

# CASO CLÍNICO

Sesión en Red SADEMI

---



Monica Loring Caffarena  
FEA de Medicina Interna.  
Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga  
6 de junio de 2018.

## **MOTIVO DE CONSULTA**

→ Varón de 46 años que consulta por dolor en hipocondrio derecho

## **ANTECEDENTES PERSONALES**

- No alergias medicamentosas conocidas.
- Fumador de 20 cigarrillos/día. Hábito enólico de mas de 60 gr/día hasta 6 meses antes.
- IQ: Apendicectomía.
- Trabajador agricola y de la hostelería.
- Niega viajes recientes.

# ENFERMEDAD ACTUAL

Dolor en hipocondrio derecho y epigastrio + Náuseas } 5 días de evolución

- Aparición brusca.
- No relación con la ingesta.
- Al 2º día pico febril 38,2°C, autolimitado.

# EXPLORACIÓN FÍSICA

- Afebril. TA:110/70 mmHg. FC: 80 lpm. Eupneico. Mucosas normales.
- Cabeza y cuello: lesión polipoidea en paladar blando.
- ACR: rítmica a buena frecuencia sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos.
- Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, sin defensa. Peristaltismo conservado. No masas ni megalias.
- No edemas en MM.II ni signos de TVP. Pulsos conservados.

# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- **Hemograma:** Hb 15,9; Leucos 10.700 (Neutrófilos 6.848; Eosinófilos 2.033; Linfocitos 1.059), Plaquetas 131.000.
- **Bioquímica:** Glucosa 100; Cr 0,76; Bil. total 0,7; AST 100; ALT 129; FA 148; GGT 217; LDH 202; amilasa normal; PCR 93,7. Iones, proteínas y albúmina normales. VSG 1<sup>ª</sup>h: 39 mm. Alfa-fetoproteína y CEA negativos. Proteinograma normal. Beta2 microglobulina normal.
- **Coagulación:** TP 87%, TPTA 45,9 (33,5 s)
- **Serología** VHB, VHC, VHA, VIH, Brucella negativas.

# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- **Rx tórax:** ICT normal. Imagen de callo de fractura de 6º arco costal derecho. Sin otros hallazgos radiológicos significativos.
- **Ecografía abdominal:** LOE hepática sólido-quística en LHI de 45mm, con aumento calibre de vía biliar izquierda. Vesícula y colédoco normales.



# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

## TC ABDOMEN-PELVIS

- Masa sólido-quística bien definida de 39mm en LHI, con captación de las paredes en fase arterial, teniendo en su parte superior área mal definida de aspecto sólido.
- Dilatación de vía biliar izquierda y de la salida de la derecha. En la salida del colédoco un discreto engrosamiento de la pared con sensación de ocupación de la misma.
- A descartar colangiocarcinoma intrahepático con extensión a través de la vía biliar.
- Recomiendan RMN y colangioRMN.

