

QUISTE HIDATIDICO SEUDOTUMORAL EN ABDOMEN

Dr. Caballero Fabián (+), Dr. Badra Roberto (+), Dr. Janikow Christian (+), Dr. Mansilla Eduardo (++), Dr. Karim Fayad (++), Dr. Sánchez Carlos (++) y Dr. Lada Paul Eduardo (+++).

- (+) Jefe de Guardia Central. Servicio de Guardia Central. Hospital Nacional de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas. UNC**
- (++) Residente de Guardia Central. Servicio de Guardia Central. Hospital Nacional de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas. UNC**
- (+++)** Jefe del Servicio de Guardia Central. Hospital Nacional de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas. UNC

(+++) Lada Paul Eduardo
Santa Rosa 1564. B° Alberdi.
(5000) Córdoba.
Argentina.

RESUMEN

La enfermedad hidatídica es una infección parasitaria, que es causada por el *Equinococcus Granulosus*. El sitio más frecuente del parásito dentro del organismo se lo encuentra en el hígado y el pulmón, como así también se puede observar en cualquier parte del cuerpo humano. La hidatidosis hepática se caracteriza por un desarrollo importante e insidioso en la gran mayoría de los pacientes. Ocasionalmente el quiste puede progresivamente incrementar en su tamaño y remedar una ascitis, o un gran tumor abdominal.

La ruptura dentro de la cavidad peritoneal entre el 3,2 % al 16 % de los casos. Las quistes hijas pueden a menudo simular la apariencia de tumores quísticos y fácilmente confundirse con otro tipo de tumores de la cavidad abdominal. Los quistes grandes asintomáticos son aún más raros, son bien encapsulados que tienen una fuerte adherencia al peritoneo parietal o al epiplón, pero que no están calcificados, presentado las características de tumores gigantes quísticos intra-abdominales, como ocurrió en nuestro paciente.

PSEUDOTUMORAL HYDATID CYST IN ABDOMEN

SUMMARY

Hidatidic disease is a parasitic infection that is caused by *Echinococcus granulosus*. The liver and the lung are the most common side for this parasitic disease, but it can affect any part of the human body. Hepatic Hidatidic disease is characterized by an insidious development of one or more cysts. Occasionally the cyst may progressively increase in size and mimic ascites or a large abdominal tumor.

Rupture in the peritoneal cavity can occur in 3,2 to 16% of cases. The daughter cysts can often simulate the appearance of cysts tumors and easily be confused with other cysts tumors of the abdominal cavity.

Large cysts generally are not asymptomatic, they are well encapsulated with strong adherence to the parietal peritoneum or omentum and cannot have calcificated wall, so it can be confused with large cysts of de abdominal cavity, just as in our case.

INTRODUCCION:

El *Echinococcus Granulosus* es el parásito causante de la hidatidosis, que es una zoonosis que se distribuye en todo el mundo, especialmente en países del medio oriente, del mediterráneo y de Latinoamérica (1). El lugar más común de localización en los órganos de esta parasitosis es la invasión anatómica al hígado y el pulmón.

La hidatidosis hepática se caracteriza por un desarrollo importante e insidioso en la gran mayoría de los pacientes, con un probable potencial de diseminación hacia el peritoneo de quistes hidatídicos hijas. Ocasionalmente el quiste puede progresivamente incrementar en su tamaño y remedar una ascitis, o un gran tumor abdominal. Debido a este gran tamaño del quiste puede ser difícil hacer su diagnóstico (2).

En nuestra experiencia, presentamos un caso raro de un gran quiste hidatídico abdominal creciendo en forma exofítica a partir del lóbulo derecho del hígado, remediando un masa tumoral de abdomen.

