



## 160/2314 - Hidatidosis como causa de dolor abdominal

M.N. Plasencia Martínez<sup>a</sup>, A. de Miguel Gómez<sup>b</sup> y M.Á. Quintans Armental<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia. <sup>b</sup>Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 46 años y origen marroquí sin otros antecedentes de interés que consulta múltiples ocasiones al médico de familia por cuadro de dolor abdominal anodino localizado en epigastrio e hipocondrio derecho, que se acompaña de ocasional dolor tipo pleurítico en región baja de tórax, dispepsia, y sensación nauseosa sin vómitos, así como episodios de distensión abdominal, astenia generalizada y ocasional febrícula referida y no termometrada. Evolución de inicio insidioso y curso progresivo con alternancia de largos periodos asintomáticos y periodos sintomáticos con escasa respuesta a tratamiento farmacológico (IBPs, procinéticos, analgesia...). Múltiples visitas a urgencias con misma sintomatología y diagnósticos de dolor abdominal inespecífico y dispepsia funcional. Tras meses de evolución sin otra clínica ni analítica sugestiva de patología la pérdida de peso al final del proceso decide el estudio radiológico que aporta el diagnóstico.

**Exploración y pruebas complementarias:** EF: abdomen blando y depresible con peristaltismo conservado y sin signos de irritación peritoneal no defensa abdominal ni masas o megalias y mínimo dolor a palpación profunda en hipocondrio derecho, ocasional y ligero timpanismo. Constantes y resto de exploración por aparatos y sistemas incluida piel y mucosas sin hallazgos patológicos. An sanguíneas: múltiples en consulta de A. Primaria y urgencias con estudio de función renal, hepática, biliar, pancreática, hemograma y fórmula leucocitaria con únicos hallazgos de ligera elevación de PCR (1,9) y alfafetoproteína (9,4). Rx simple abdomen: lesión a nivel hepático, con calcificaciones y desplazamiento de estructuras vecinas. Ecografía abdominal: quistes hepáticos. TAC abdominal: quistes hepáticos. Dos lesiones dependientes del segmento 6 hepático una intracapsular de 5,6 cm con focos de calcificación y membranas en su interior y otra extracapsular de 6,2 cm y con calcificación extensa de su pared. Resto de abdomen normal y ausencia de adenopatías.

**Juicio clínico:** Quistes hidatídicos.

**Diagnóstico diferencial:** Con otras lesiones hepáticas (quísticas aisladas o poliquistosis y solidas primarias (hemangiomas) o secundarias.

**Comentario final:** 1. El diagnóstico de dispepsia funcional exige excluir otras patologías, cuyo estudio se orienta y dirige basándose en analítica dirigida, sin embargo la normalidad de esta no excluye la hidatidosis cuyo diagnóstico fundamental se basa en clínica, sospecha y estudio radiológico. 2. La hidatidosis es frecuente a nivel mundial por lo que debe sospecharse sobre todo en

población inmigrante, en España los registros en ciertas comunidades (Salamanca, Aragón) se mantienen o incluso se elevan ocasionalmente pudiendo considerarse una enfermedad reemergente.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Moro PL. Treatment of echinococcosis. Up to date 2015. Disponible en <http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-echinococcosis>
2. Pearson RD. Echinococcosis (Hydatid Disease) Merck Manuals Disponible en <http://www.merckmanuals.com/professional/infectious-diseases/cestodes-tapeworms/echinococcosis-hydatid-disease>
3. Vuitton DA. Echinococcosis. Medscape Disponible en <http://emedicine.medscape.com/article/214349-overview>
4. WHO Echinococcosis Fact sheet N°377 Updated May 2015 Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs377/en/>