización. En esta comunicación se presentan dos casos de hidatidosis pulmonar en pacientes masculinos dedicados a la agricultura y a la crianza de ganado ovino. En ambos casos se realizó exitosamente tratamiento quirúrgico, el cual permitió la resolución de la enfermedad. La importancia de esta comunicación reside en la escasa frecuencia con que se reporta esta enfermedad en nuestro país.

32

Palabras clave: Hidatidosis pulmonar, quiste hidatídico, enfermedad hidatídica, equinococosis.

Key words: Pulmonary hydatidosis, hydatid cyst, hydatid disease, echinococcosis.

ABSTRACT

Echinococcosis or hydatidosis is a parasitic disease caused by tapeworm larvae genus Echinococcus. The lung represents the second most common site of localization. We report here two cases of pulmonary hydatidosis in male patients whose occupation was agriculture and raising of ovine livestock. In both cases, surgical treatment was successfully performed allowing resolution of the disease. The importance of this communication is related to the few number of reports of this disease in our country.

INTRODUCCIÓN

La equinococosis o hidatidosis es una parasitosis causada por helmintos del género *Echinococcus*.¹ El estadio larvario de *Echinococcus granulosus* causa hidatidosis quística, la cual tiene distribución mundial y está particularmente concentrada en áreas dedicadas a la cría de ganado ovino.² El pulmón es el segundo sitio más común de localización de la hidatidosis y se ve aproximadamente entre el 18 y 35% de los casos.³

La enfermedad afecta a sujetos de cualquier edad y sexo, aunque se ha reportado que es más común en individuos entre los 20 y 40 años de edad.² En México, en el año de 1960 Biagi F et ál,⁴ encontraron sólo cuatro casos autóctonos, 2 del Distrito Federal y 2 de Michoacán. Los resultados del tratamiento médico no son confiables, de modo que el tratamiento definitivo es quirúrgico.⁵ En la región agropecuaria de Irapuato, Guanajuato, con 650,000 habitantes, sólo han sido reportados cuatro casos en 20

años, 2 quistes pulmonares, 1 quiste hepático y 1 hepatobiliar.⁶

CASOS CLÍNICOS

Se presentan dos casos, residentes de los valles del Cofre de Perote, localizado a 1,700 m de altitud sobre el nivel del mar, en comunidades distantes una de la otra aproximadamente 100 km en el estado de Veracruz, dedicados a la agricultura y a la cría de ganado ovino. Ambos pacientes eran del sexo masculino de 26 y 47 años de edad, respectivamente. Acudieron a atención médica con diferencia de 18 meses uno del otro.

CASO 1

Paciente de 26 años de edad, inició dos días previos a su ingreso con disnea progresiva de medianos a pequeños esfuerzos con alzas térmicas no cuantificadas, se acompañaban de temblor intenso generalizado, diaforesis profusa, sin predominio de horario, 24 horas después experimentó exacerbación de la sintomatología a la que se agregó la aparición de tos con expectoración blanquecina en cantidad moderada, motivo por el cual acudió al hospital. A su ingreso tenía tensión arterial de 110/70 mmHg, frecuencia cardíaca de 85 latidos por minuto, temperatura de 38.5 °C, frecuencia respiratoria de 29 por minuto. Se integró síndrome de condensación pulmonar con



Figura 1. Caso 1. Radiografía de tórax con signo de lirio acuático y neumonitis perilesional.

estertores subescapulares subcrepitantes. La biometría hemática tenía valores dentro de rangos normales, con eosinófilos 0%. La muestra de expectoración con 93% de polimorfonucleares y 4% de eosinófilos.

CASO 2

Paciente de 47 años de edad con cuadro clínico de aproximadamente dos semanas de evolución ma-



Figura 2. Caso 2. Radiografía de tórax. Lóbulo inferior izquierdo, bien delimitada en su porción inferior, con signo de lirio acuático.