MATERIAL Y METODO:

Caso Clínico: B.R.S. Paciente de sexo masculino, 44 años de edad, de nacionalidad peruana. Dentro de sus antecedentes es haber vivido en la selva peruana durante varios años. Al interrogatorio manifiesta aumento de tamaño de su abdomen sin dolor en estos dos últimos años. Refiere que el crecimiento fue de la parte superior hacia la parte inferior del abdomen. Además en estos 2 últimos meses antes de su consulta refiere distensión abdominal, plenitud gástrica luego de la ingesta. Al examen físico: Peso: 101 Kg. Talla 1,70 cm. FC: 80 x'. TA: 130/80. Abdomen distendido y deforme. A la palpación masa dura, poco móvil que comienza en región de hipocondrio derecho y epigastrio hacia flanco derecho, f.i.d e hipogastrio. Laboratorio: Prueba para hidatidosis (+). Resto normal. Una Ecografía de abdomen pone en evidencia un quiste gigante de aproximadamente de 25 cm de largo, 15 cm transversal por 10 cm de profundidad que se ubica a partir de la región hepática hacia la cavidad pélvica. Además se observa múltiples tabiques internos dentro del quiste. Se observa dentro de la cavidad quística contenido líquido con contenido sólido (**Fig. N° 1**). La T.A.C. de abdomen confirma la masa quística gigante bilobulada, con contenido líquido y sólido en su interior con múltiples tabiques. Comienza a nivel del segmento V del hígado, ocupando gran parte del abdomen sobre la región derecha de dicha cavidad abdominal, desplazando las asas intestinales hacia la izquierda y se extiende hacia la región de la cavidad pélvica. Esta masa esta contacto con la pared abdominal. Litiasis vesicular (**Fig. N° 2**) (**Fig. N° 3**) (**Fig. N° 4**). Se decide tratamiento médico con albendazol 400 mg dos veces x día durante 1 mes. Posteriormente se realiza laparotomía exploradora con el diagnóstico de tumor quístico abdominal de probable origen hidatídico. Se lleva a cabo una incisión mediana supra e infra umbilical. Se comprueba dicho quiste gigante con múltiples adherencias a epiplón y algunas asas de intestino delgado que son liberadas. Luego se procede a la inyección de sustancia hiperclorurada al quiste al cual se punciona con el aspirador de Finocchietto, se aspira su contenido de líquido claro como cristal de roca, retirando aproximadamente 2 litros de líquido y gran cantidad de quistes hijas. Luego se procede su resección del quiste a unos 5 cm de la base de implantación. Colectomía y colangiografía intraoperatoria. Se finaliza resecando el quiste del hígado a lo Mabitt Lagrot. Luego puntos con vicryl 3.0 realizando sutura del borde del hígado con el quiste. Control de

hemostasia. Drenajes en cavidad. Cierre por planos. El postoperatorio fue normal a los 6 días de alta. Se indico albendazol 400 mg dos veces por día durante 2 meses.

DISCUSION:

La enfermedad hidatídica es una infección parasitaria, que es causada por el *Equinococcus Granulosus*. El sitio más frecuente del parásito dentro del organismo se lo encuentra en el hígado y el pulmón, como así también se puede observar en cualquier parte del cuerpo humano (3). Esta enfermedad puede ser hallada en cualquier parte del mundo, pero es especialmente endémica en Asia, África, Australia, Oeste y Este de Europa, América Central y Sudamérica. Asimismo, esta patología en la mayoría de los casos permanece clínicamente en forma silente durante años en los órganos donde se ha asentado (4) (5).

Cuando el quiste hidatídico de hígado presenta síntomas aparece con dolor abdominal, la fiebre con escalofríos se presenta cuando el quiste está infectado secundariamente. La ruptura de este quiste es la complicación más común y puede ocurrir debido a un trauma o por expansión del mismo, pudiendo conectarse con la vía biliar, la cavidad torácica, vísceras adyacentes ó la cavidad peritoneal (2). De acuerdo a Lewall y cols (6), existen tres tipos de ruptura del quiste: el contenido, el comunicante y el directo. La incidencia de ruptura de estos quistes varía desde 1,75 % al 8,6 % (7) (8). La ruptura dentro de la vía biliar principal puede ser observada de acuerdo a la literatura (9) entre el 5 % al 25 %, mientras que en la cavidad peritoneal entre el 3,2 % al 16 % de los casos (10). Los quistes hijas pueden a menudo simular la apariencia de tumores quísticos y fácilmente confundirse con otro tipo de tumores de la cavidad abdominal (11) como ocurrió en nuestro caso.