ACCES#9640059

84946

03/12/1963

046Y

M

SE:2

IM:10

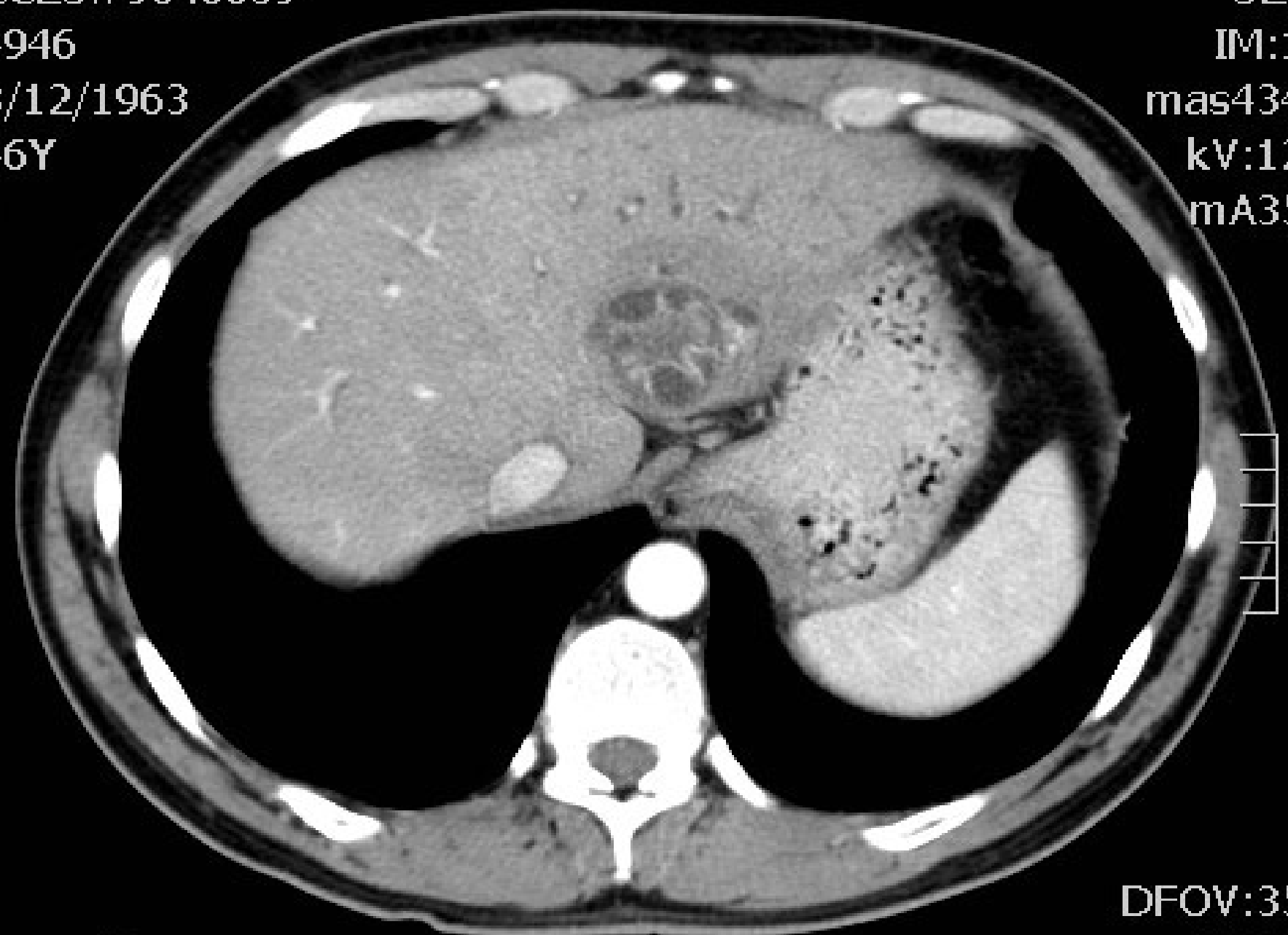
mas4348

kV:120

mA350

R  
1  
8  
0

L  
1  
7  
9



DFOV:359

TILT:0

M.C.B. AYARQUIA

YY

# EVOLUCIÓN

- Permanece afebril todo el ingreso con molestias en hipocondrio derecho.
- El 6º día aparece exantema facial que mejora con antihistamínicos y que se achaca a reacción alérgica tardía al contraste.
- Pruebas complementarias:
  - Progresión de la colestasis subiendo la Bil. total a 2,78 (directa 2,08); FA 511; GGT 602; AST 149; ALT 417.
