

Quiste hidatídico hepático

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: Cristina Del Pilar Liberato Cano, Maria Jose Calvo López, Cristina García Villar, Macarena Sanchez-Carpintero De La Vega

Objetivos Docentes

- La finalidad de esta comunicación es repasar las manifestaciones radiológicas características de la enfermedad hidatídica, sus localizaciones más comunes y su tratamiento.

Revisión del tema

INTRODUCCIÓN

- La enfermedad hidatídica es una patología cuya incidencia ha disminuido, aunque no está erradicada de nuestro entorno.
- Se trata de una zoonosis parasitaria y está causada fundamentalmente por el parásito *Echinococcus granulosus* (única notificada en España) y con menos frecuencia por el *E. multilocularis* y *E. vogeli*.
- El huésped definitivo es el perro, siendo el hombre un huésped intermediario accidental (se infecta por contacto directo con los perros infectados o de forma indirecta por consumo de aguas, vegetales y otros objetos contaminados).
- Las lesiones quísticas se localizan con mayor frecuencia en el hígado y en segundo lugar en el pulmón.
- Manifestaciones clínicas: suelen ser de crecimiento lento, permaneciendo asintomáticos durante años (diagnóstico incidental) hasta que su tamaño o efecto ocupante de espacio origina síntomas.

DIAGNÓSTICO

Se basa en la identificación de una lesión quística mediante técnicas de imagen y la detección de anticuerpos séricos específicos contra el parásito (la negatividad de las pruebas serológicas no lo descarta).

****Hallazgos de imagen:** suelen ser característicos.

-Radiología simple: permite definir los quistes pulmonares, como masas redondeadas de densidad uniforme.

-Ecografía: técnica más sensible para detectar las membranas, septos y arena hidatídica en el interior del quiste.

-Tomografía computarizada (TC): es mejor para mostrar la calcificación de la pared del quiste, signos de sobreinfección del quiste o siembra peritoneal.

-Resonancia magnética (RM): muestra el característico anillo hipointenso de los quistes hidatídicos en imágenes potenciadas en T2.

MANIFESTACIONES DE LA ENFERMEDAD HIDATÍDICA:

1) Afectación hepática:

- Es la más común (65-75% de los casos), afectando más frecuentemente al lóbulo hepático derecho.

- Clínica: masa abdominal palpable o dolor abdominal en hipocondrio derecho.

- Los hallazgos de imagen son muy variados según el estadio evolutivo del quiste (4 tipos):

a) *Tipo 1*: forma de lesión quística unilocular. (Figura 1)

b) *Tipo 2*: contiene a las vesículas hijas en forma de membranas o vesículas quísticas,, calcificaciones dispersas o periféricas. (Figuras 2 y 3)

c) *Tipo 3*: calcificación total del quiste (Figura 4)

d) *Tipo 4*: quiste complicado por rotura o sobreinfección. (Figura 5)

2) Afectación pulmonar:

- Es el segundo órgano más afectado (15%).

- Es más frecuente en los lóbulos inferiores (60%), sobre todo en los segmentos posteriores del lóbulo inferior derecho.

- Pueden alcanzar un gran tamaño sin dar síntomas, por lo que muchas veces el quiste ha sido adquirido en la edad infantil, permaneciendo asintomático y se diagnostica incidentalmente en la edad adulta.

- En el pulmón, presenta dos peculiaridades: no suele haber quistes con vesículas hijas y la calcificación es rara.

- Complicación: rotura a la cavidad pleural lo que puede producir una reacción anafiláctica o sobreinfección.

3) Afectación esplénica:

- Raro (0,8-8 % de los casos) aunque constituye la tercera localización más frecuente.

- Clínica: dolor abdominal, esplenomegalia y fiebre.

- Generalmente únicos y de similares características a los hepáticos. (Figura 6)

4) Afectación renal:

- Aparece en un 3 % de los casos. Suelen ser solitarios y localizados en el polo superior o en el inferior afectando a la corteza.