Clínicamente los quistes hidatídicos son más a menudo encontrados en el hígado entre un 60-70 % de los casos, en el pulmón entre el 10-25 % (12), y en menor frecuencia de localización en el cerebro (13), hueso (14) y corazón (15). Los quistes gigantes de tipo hidatídicos son raros. Por otro lado, inicialmente los quistes del hígado no complicados siempre son asintomáticos y permanecen por largos períodos de esta forma, cuando son pequeños, bien encapsulados o están calcificados. Los quistes grandes asintomáticos son aún más raros, son bien encapsulados que tienen una fuerte adherencia al peritoneo parietal o al epiplón, pero que no están calcificados, presentado las características de tumores gigantes quísticos intra-abdominales (12). En relación a nuestra experiencia, el paciente manifestó no tener dolor, con distensión abdominal, dispepsia, pero si, expresó el crecimiento de su abdomen en estos 2 últimos años. La sospecha clínica diagnóstica en este caso pensamos en un tumor abdominal intra peritoneal, pero posteriormente con el resultado de una prueba de hidatidosis positiva nos sugirió el probable origen de un quiste hidatídico.

De acuerdo a Yukl M y cols (16), el riesgo de ruptura se incrementa con el aumento del tamaño del quiste y la presión del mismo. Los síntomas y signos clínicos de la ruptura de un quiste hidatídico no son siempre es severa, pero la perforación libre, permite que el líquido hidatídico pueda causar una peritonitis química. Sin embargo, esta clínica de peritonitis puede desarrollarse en forma más temprana y más severa, si está asociada a un coleperitoneo (10). Este último evento no ocurrió en nuestro paciente.

La ecografía y T.A.C de abdomen pueden ayudar a identificar las características del quiste y si hubiera una perforación libre, se observara la presencia de líquido libre dentro de la cavidad peritoneal. La sensibilidad de estos métodos varían entre el 83 % al 100 % (10) (17). Existe una clasificación, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud y del Grupo de Trabajo de *Echinococcosis* (18) en relación a las imágenes de la ecografía de abdomen. Esta institución reconoce cinco tipos de imágenes de acuerdo a la morfología y estructura del quiste hidatídico, por ejemplo el: tipo CE2 y CE3 representa la imagen típica quística hidatídica, el tipo CE1 y CE5 sugiere la posibilidad de un quiste hidatídico y finalmente el tipo CE4 simula un tumor quístico. En nuestro caso, la figura 2 sería la imagen típica CE4. En la T.A.C. se puede observar una imagen quística uniloculares o multilocular con tabiques intra-quística, que en los diferentes cortes puede mostrarse membranas dentro del quiste. Además demostrar un componente cálcico en la pared quística no más de 1mm (19). En nuestra experiencia la T.A.C. demostró una imagen bilobulada, con tabiques múltiples y contenido líquido y sólido.

Una vez detectada la complicación temprana de una perforación libre del quiste que puede llevar a una situación de abdomen agudo y a un shock anafiláctico, sin duda que el tratamiento es quirúrgico con la completa eliminación del parásito y la prevención de la recurrencia de la enfermedad constituye el tratamiento ideal de esta enfermedad hidatídica (20), hecho que no ocurrió en nuestro paciente. Por el contrario, en aquellos pacientes que no presentan esta complicación del quiste hidatídico existe controversia sobre el beneficio de un tratamiento radical o conservador debido a que cada conducta tiene sus beneficios y desventajas (21). El tratamiento anti helmíntico, de acuerdo a la literatura debe ser 2-3 semanas antes de la cirugía y continuado durante 6 a 8 semanas en el postoperatorio (22) Por otro lado, en los pacientes con ruptura libre debe ser realizado lo más pronto posible luego de la cirugía y continuado entre 1 a 6 meses, dependiendo de las circunstancias del paciente, para reducir el riesgo de recurrencia (21).

El tratamiento de elección de estos quistes hidatídicos del hígado con crecimiento intra-abdominal por ruptura va depender del estadio, localización, tamaño y complicación (23). Para nosotros, creemos que en el quiste abdominal hidatídico la resección completa permanece como el tratamiento de elección con enfermedad sintomática. Por el contrario, en el quiste de hígado somos conservadores realizando la cirugía de Mabbit (24). Como lo llevamos a cabo en nuestra experiencia.

