

Quiste hidatídico esplénico gigante

Juan Ignacio González-Muñoz^a, María Angoso-Clavijo^a, Alfonso Marcos-Sánchez^a, Juan Antonio García-Jiménez^b,
Aldolfo Cascón-Sánchez^a, Enrique García-Castillo^a y Ángel Prado-Morales^a

^aServicio de Cirugía. Hospital Ciudad de Coria. Coria. Cáceres. España. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Ciudad de Coria. Cáceres. España.

Resumen

La hidatidosis es una parasitosis relativamente frecuente en determinadas áreas geográficas, y hace referencia al desarrollo en el organismo humano de tumoraciones quísticas que corresponden a la fase larvaria del *Echinococcus granulosus*.

Los órganos más frecuentemente afectados son el hígado y los pulmones. La afectación esplénica única es rara y suele cursar con dolor abdominal y una masa palpable en el hipocondrio izquierdo. El tratamiento de elección es quirúrgico. Se recomienda la cirugía radical (esplenectomía), sobre todo en los quistes grandes, y la cirugía conservadora se deja para los pacientes en edad pediátrica o con quistes irreseccionables. La cirugía laparoscópica de esta patología tiene algunas limitaciones.

Palabras clave: Hidatidosis. Bazo. Cirugía.

GIANT SPLENIC HYDATID CYST

Hydatidosis is a relatively frequent parasitic disease in some geographical areas and is caused by infection with *Echinococcus granulosus* larvae leading to the development of cysts.

The most frequently affected organs are the liver and lungs. Splenic involvement alone is rare and produces mild abdominal discomfort and a palpable mass in the left hypochondriac region. The treatment of choice is surgery. Radical surgery (splenectomy) is recommended, especially in large cysts. Conservative procedures are employed in pediatric patients or unresectable cysts. Laparoscopic techniques have had limited success.

Key words: Hydatidosis. Spleen. Surgery.

Introducción

La hidatidosis es una enfermedad parasitaria producida por *Echinococcus* en su forma larvaria que infecta al ser humano como huésped intermediario accidental.

Aunque es una infección muy poco frecuente, existen áreas endémicas como los países mediterráneos, Oriente Medio, India, Australia o Sudamérica. La mayoría de los quistes hidatídicos tienen una localización hepática (50-80%), seguida de la pulmonar (25%). El bazo se afecta en un 0,5-6% de los casos y generalmente unido a otras localizaciones^{1,2}. Suelen ser quistes únicos y uniloculares. El tratamiento de elección de la hidatidosis esplénica ha sido la esplenectomía, si bien recientemente

existe la tendencia a preservar todo o parte del bazo, cuando sea posible.

Se presenta un caso de hidatidosis esplénica única, gigante y multilocular.

Caso clínico

Mujer de 41 años, que consultó por dolor y distensión abdominal progresiva. En la exploración física destacaba la presencia de una tumoración abdominal elástica, no dolorosa, que ocupaba epigastrio, hipocondrio y vacío izquierdos. Las exploraciones complementarias revelaron la presencia de anemia y leucopenia leves y trombopenia. Cabe destacar que la serología de la hidatidosis (hemaglutinación indirecta) fue negativa. Se realizó radiología simple, ecografía y tomografía computarizada (TC) abdominal que demostraron la existencia de una tumoración sólido-quística de 24 cm de diámetro máximo que dependía del bazo (fig. 1), sin la presencia de quistes hepáticos, renales ni pulmonares.

La paciente fue intervenida quirúrgicamente mediante una laparotomía media. Tras aislar el campo operatorio con suero salino hipertónico y liberar la tumoración de los órganos vecinos, se realizó esplenectomía total, sin evacuación previa del quiste y sin que existiera reacción anafiláctica.

Correspondencia: Dr. J.I. González-Muñoz.
Servicio de Cirugía. Hospital Ciudad de Coria.
Cervantes, 75. 10800 Coria. Cáceres. España.

Manuscrito recibido el 5-11-2004 y aceptado el 4-1-2005.

En el período postoperatorio inmediato, la paciente presentó hidroneumotórax, que requirió drenaje percutáneo, y anemia, que requirió la administración de 4 unidades de concentrados de hemáties y otras 4 de plaquetas. Se vacunó a la paciente frente a *Haemophilus influenzae* y *Staphylococcus pneumoniae*. La paciente fue dada de alta al séptimo día tras la intervención quirúrgica.

El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de quiste hidatídico multilocular (fig. 2). Tras 1 año de seguimiento no hay evidencia de recidiva de la enfermedad.

Discusión

La hidatidosis, si bien es una enfermedad benigna, puede tener consecuencias fatales. En áreas endémicas, como España, se debe tener presente la hidatidosis como diagnóstico diferencial de una tumoración quística abdominal, torácica e incluso de partes blandas. Entre el 50 y el 80% de los quistes esplénicos en estas áreas son hidatídicos³.

El aspecto más controvertido de la hidatidosis esplénica es su tratamiento.

Se ha intentado controlar la enfermedad de forma conservadora con el empleo de benzimidazoles solos o asociados a punción percutánea guiada con ecografía⁴, pero el alto número de recidivas y complicaciones lo desaconsejan. Tampoco se ha observado un beneficio evidente con el empleo de esta medicación de forma peroperatoria⁵.

El tratamiento de elección es el quirúrgico. Sólo estaría indicado el tratamiento conservador en casos inoperables por patología asociada o rechazo del paciente a la intervención, y en quistes pequeños⁵. La discusión se centra hoy en día en el tipo de resección: ¿cirugía conservadora o esplenectomía?, ¿abierta o por laparoscopia?