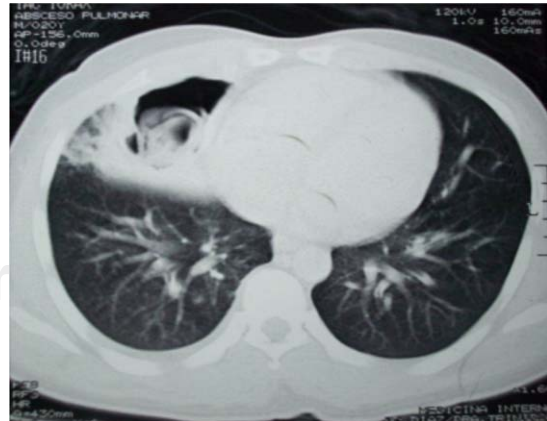


Figura 3. Caso 1. Tomografía axial computada. Lesión cavitada en lóbulo medio con membrana "colapsada"; signo de lirio acuático.

nifestado por tos en accesos de corta duración, productiva con expectoración abundante, blanquecina, con hollejos y sabor salino, náuseas y dolor abdominal. Disnea grado 2, fiebre no cuantificada. Ataque al estado general con pérdida ponderal de 2 kg. A la exploración física se le encontró adelgazado y pálido, con vibraciones vocales, transmisión de la voz y ruido respiratorio disminuidos en hemitórax izquierdo, así como con taquicardia y estado de toxiinfección. La biometría hemática mostró leucocitosis de 12,000 células/mm³ y desviación a la izquierda, con eosinófilos 6%. Un ELISA para *E. granulosus* resultó positivo.

En ambos casos se realizó inicialmente una radiografía de tórax, la cual demostró en el primer paciente una opacidad homogénea bien delimitada con neumonitis perilesional localizada en el lóbulo medio; en el control radiográfico dos semanas después y posterior a haber recibido albendazol, la imagen fue cavitada, de paredes gruesas, con signo de lirio acuático y neumonitis perilesional, hallazgos radiológicos sugestivos de equinocosis pulmonar (Figura 1). En el otro paciente la lesión fue cavitada, de paredes gruesas, ubicada en el lóbulo inferior izquierdo, bien delimitada en su porción inferior, con signo de lirio acuático (Figura 2). La tomografía en ambos casos fue confirmatoria de las características de la lesión y auxiliar en la definición de la localización anatómica (Figuras 3 y 4).

El diagnóstico definitivo de equinocosis/hidatidosis pulmonar se estableció al conjuntar la epidemiología (medio rural, ocupación agricultura y ganadería ovina con utilización y convivencia con perros para su pastoreo), las manifestaciones clínicas (curso subagudo con alteraciones hematológicas que reflejan respuesta inflamatoria) y radiográficas (generalmente lesión única, bien delimitada, homogénea o quística con signos del menisco).

Se planteó y realizó cirugía de resección, considerando características de presentación, con apertura de las lesiones hacia vía aérea, lesión única y dimensiones de la misma. En ambos



Figura 4. Caso 2. Tomografía axial computada. Lesión quística localizada en lóbulo inferior izquierdo con membranas en su porción inferior, secundaria a la apertura a la vía aérea.

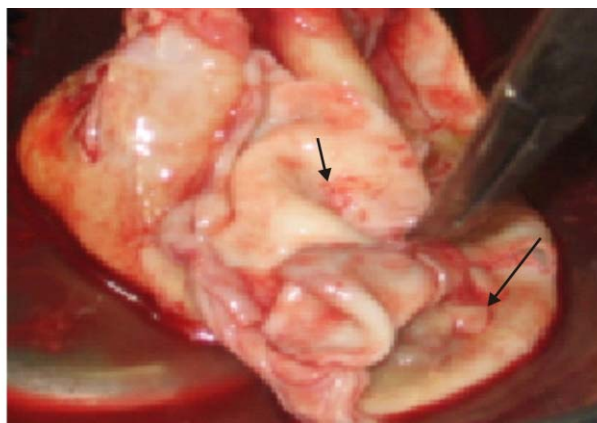


Figura 5. Caso 1. Lóbulo medio con lesión quística; se observan vesículas "hijas" (flechas negras).