Finalmente, pensamos que en los quistes hidatídicos gigantes en el abdomen con síntomas o sin síntomas son una patología extremadamente rara, pudiendo ser fácilmente no diagnosticada y confundida con una masa pseudotumoral o tumor quístico de abdomen, donde debe ser considerado el diagnóstico diferencial y la decisión de una cirugía radical.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Ozturk G, Aydinli B, Yildiran MI, et al.: Post-traumatic free intraperitoneal rupture of liver cystic echinococcosis: a case series and review of literatura. *Am. J. Surg.* 2007. 194 (3): 313-316.
- 2.- Turgut AT, Altin L, Topcu S, et al.: Unusual imaging characteristics of complicated hydatid disease. *Eur. J. Radiol.* 2007. 63 (1): 84-93.
- 3.- Derici H, Tansug T, Reyhan E, et al.: Acute intraperitoneal rupture of hydatid cysts. *World. J. Surg.* 2006. 30 (10): 1879-1883.
- 4.- Kok AN, Yurtman T, Aydin NE.: Sudden death due to ruptured hydatid cysts of the liver. *J. Forensic. Sci.* 1993. 38 (4): 978-980.
- 5.- McManus DP, Zhang W, Li J, et al.: Echinococcosis. *Lancet.* 2003. 362: 1295-1304.
- 6.- Lewall DB, McCorkell SJ.: Rupture of echinococcal cysts: diagnosis, classification, and clinical implications. *AJR.* 1986. 146: 391-394.
- 7.- Sozuer EM, Ok E, Arslan M.: The perforation problem in hydatid disease. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 2002. 66: 575-577.
- 8.- Beyrouiti MI, Beyrouiti R, Abbes I, et al.: Acute rupture of hydatid cysts in the peritoneum: 17 cases. *Presse. Med.* 2004. 33: 378-384.
- 9.- Gulalp B, Koseoglu Z, Toprak N, et al. Ruptured hydatid cyst following minimal trauma and few signs on presentation. *Neth. J. Med.* 2007. 65(6): 117-118.
- 10.- Ray S, Das K.: Spontaneous intraperitoneal rupture of hepatic hydatid cyst with biliary peritonitis: a case report. *Cases. J.* 2009. 2: 6511-6513.
- 11.- Charfi S, Ayadi L, Toumi N, et al.: Cystic undifferentiated sarcoma of liver in children: a pitfall diagnosis in endemic hydatidosis areas. *J. Ped. Surg.* 2008. 43(6): 1-4.
- 12.- Petrakis I, Grysbolaki E, Paraskakis S, et al.: Pseudotumoral Hydatid Cyst: Report of a Case. *HPB Surgery.* 2009. Article ID 137956, 3 pages doi:10.1155/2009/137956
- 13.- Bu'kte Y, Kemanog'lu S, Nazarog'lu H, et al.: Cerebral hydatid disease: CT and MR imaging findings. *Swiss Medical Weekly.* 2004. 134 (31-32): 459-467.
- 14.- Kalkan E, Torun F, Erdi F, et al.: Primary lumbar vertebral hydatid cyst. *J. Clin. Neuroscience.* 2008. 15 (4): 472-473.
- 15.- Thameur H, Abdelmoula, Chenik S, et al.: Cardio-pericardial hydatid cysts. *World J. Surg.* 2001. 25(1): 58-67.
- 16.- Yuksel M, Kir A, Ercan S, et al.: Correlation between sizes and intracystic pressures of hydatid cysts. *Eur. J. Cardiothorac. Surg.* 1997. 12: 903-906.
- 17.- Akcan A, Akyildiz H, Artis T, et al.: Peritoneal perforation of liver hydatid cysts: clinical presentation, predisposing factors, and surgical outcome. *World. J. Surg.* 2007. 31(6): 1284-1291.
- 18.- WHO Informal Working Group.: International classification of ultrasound images in cystic echinococcosis for application in clinical and field epidemiological settings. *Acta Tropica.* 2003. 85(2): 253-261.