  - Eosinofilia en ascenso hasta 61.6%



**LOE HEPATICA SÓLIDO- QUÍSTICA  
+  
COLESTASIS CON DILATACIÓN V. BILIAR  
+  
EOSINOFILIA**



# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

NEOPLASIA	ABSCESO	PARASITOSIS
<i>Lesiones benignas: quiste complejo, adenoma, ...</i>	<i>Amebiano</i>	<i>Ascaris</i>
<i>Hepatocarcinoma</i>	<i>Bacteriano</i>	<i>Fasciola</i>
<i>Colangiocarcinoma</i>		<i>Equinococo</i>
<i>Metástasis</i>		

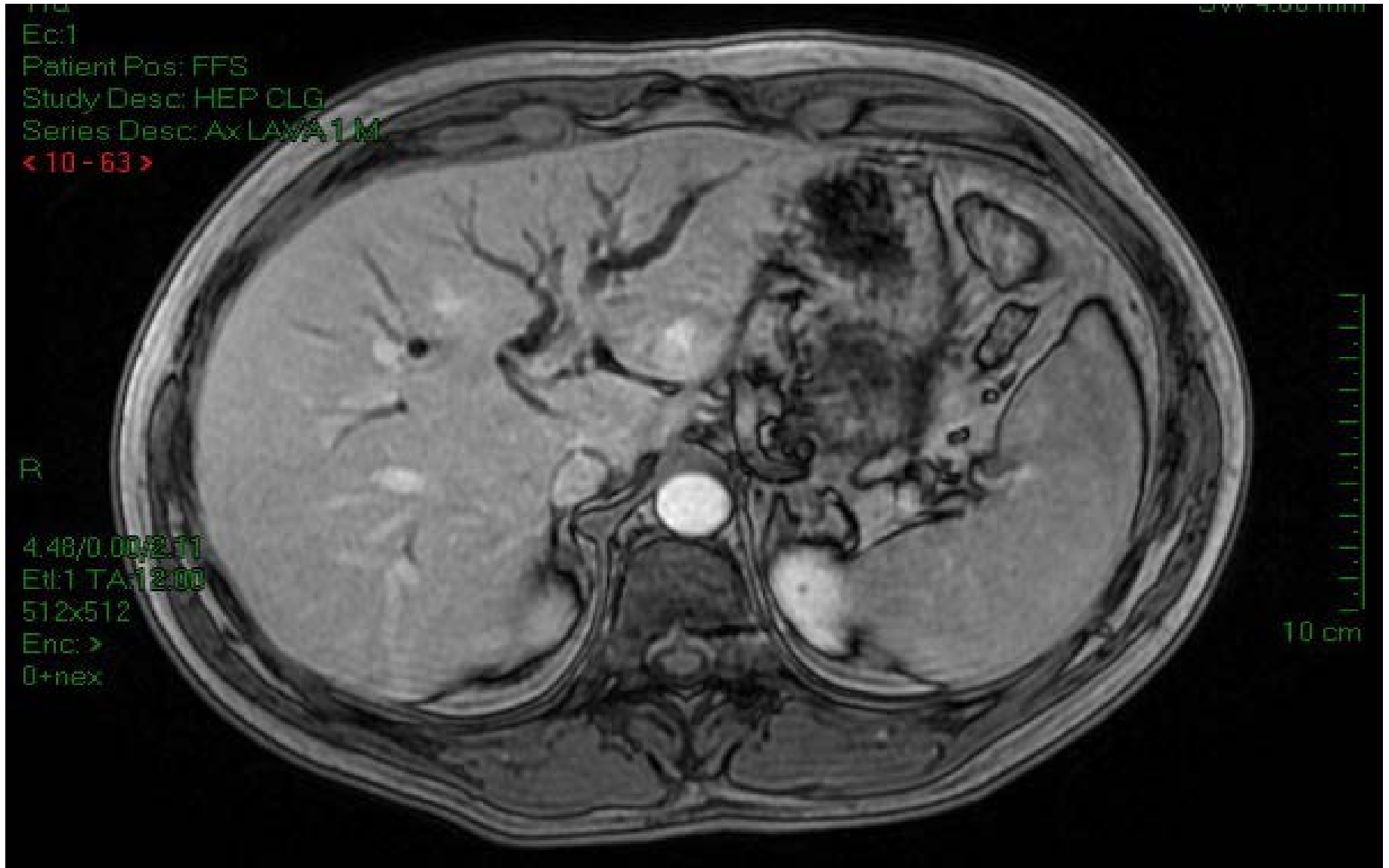
Se solicitan:

- RMN hepática.
- ColangioRMN.
- Huevos y parásitos en heces.
- Serología a hidatidosis.

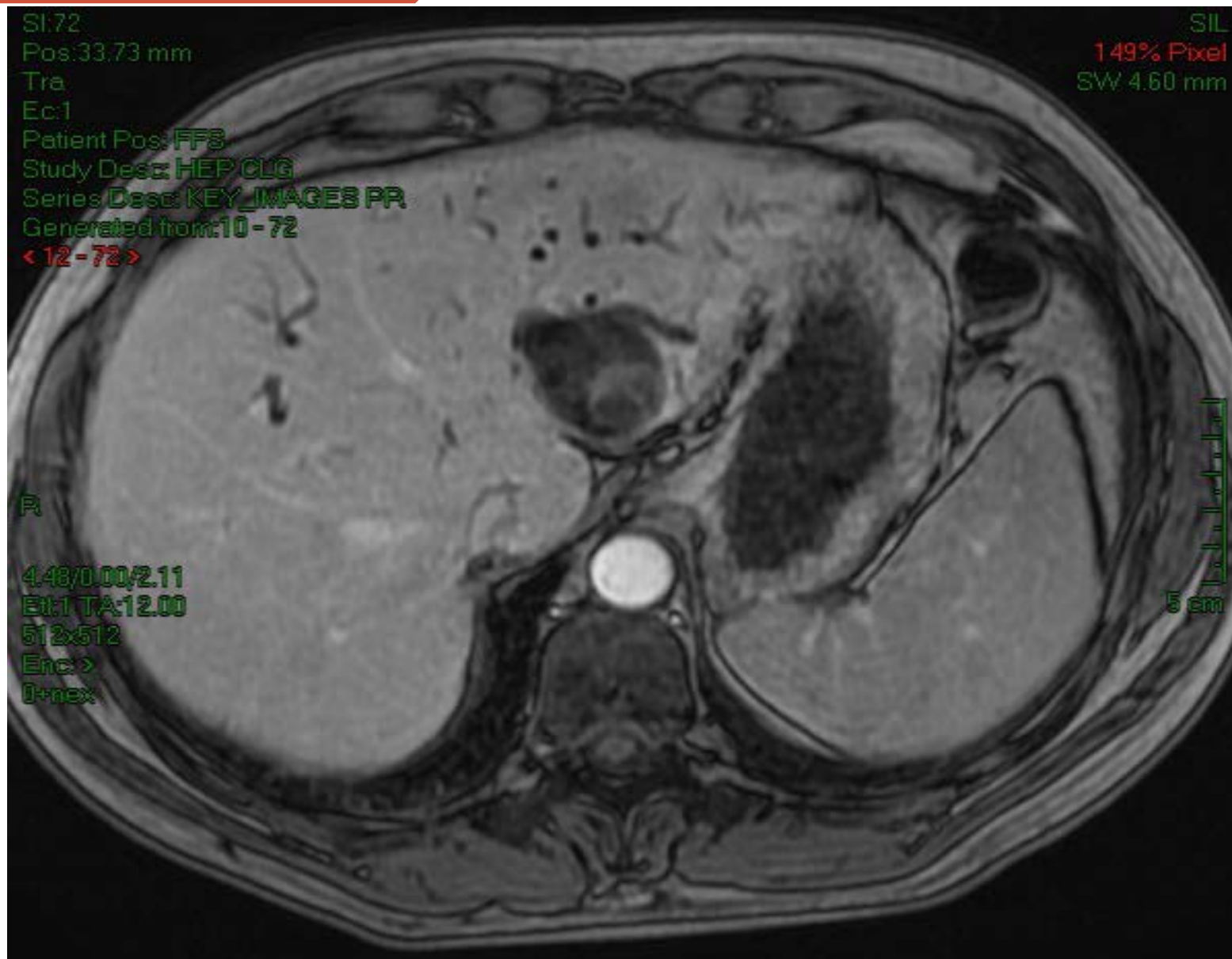
# RMN HEPÁTICA



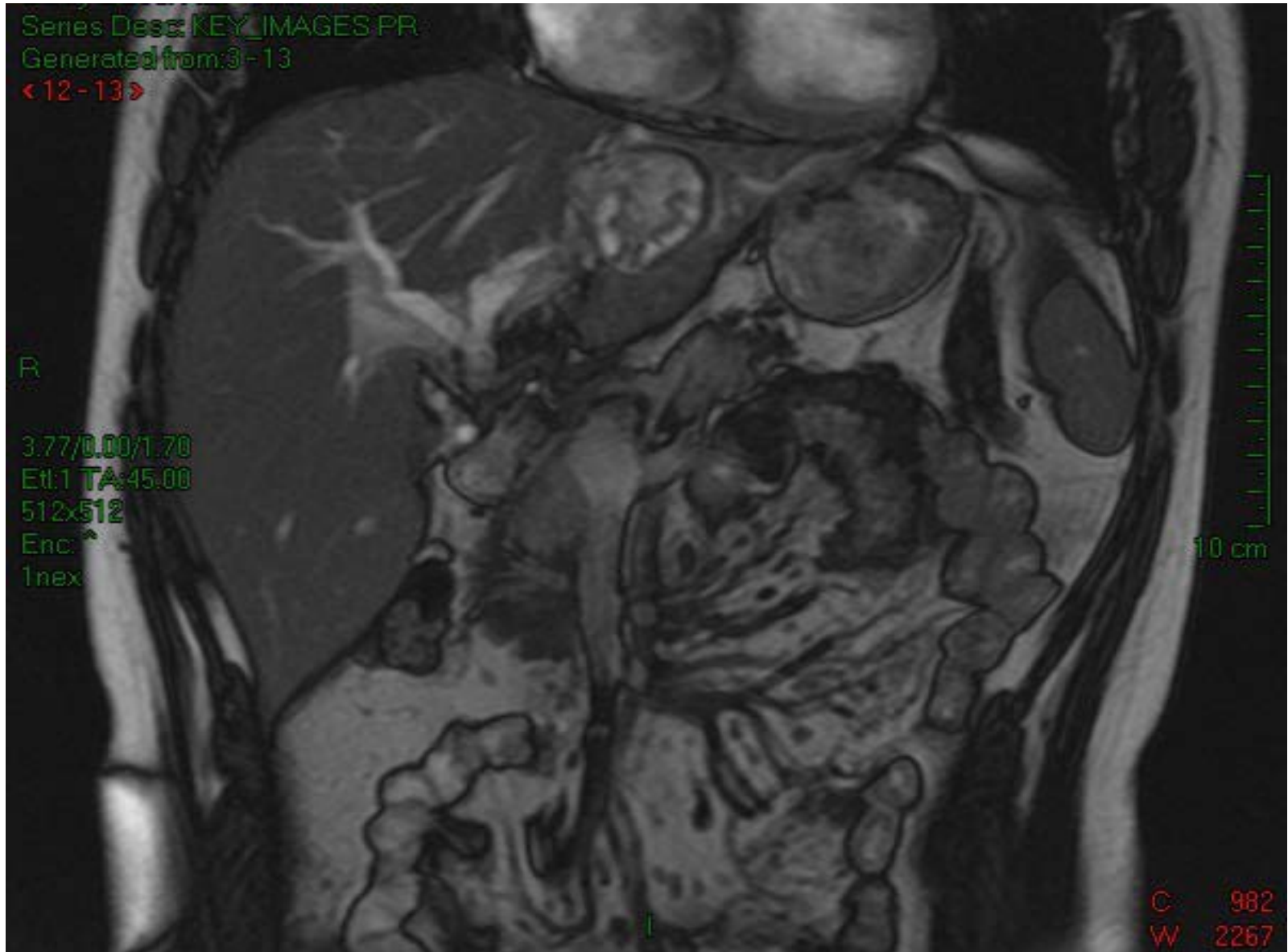
# RMN HEPÁTICA



# RMN HEPÁTICA



# COLANGIO-RMN



# COLANGIO-RMN

Patient: 05.11.0

Study Desc: HEP CLG

Series Desc: KEY\_IMAGES PR

Generated from: 8 - 55

< 12 - 55 >

R

2857.14/0.00/556.78

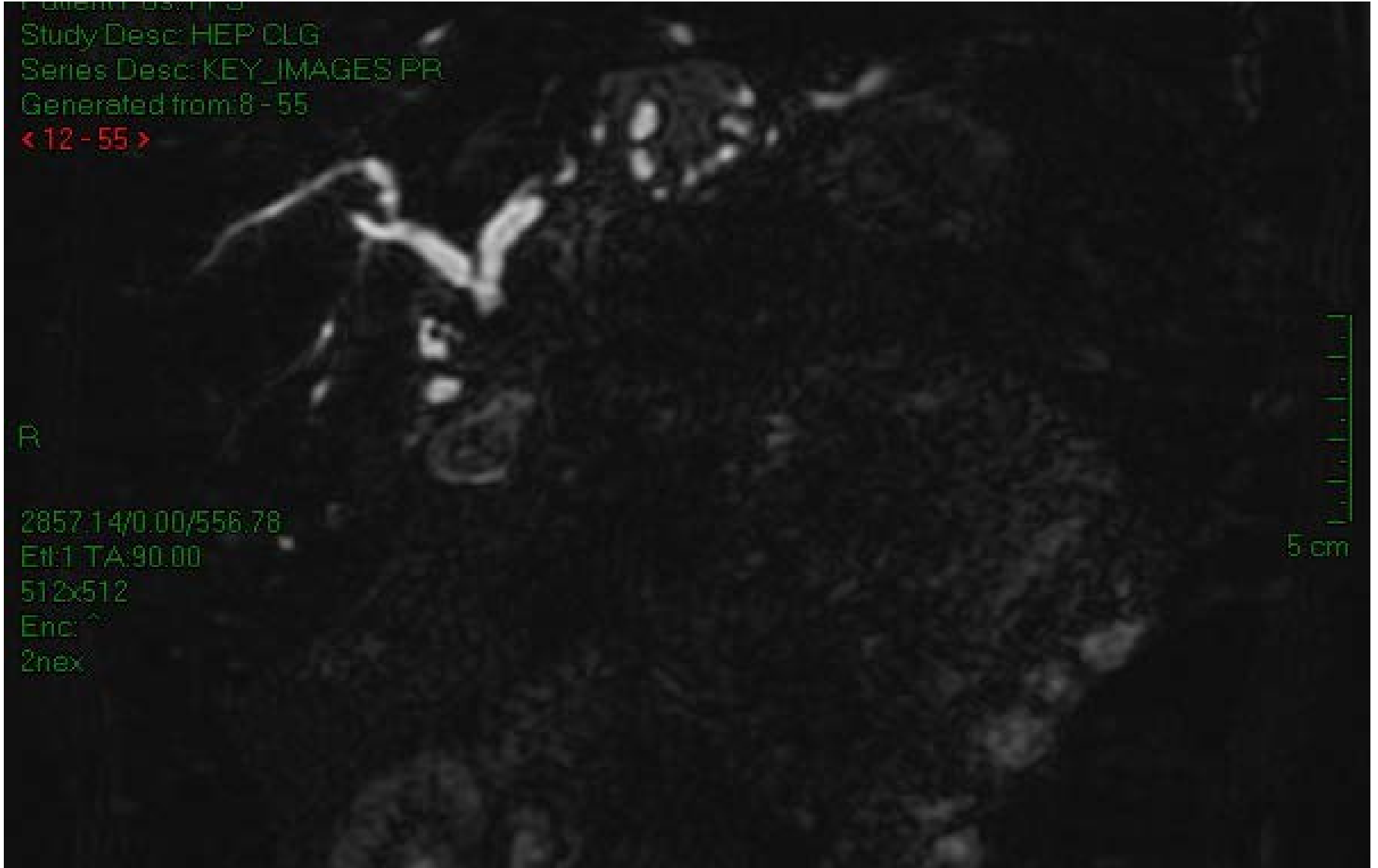
Et:1 TA:90.00

512x512

Enc: ^

2hex

5 cm



# RMN HEPÁTICA Y COLANGIO-RMN

- Marcada **dilatación de vía biliar intrahepática** de predominio izquierdo, afectando también a la derecha, hasta hilio biliar con interrupción brusca de la rama biliar principal izq. Rama biliar derecha stop brusco cerca del hilio. En confluencia y conducto hepático común discreto realce de pared.
- **Imagen nodular heterogénea** de 3,5cm en segmento II de LHI, con imágenes redondeadas en su interior adyacente a la pared.
  - No realza contraste
  - Cercana a varias ramas biliares dilatadas.
- Compatible con **quiste hidatídico** hepático izquierdo de 3,5 cm con vesículas hijas en el interior, íntima relación con ramas dilatadas de vía biliar izquierda.
  - Considerar rotura del quiste a vía biliar con obstrucción a nivel de la confluencia y colangitis secundaria.
- No se puede descartar totalmente la coexistencia de **colangiocarcinoma** y quiste hidatídico.



# EVOLUCIÓN

- Huevos y parásitos en heces negativos.
- Serología a hidatidosis HAI: 1/80 negativa ( $< 1/320$ ).
- Datos clínicos, analíticos y de imagen sugerentes de parasitosis de la vía biliar.



# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

NEOPLASIA	ABSCESO	PARASITOSIS
<i>Lesiones benignas, quiste complejo, adenoma, ...</i>	<i>Amebiano</i>	<i>Ascaris</i>
<i>Hepatocarcinoma</i>	<i>Bacteriano</i>	<i>Fasciola</i>
<i>Colangiocarcinoma</i>		<i>Equinococo</i>
<i>Metástasis</i>		

# DIAGNÓSTICO

## POSIBLE QUISTE HIDATÍDICO COMPLICADO

- Fístula a vía biliar.
- Obstrucción de vía biliar por vesículas hijas y material hidatídico.

# EVOLUCIÓN

- Se inicia tratamiento con mebendazol y posteriormente con albendazol.
- Se solicita CPRE preferente y se traslada a HRUM para limpieza de la vía biliar y posterior cirugía del quiste.

## CPRE



Se realiza esfinterotomía y se extrae material blanquecino gelatinoso con balón de Fogarty.

Se objetiva comunicación de la vía biliar con el quiste tras la introducción de contraste.

- Continúa tratamiento con albendazol, corticoides y antihistamínicos durante 3 semanas y se programa Cirugía.

# EVOLUCIÓN

## CIRUGÍA

- Quiste en segmento II en íntima relación con suprahepática derecha.
- Se realiza hepatectomía izquierda y coledocotomía longitudinal con lavado y se cierra sobre Kehr.

## ANATOMÍA PATOLÓGICA

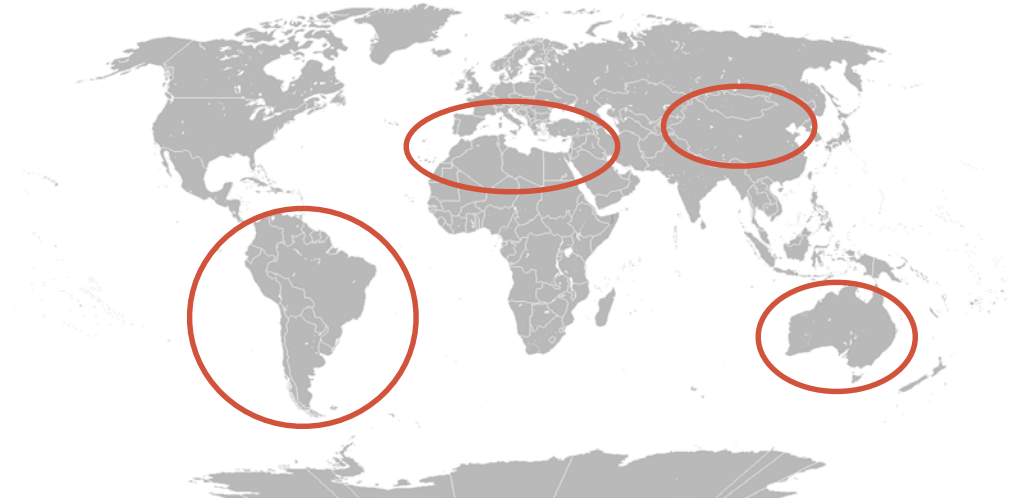
- Quiste hidatídico y hepatitis crónica reactiva.
- Colecistitis crónica.

# ECHINOCOCOSIS

- Zoonosis parasitaria.
- Causada por formas larvarias de *Echinococcus* que encontramos en el intestino delgado de algunos carnívoros.
- Distintas especies. En humanos son patógenas:
  - ***E. granulosus*: Equinococosis quística**
    - Más frecuente
    - Mortalidad 2-4%
  - ***E. multilocularis*: Equinococosis alveolar**
    - Menos frecuente.
    - Sin tratamiento mortalidad hasta 90%.