- Las características de imagen son similares a los quistes de otras localizaciones. (Figura 7)

5) Afectación pancreática y cardíaca:

- Son muy raras.

- La afectación pancreática normalmente se asocia a la hepática.

- En el corazón la localización más frecuente es el ventrículo izquierdo. Es secundario a la rotura de un quiste hidatídico pulmonar o a una diseminación hematológica.

6) Afectación de partes blandas y ósea:

- La hidatidosis primaria de partes blandas es muy rara. Los músculos más afectados son los del cuello, tronco y raíz de miembros, debido a la mayor vascularización y menor contractilidad de los mismos.

- En el hueso las localizaciones más frecuentes son la columna vertebral y la pelvis. Se presenta como una lesión lítica bien definida, multiloculada y expansiva, y con el tiempo se

extiende al tejido de partes blandas adyacente. (Figura 8)

7) Afectación cerebral:

- Entidad rara, siendo más frecuente en niños.
- La mayoría de las lesiones son supratentoriales, predominantemente en el territorio dependiente de la arteria cerebral media, sobre todo en el lóbulo parietal. Suelen ser lesiones únicas.

TRATAMIENTO

El tratamiento se basa en la viabilidad del parásito, la cual se valora por su apariencia en las imágenes radiológicas.

.Activo: lesiones quísticas uniculares, quiste multivesicular con vesículas hijas.

.Transicional: quiste roto con membranas desprendidas.

.No activo: quiste de contenido heterogéneo hiperecoico, sin vesículas hijas o lesión sólida de paredes calcificadas.

- La cirugía ha sido el principal método terapéutico siendo de elección en los casos complicados. Sin embargo, presenta una elevada morbimortalidad. Recientemente con la cirugía laparoscópica se han obtenido mejores resultados y pocas complicaciones.

- Radiología intervencionista: la técnica estándar en el tratamiento percutáneo es el PAIR que consiste en la aspiración percutánea de parte del contenido líquido, seguida de la inyección de la sustancia esclerosante (alcohol, suero salino hipertónico o albendazol) dejándola actuar un mínimo de 15 minutos y reaspiración. Por lo menos cuatro días antes del procedimiento se debe iniciar un tratamiento profiláctico de peritonitis secundaria con albendazol. Está contraindicada en quistes de localización superficial (por el riesgo de rotura), quistes con múltiples subdivisiones internas tabicadas y quistes que se comunican con el árbol biliar.

-El tratamiento farmacológico con albendazol, sin cirugía o aspiración, cura el 30% de los casos.

Imágenes en esta sección:



Fig. 1: Corte axial de TC abdominal: Quiste hidatídico unilocular típico. Gran quiste en el lóbulo hepático derecho sin calcificaciones.



Fig. 2: Corte axial de TC de abdomen con contraste intravenoso: en segmentos 5-6 hepáticos se observa una lesión quística de 14,2 x 14 x 16 cm, la cual presenta pared bien delimitada que realza con el contraste y mínimas calcificaciones periféricas. En su interior también se identifican múltiples vesículas hijas de distintos diámetros localizadas predominantemente en la periferia de la lesión. Estos hallazgos son típicos del quiste hepático hidatídico.



Fig. 3: Corte axial de TC de abdomen: se aprecia una lesión en segmento 3 hepático que presenta diámetros de 11 x 6,2 x 8,7 cm en sus ejes transverso, anteroposterior y craneocaudal. Presenta contorno lobulado con pared calcificada y contenido quístico de alta densidad en el interior del cual se observa otras imágenes quísticas de menor densidad, en relación con vesículas hijas.