- 19.-** [Amin](#) MU, [Mahmood](#) R, [Shafique](#) M, et al.: Pictorial review: Imaging features of unusual patterns and complications of hydatid disease. *J Radiol. Case Rep.* 2009. 3(12): 1-24.
- 20.-** Craig PS, McManus DP, Lightowers MW, et al.: Prevention and control of cystic echinococcosis. *The Lancet Infectious Diseases.* 2007. 7(6): 385-394.
- 21.-** Yilmaz M, Akbulut S, Kahraman A, et al.: Liver Hydatid Cyst Rupture Into the Peritoneal Cavity After Abdominal Trauma: Case Report and Literature Review. *Int. Surg.* 2012. 97: 239-244.
- 22.-** De Wispelaere L, Vande Velde S, Schelstraete P, et al. Anaphylactic shock as a single presentation of Echinococcus cyst. *Acta Gastroenterol. Belg.* 2011. 74(3): 462-464.
- 23.-** Buttenschoen K, Buttenschoen C.: Echinococcus granulosus infection: the challenge of surgical treatment. *Langenb. Arch. Surg.* 2003. 388(4): 218-230.
- 24.-** Aydin U, Yazici P, Onen Z, et al.: The optimal treatment of hydatid cyst of the liver: radical surgery with a significant reduced risk of recurrence: *Turk. J. Gastroenterol.* 2008. 19(1): 33-39.

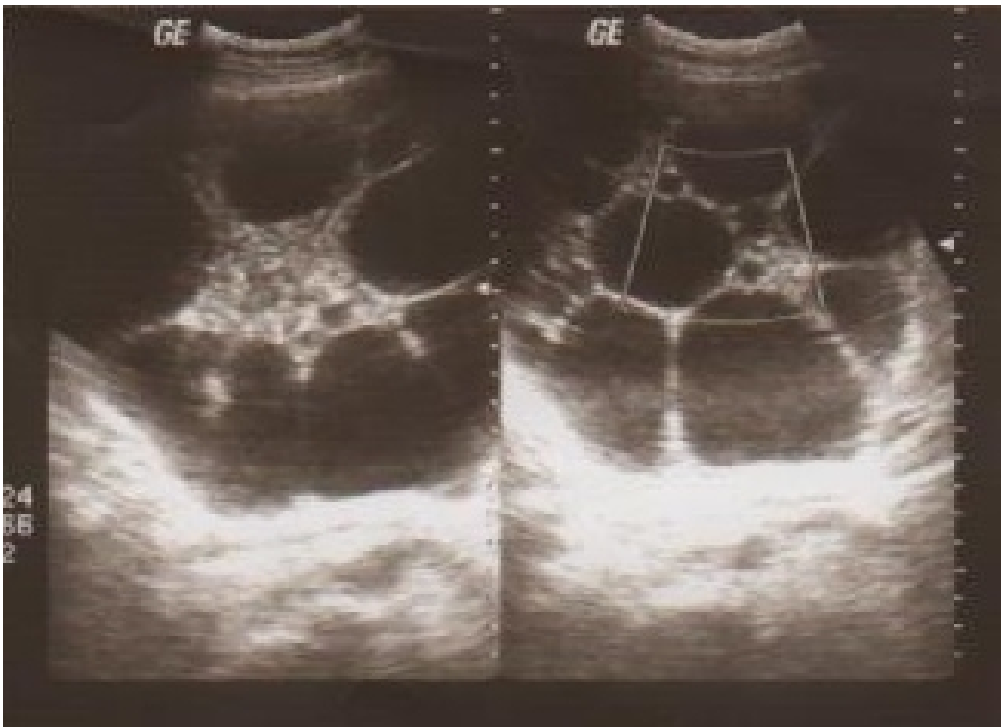


Fig. N° 1: Quistes múltiples y tabicados en cavidad abdominal.