# EQUINOCOCOSIS QUÍSTICA

## DISTRIBUCIÓN MUNDIAL



## ESPAÑA

- 2,52/100.000 en 1985
- 1,01/100.000 en 1996



Incidencia

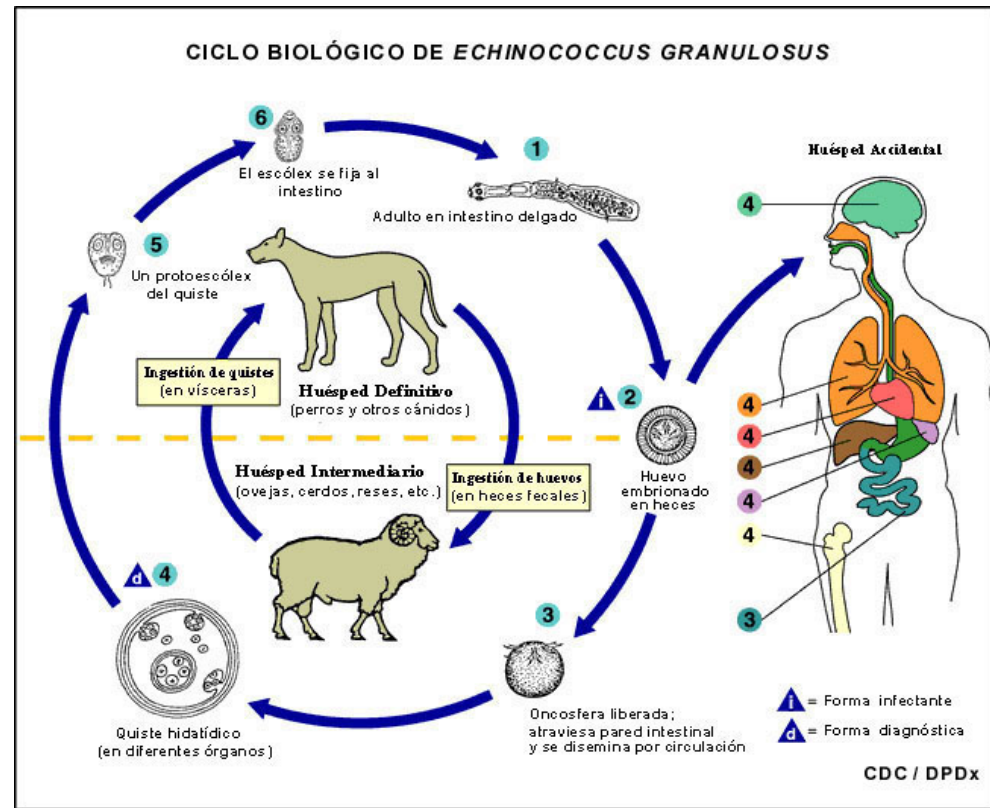


- Armñanzas C, Gutiérrez-Cuadra M, Fariñas MC. Hidatidosis: aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos. *Rev Esp Quimioter.*2015;28(3): 116-124

- Gutiérrez MP et al. Seroprevalencia de infección por *Echinococcus granulosus* en la población de Castilla y León. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2003;21(10):563-7

# EQUINOCOCOSIS QUÍSTICA

- Perros → huésped definitivo
- Ungulados domésticos (ovinos y vacunos) → huéspedes intermedios.
- El hombre se infecta al ingerir alimentos o agua contaminados con huevos.



Intestino: huevo eclosiona y libera embrión que atraviesa lámina propia → transporte vía sanguínea → órganos donde queda en estado larvario: **Metacestodo o quiste hidatídico**



# QUISTE HIDATÍDICO

- Más del 80% de pacientes tienen un solo órgano afectado y un solo quiste.
- Pueden aparecer en distintos órganos
  - Hígado (69-75%)
  - Pulmón (17-22%)
  - Otros: Corazón, mama, hueso, cerebro, riñón.
- Infección asintomática durante años.

# EQUINOCOCOSIS QUÍSTICA

Curso natural:

Crecimiento y estabilización.

Ruptura

- Espontánea
- Traumática

Diseminación →  
secundaria

Echinococosis



Se pueden romper a:

- C. peritoneal.
- E. pleural.
- Pericardio
- Conductos biliares.
- T. gastrointestinal.
- Vasos sanguíneos.

Colapso y desaparición.

# QUISTE HIDATÍDICO CON FÍSTULA BILIAR

- La rotura del quiste a vía biliar se ha descrito entre un 9%-42% de casos:
  - Asintomáticos
  - **Colangiohidatidosis**
    - Presencia de vesículas hijas y/o trozos de membrana germinativa en vía biliar:
      - Obstrucción de vía biliar.
      - Colangitis aguda supurada.
      - Abscesos.
      - Pancreatitis aguda secundaria.
      - Shock anafiláctico.
    - En series quirúrgicas: hasta 46% presentaban absceso hepático hidatídico y 23% colangitis aguda.
    - Lesión de aspecto heterogénea (85%) de predominio en LHD.
    - Clínica: inespecífica, puede simular ictericia obstructiva +/- hepatomegalia.

# DIAGNÓSTICO

## Técnicas de imagen

- Ecografía abdominal
- Radiografía convencional
- TC
- RMN

Tipo lesión	Actividad	Ecografía	Esquema
CL	Activo	Lesión quística sin pared	
CE1	Activo	Lesión con pared, arenilla y signo de los copos de nieve	
CE2	Activo	Lesión <u>multivesiculada</u> , <u>septada</u> , signo del panal y vesículas hijas visibles	
CE3	Transicional	Lesión <u>unilocular</u> con desprendimiento de la membrana laminar dentro del quiste, signo del camalote	
CE4	Inactivo	Lesión heterogénea sin vesículas hijas, contenido degenerativo	
CE5	Inactivo	Calcificación total o parcial de la pared	

# DIAGNÓSTICO

## Serología

- ↑ número de pacientes con hidatidosis confirmadas tienen serología negativa.
- Reactividad cruzada

### SCREENING

- Aglutinación en látex
- Doble difusión
- Hemaglutinación indirecta
- ELISA

### CONFIRMACIÓN

- Inmunoblot
- Inmunoelectroforesis
- Otros

- **Detección anticuerpos:** ELISA/hemaglutinación indirecta. IgG en suero. Falsos negativos y positivos. No útil para seguimiento. Confirmación con Inmunoblot.
- **Detección de antígenos:** útiles para detectar los falsos negativos.
- **Detección de citocinas:** ELISA, similar a anticuerpos.