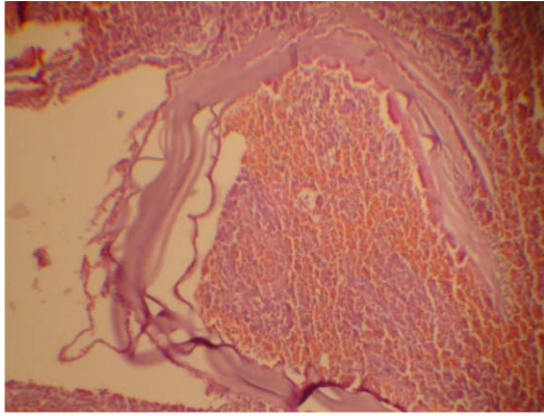


Figura 6. Caso 1. Quiste con capa laminar anucleada, externa y germinal interna.

casos se realizó toracotomía posterolateral con lobectomía. Dentro de los hallazgos histopatológicos del primer caso, la pieza quirúrgica fue lóbulo medio con lesión cavitada, en la que se encontró proceso inflamatorio crónico granulomatoso, con actividad y presencia de quiste con capa laminar anucleada, externa y germinal interna, así como vesículas hijas (Figuras 5 y 6). En el segundo caso, la pieza quirúrgica se describió como lóbulo inferior izquierdo con lesión cavitada ocupada por quiste de paredes gruesas,

blanquecino, al corte con evidencia de tres capas, material hialino y vesículas hijas (Figuras 7 y 8).

CONCLUSIÓN

Debido a que los resultados del tratamiento ya sea médico, o bien conservador mediante la vigilancia clínica o radiológica no son confiables, el tratamiento definitivo debe ser quirúrgico.⁵ Se recomienda que la intervención quirúrgica sea realizada tan pronto como la enfermedad es diagnosticada para prevenir complicaciones tales como, la ruptura del quiste o la infección.⁷ En la literatura se han descrito multiplicidad de técnicas quirúrgicas, y por eso es importante señalar que si bien los procedimientos conservadores son los más ampliamente recomendados y empleados, el tratamiento siempre debe ser individualizado, tomando en cuenta las características morfológicas del quiste, su localización e involucramiento de estructuras vecinas.

Dentro de los procedimientos conservadores y más ampliamente empleados por diversos autores alrededor del mundo se encuentran la enucleación y el capitonaje, la quistectomía y la periquistectomía,⁸⁻¹⁰ si bien algunos autores han optado inicialmente por aspirar el contenido del

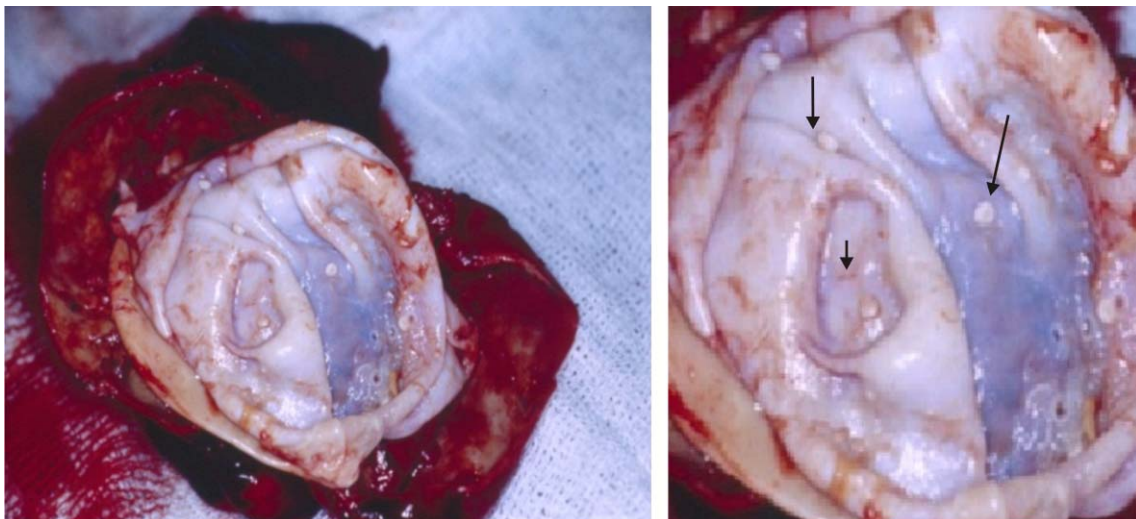


Figura 7. Caso 2. Lóbulo inferior izquierdo con lesión cavitada ocupada por quiste de paredes gruesas, blanquecino y vesículas hijas en su interior (flechas negras).