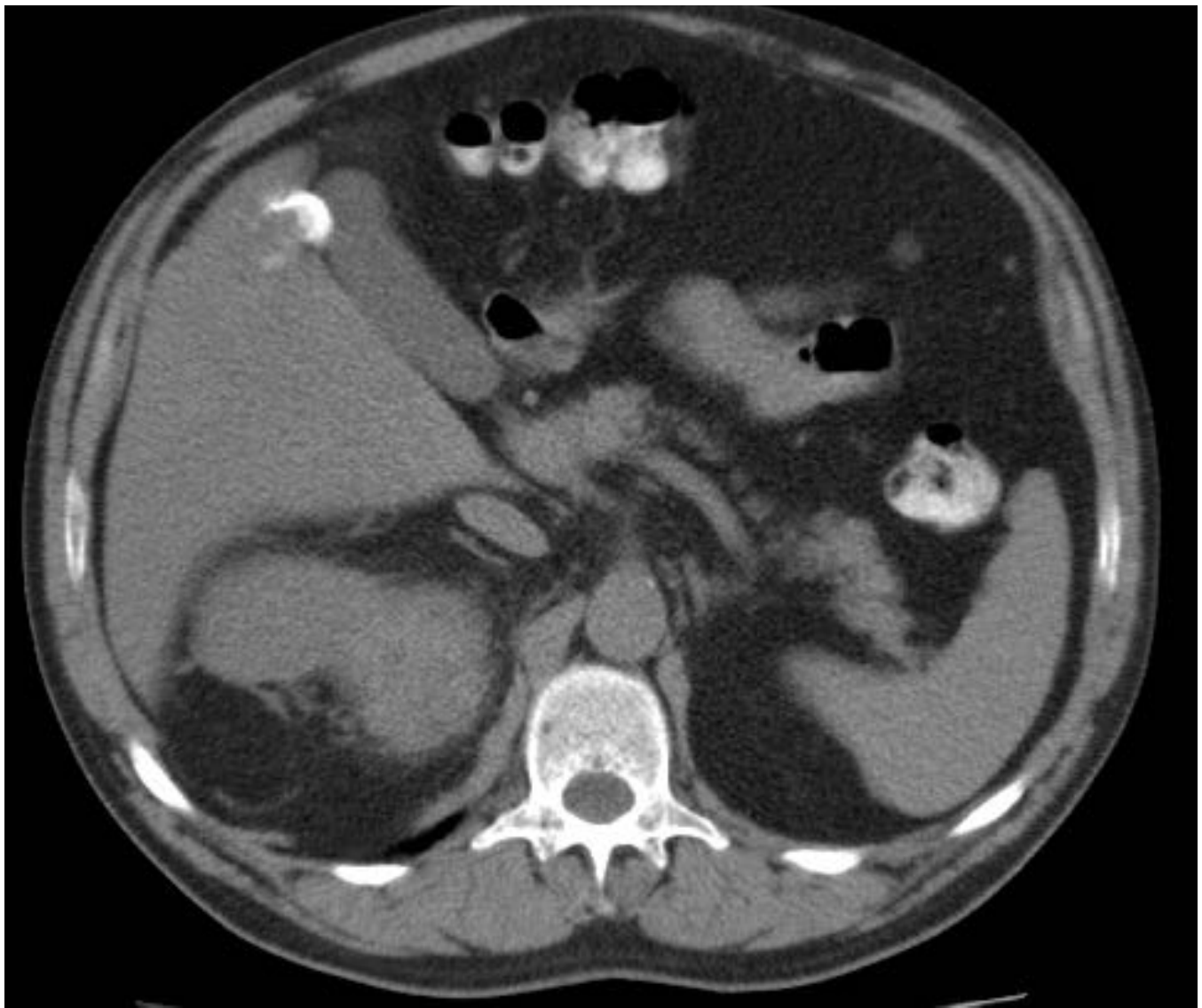


Fig. 4: Imagen de TC sin contraste que muestra lesión redondeada de densidad calcio en el lóbulo hepático derecho en relación con quiste hidatídico calcificado.