- 
- Antígenos nativos (AgB, Ag5)
  - Antígenos recombinantes (isoformas AgB, Ag5, otros)

# DIAGNÓSTICO

Clínica



Serología



Técnicas de imagen

## Criterios clínicos

- Reacción anafiláctica debida a la ruptura del quiste.
- Masa quística sintomática diagnosticada mediante técnicas de imagen.
- Quiste diagnosticado de forma incidental mediante técnicas de imagen en un paciente asintomático.

## Criterios diagnósticos

- Lesión característica diagnosticada mediante técnicas de imagen.
- Serología positiva (confirmación con otro método más específico).
- Examen microscópico del fluido o muestra histológica compatible.
- Hallazgo quirúrgico macroscópicamente compatible.

Definición de caso :

- **Caso posible:** Criterios clínicos o criterio epidemiológico más técnica de imagen o serología positivas.
- **Caso probable:** Criterios clínicos más criterio epidemiológico más técnica de imagen más serologías positivas (en dos ocasiones).
- **Caso confirmado:** Los criterios previos más demostración del parásito en la microscopía, examen histológico o mediante demostración macroscópica en la intervención quirúrgica; o bien cambios evolutivos ecográficos espontáneos o después del tratamiento escolicida.

**Diagnóstico de certeza:** hallazgo del parásito en el examen microscópico del fluido del quiste hidatídico o en la muestra histológica.

# TRATAMIENTO

## OBJETIVO: ELIMINAR EL PARÁSITO

- Esterilización del quiste
  - ✦ Administración oral de agentes escolicidas
  - ✦ Inyección de solución escolicida en cavidad quística
  - ✦ Ablación con radiofrecuencia
- Extracción del parásito
  - ✦ Hidatidectomía
  - ✦ Cistectomía
  - ✦ Resección hepática

# TRATAMIENTO

## ○Benzimidazoles:

- De elección: **Albendazol** 10-15mg/kg/d, repartidos en 2 dosis diarias.
  - Requiere tratamiento prolongado (3-6m)
  - Curación 30% (se incrementa en quistes pequeños CE1 y CE3a)
  - Debe de iniciarse entre 4d-1m previo a la cirugía y continuar tratamiento al menos 1m.
- Alternativa: **Mebendazol**. Menos eficaz.
  - 40-50mg/kg/d, repartido en tres dosis

## • Otras:

- Praziquantel: 40 mg/kg una vez a la semana, con Albendazol.
  - Parece ser más efectivo que Albendazol solo para eliminar protoescolices.
  - Estudios en animales: 125-150 mg IL-17 disminuyen crecimiento de los quistes.



# TRATAMIENTO

Indicaciones	Contraindicaciones
<i>Quistes inoperables en hígado/pulmón.</i>	<i>Quistes con riesgo de rotura.</i>
<i>Múltiples quistes en 2 o más órganos.</i>	<i>Embarazo.</i>
<i>Quistes &lt; 5 cm C1 o C3a en hígado/pulmón que responda bien a tratamiento con benzimidazoles.</i>	<i>Hepatopatía crónica.</i>
<i>Quistes peritoneales.</i>	<i>Mielodepresión.</i>
<i>Profilaxis de recurrencias en cirugía y tratamiento percutáneo.</i>	<i>Quistes inactivos o calcificados, salvo complicación.</i>
	<i>Quistes &gt; 10 cm.</i>

# TRATAMIENTO

## Inyección de solución esclícida en el quiste:

- Aspiración del contenido e inyección de solución esclícida y posterior reaspiración
  - **Laparoscópica**
  - **Percutánea = PAIR**
    - Inyectan suero salino al 20% o etanol
    - Profilaxis: Albendazol 4h antes y 1m después
    - Valorar si hay comunicación biliar antes de inyectar esclícida por: bilirrubina en líquido o uso de contraste.
    - Los quistes >10 cm precisan catéter percutáneo

# TRATAMIENTO

## Indicaciones

***Quistes hidatídicos hepáticos no complicados***

***Alto riesgo quirúrgico***

***Inoperables***

***Embarazadas***

***Recidivas tras cirugía o tratamiento médico.***

## Contraindicaciones

***Quistes inaccesibles.***

***Quistes muy superficiales (riesgo de diseminación abdominal)***

***Quistes con material sólido***

***Quistes calcificados***

***Rotura a vía biliar***

# TRATAMIENTO

## **Ablación por radiofrecuencia:**

- Se puede hacer vía percutánea
  - El contenido del quiste es destruido por el calor igual que con los agentes químicos.
  - Procedimiento simple.
  - Procedimiento seguro para destruir la vesícula germinal.

# TRATAMIENTO

## CIRUGÍA

- Hidatidectomía:
  - Igual que PAIR, pero con aspiración total, a alta presión para extraer membranas y restos.
    - Vías: laparotomía, laparoscopia o percutánea (Pevac).
- Cistectomía:
  - Vía laparotómica y laparoscópica (más riesgo)
- Resección hepática:
  - Indicaciones:
    - 1ª elección en quistes complicados
    - Quistes grandes con múltiples vesículas hijas
    - Quistes únicos superficiales
    - Quistes infectados
    - Comunicación con vía biliar
    - Compresión de órganos vitales adyacentes

**MUCHAS GRACIAS  
POR SU ATENCIÓN**