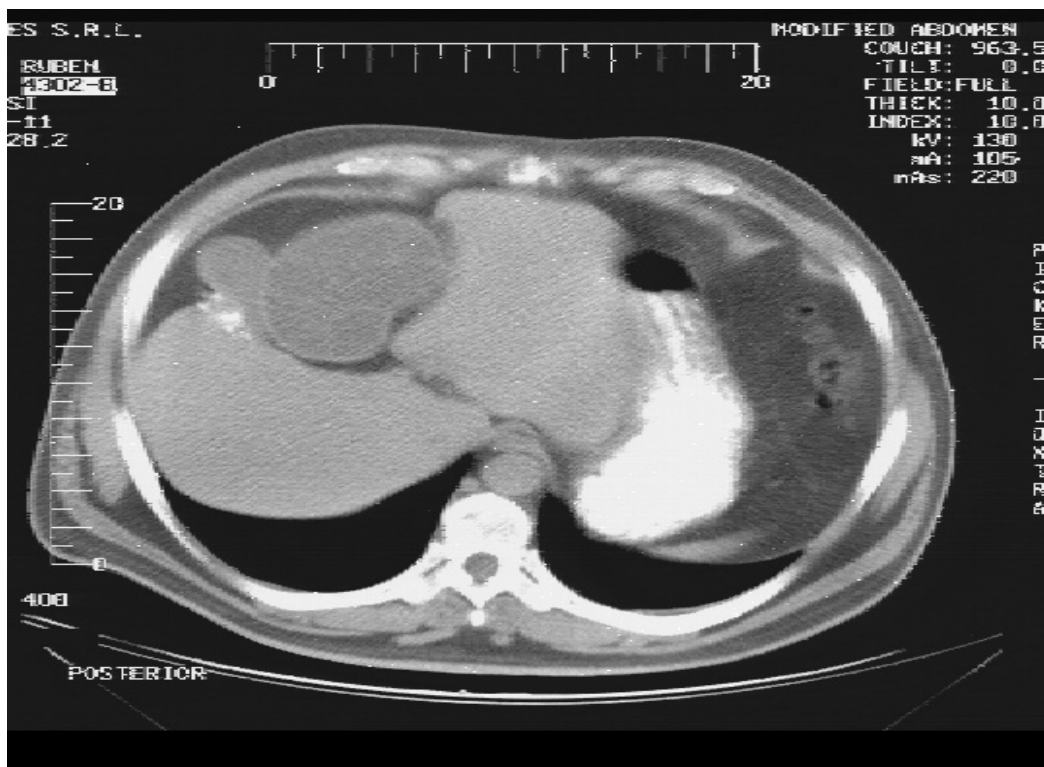


Fig. N° 2: La T.A.C. demuestra que comienza a nivel del segmento V del hígado.