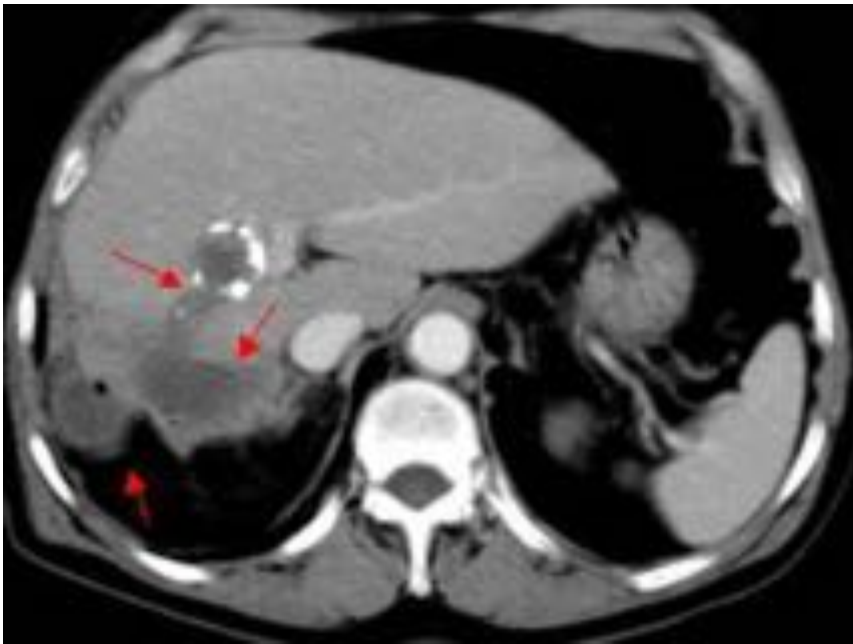


Fig. 5: Quiste hidatídico infectado. El paciente presentaba fiebre, leucocitosis y dolor en el cuadrante superior derecho. En la imagen de TC con contraste se aprecia un quiste hidatídico con pared parcialmente calcificada y signos de ruptura, con dos colecciones hipodensas mal definidas, una de ellas exofítica con burbujas de gas en su interior, compatibles con absesos.



Fig. 6: Imagen axial de TC en la que se muestra tres lesiones quísticas multiloculadas, todas ellas de características similares: una se sitúa en el hígado y otras dos en el bazo, probablemente secundarias a la diseminación hematógena de la primera. Corresponden a quistes hidatídicos tipo 2 con apariencia en panal de miel, muy sugestiva del diagnóstico. Se observan varias calcificaciones curvilíneas del periquiste de uno de los quistes esplénicos.



Fig. 7: Quiste hidatídico renal en TC. La imagen muestra una masa en el polo superior del riñón derecho de contornos bien delimitados que presenta múltiples imágenes quísticas de menor densidad y distribución periférica (“imagen en roseta o rueda de carro”).



Fig. 8: TC coronal con contraste que muestra afectación de la cadera derecha con gran destrucción ósea así como quistes hidatídicos a lo largo del músculo psoas iliaco derecho.

Conclusiones

- La enfermedad hidatídica es una patología cuya incidencia ha disminuido notablemente en los últimos años, pero no está erradicada de nuestro entorno.
- El radiólogo debe estar familiarizado con los hallazgos de imagen que puede encontrar y tener presente esta patología ante lesiones quísticas en cualquier localización del cuerpo, especialmente en pacientes provenientes de zonas endémicas.

Bibliografía / Referencias

- NUNNARI, G et al. Hepatic echinococcosis: Clinical and therapeutic aspects. World J Gastroenterol 2012; 18(13): 1448-1458.
- GEVERS, JG et al. Evaluation of hepatic cystic lesions. World J Gastroenterol. 2013; 19(23) 3543-3554.
- PEDRAZA, S. et al. Radiología esencial. Madrid. Panamericana, 2010. Tomo I.
- LOBO GARCIA, M et al. Revisión de la enfermedad hidatídica: hallazgos radiológicos en TAC SERAM. 2012.