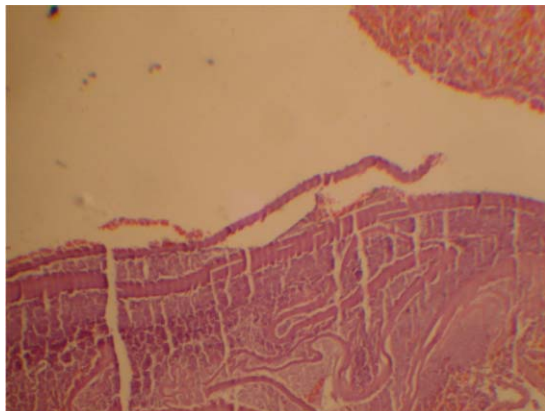


Figura 8. Caso 2. Corte histológico de pulmón de lesión quística en que se observa una porción del parénquima y *E. granulosus*.

quiste.^{3,7} Entre los procedimientos radicales se incluyen la lobectomía y la neumonectomía. Las principales indicaciones para realizar una lobectomía incluyen la presencia de grandes quistes que involucren más del 50% del pulmón, quistes con supuración refractaria a tratamiento médico preoperatorio, múltiples quistes unilobares y secuelas de la enfermedad hidatídica tales como, fibrosis pulmonar, bronquiectasias y/o hemorragia severa.⁸ La neumonectomía se encuentra raramente indicada en el tratamiento de la equinococosis pulmonar y sólo debe ser empleada cuando todo el pulmón se encuentra involucrado en el proceso infeccioso y no existe tejido pulmonar sano remanente.⁸

REFERENCIAS

1. Somily A, Robinson JL, Miedzinski LJ, Bhargava R, Marrie TJ. *Echinococcal disease in Alberta, Canada: more than a calcified opacity*. BMC Infect Dis 2005;5:34.
2. Morar R, Feldman C. *Pulmonary echinococcosis*. Eur Respir J 2003;21:1069-1077.
3. Safioleas M, Misiakos EP, Dosios T, Manti C, Lambrou P, Skalkeas G. *Surgical treatment for lung hydatid disease*. World J Surg 1999;23:1181-1185.
4. Biagi F, Saees M. *Hidatidosis humana autóctona de la República Mexicana*. En: Homenaje al Dr. Eduardo Caballero y Caballero. México: SEP/IPN; 1960.p.353-356.
5. Sachdeva Y, Talwar JR. *Hydatid cyst of the lung*. Dis Chest 1960;38:638-644.
6. Carrada T. *Equinococosis pulmonar: investigación clínico-patológica*. Med Int Mex 2004;20:65-71.
7. Yalçinkaya I, Er M, Özbay B, Uğraş S. *Surgical treatment of hydatid cyst of the lung: review of 30 cases*. Eur Respir J 1999;13:441-444.
8. Isitmangil T, Sebit S, Tunc H, et ál. *Clinical experience of surgical therapy in 207 patients with thoracic hydatidosis over a 12-year period*. Swiss Med Wkly 2002;132:548-552.
9. Doğan R, Yüksel M, Cetin G, et ál. *Surgical treatment of hydatid cysts of the lung: report on 1,055 patients*. Thorax 1989;44:192-199.
10. Shalabi RI, Ayed AK, Amin M. *15 years in surgical management of pulmonary hydatidosis*. Ann Thorac Cardiovasc Surg 2002;8:131-134.

Correspondencia:

Dr. Damián Palafox,
Reyes Heróles Núm. 36, Int. 1005,
colonia Obrero Campesina. 91020.
Xalapa, Veracruz.
Correo electrónico:
damianpalafox@hotmail.com