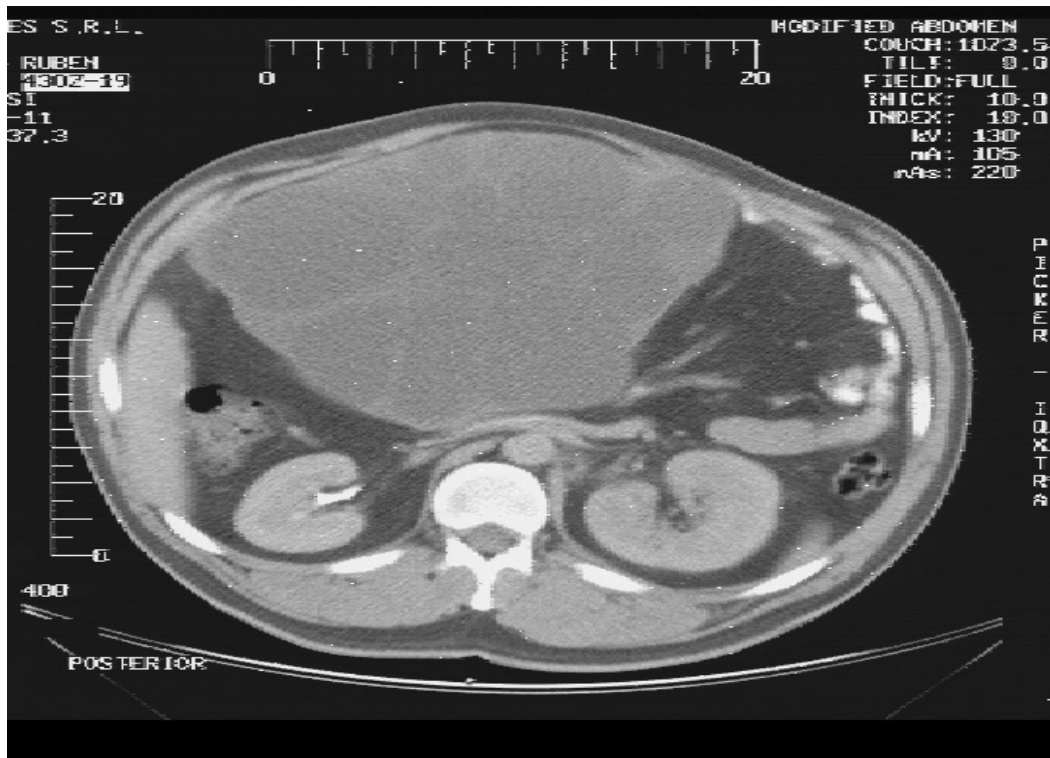


Fig. N° 3: La T.A.C. de abdomen confirma la masa quística gigante, con contenido líquido y sólido en su interior con múltiples tabiques.

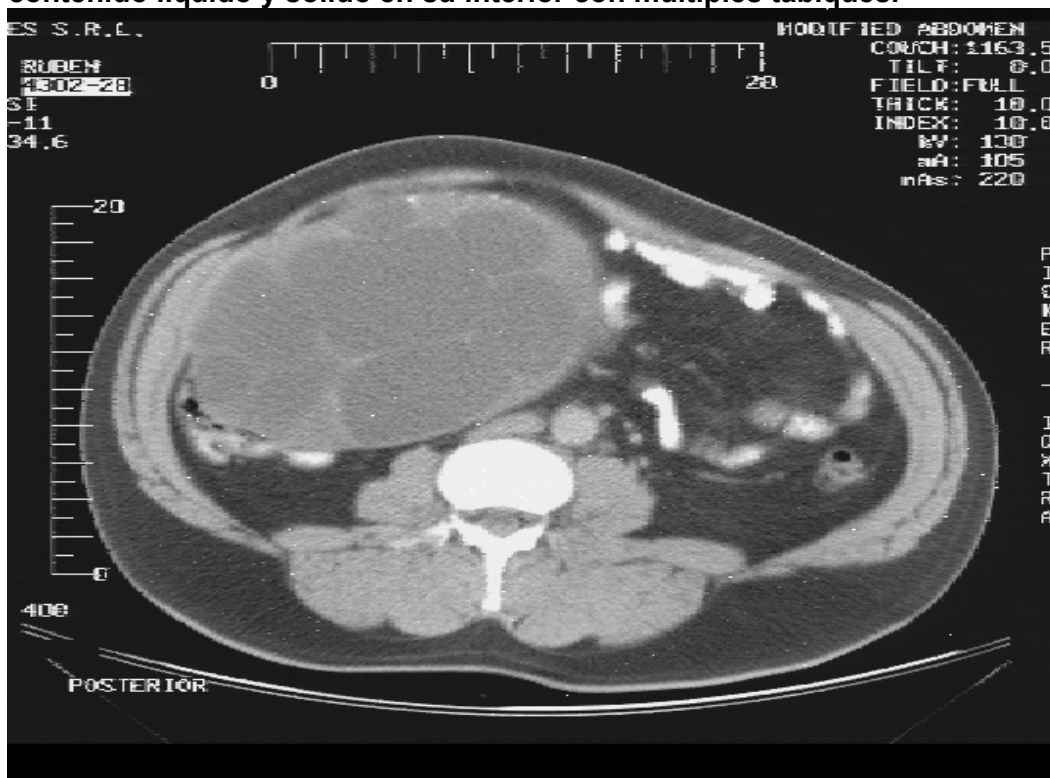


Fig. N° 4: En el estudio se observa que se extiende hacia la región de la cavidad pélvica, ocupando gran parte del abdomen sobre la región derecha de dicha cavidad abdominal.