Al igual que otros autores, creemos que el mejor tratamiento es el que erradica la enfermedad con el menor riesgo posible.

Muchos autores defienden la esplenectomía parcial, la enucleación del quiste o la quistectomía parcial con omentoplastia como tratamiento de elección, sobre todo en edad pediátrica^{1,3,5,6}. Se estima que para mantener la función normal del bazo en el adulto, es necesario que sea viable el 50% del parénquima esplénico sano y el 20-30% en la población infantil⁵.

Aunque la preservación parcial del bazo disminuye la incidencia de sepsis, es una intervención laboriosa, hemorrágica y sólo realizable en quistes superficiales, polares o irresecables debido a las adherencias a órganos vecinos. Además la compresión del parénquima esplénico sano por el quiste, mayor cuanto más grande es éste, dificulta su preservación de forma viable.

Otros autores recomiendan la esplenectomía como tratamiento de la hidatidosis esplénica porque evita la presencia de cavidades residuales que puedan sobreinfectarse, elimina la posibilidad de quistes esplénicos múltiples y es técnicamente más sencilla. Además, una correcta vacunación y el tratamiento antibiótico disminuyen la incidencia de sepsis postesplenectomía^{2,5,7,8}.

La morbilidad es semejante en ambos tipos de intervención (0-25%) al igual que la mortalidad (0-7%), pero la recidiva es significativamente menor con la cirugía radical⁵.



Fig. 1. Tomografía computarizada en la que se observa el quiste hidatídico esplénico que contacta íntimamente con el estómago, el lóbulo izquierdo del hígado, la cola del páncreas y el riñón izquierdo. Destaca la presencia de septos dentro del quiste.

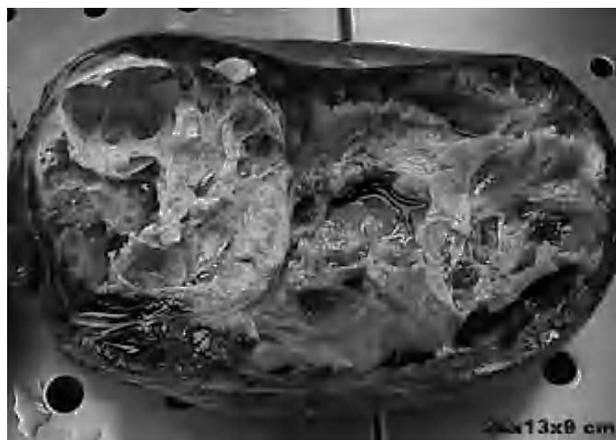


Fig. 2. Corte longitudinal del quiste hidatídico esplénico. Se observan las múltiples cavidades y el desplazamiento del parénquima sano a la periferia.

En los últimos años se ha propuesto el abordaje laparoscópico para esta patología en quistes superficiales. Puede realizarse la esplenectomía en quistes pequeños o la resección parcial de éste con omentoplastia, pero existe un riesgo apreciable de diseminación de su contenido (10%), reacción anafiláctica (2%) y recidiva de la enfermedad (18%)^{9,10}.

En los quistes grandes, como el que se presenta, con septos o multiloculares, se deben tener en cuenta varias consideraciones antes de decidir el tratamiento a realizar.

En primer lugar, es probable que no se pueda aspirar gran parte del contenido del quiste, por lo que la opción laparoscópica queda limitada a la esplenectomía. En segundo lugar, el parénquima esplénico viable es escaso y reducido a una lengüeta periférica, por lo que su conservación no garantiza la función del bazo. En tercer lugar, el tamaño complica mucho su movilización, más

aún por laparoscopia, y su extracción por una minilaparotomía.

Por todo ello, creemos que el tratamiento de elección en los quistes hidatídicos esplénicos grandes es la esplenectomía por vía abierta.

Bibliografía

1. Manouras AJ, Nikolaou CC, Katergiannakis VA, Apostolidis NS, Golematis BC. Spleen-sparing surgical treatment for echinococcosis of the spleen. *Br J Surg.* 1997;84:1162.
2. Echenique Elizondo M, Frías Ugarte F, Ibáñez Aguirre J. Hidatidosis esplénica. *Cir Esp.* 2000;67:161-3.
3. Cebollero MP, Córdoba E, Escartín J, Cantín S, Artigas JM, Esarte JM. Hydatid cyst of spleen. *J Clin Gastroenterol.* 2001;33: 89-90.
4. Khruoo MS, Wani NA, Javid G, Khan BA, Yattoo GN. Percutaneous drainage compared with surgery for hidatid cysts. *N Eng J Med.* 1997;337:881.
5. Gollackner B, Langle F, Auer H, Maier A, Mittbock M, Agstner I. Radical surgical therapy of abdominal cystic hidatid disease: factors of recurrence. *World J Surg.* 2000;24:717-21.
6. López Gilbert J, Sedo Fortuny R, Ramírez Felipe JA. Esplenectomía parcial en quiste hidatídico de bazo. *Rev Esp Enferm Digest.* 1982;62:224-7.
7. Safioleas M, Misiakos E, Manti C. Surgical treatment for splenic hidatidosis. *World J Surg.* 1997;21:374-8.
8. Miguelena JM, Guemes A, Ramírez JM, Moncada E, Sousa R, Cabezalí R, et al. Tránsitos hidatídicos abdominotorácicos. *Cir Esp.* 1992;52:98-102.
9. Ballaux K, Himpens JM, Leman G. Hand-assisted laparoscopic splenectomy for hidatid cyst. *Surg Endosc.* 1997;11:942-3.
10. Gharaibeh K. Laparoscopic excision of splenic hydatid cyst. *Postgrad Med J.* 2001;77:195-6.