

Caso Clínico

Quiste hidatídico esplénico: resolución laparoscópica

Slenic hydatid cyst: laparoscopic resolution

Dennis Guzman Cabral Melgarejo¹ 

Pedro Fabián Forcado¹ 

Laura Rojas Villamayor¹ 

Tiago Alves Kojoroski² 

Dayce Stephanie Ribeiro de Camargo² 

¹Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Centro Médico Nacional-Hospital Nacional, Departamento de Cirugía. Itauguá, Paraguay.

²Universidad Central del Paraguay, Facultad de Medicina. Pedro Juan Caballero, Paraguay.

RESUMEN

La hidatidosis esplénica es una entidad rara que representa entre el 0,5 – 6% de las localizaciones abdominales, siendo la tercera localización en frecuencia tras la hepática (50-80%) y pulmonar (25 %)⁽¹⁾. La importancia de su conocimiento estriba en la posibilidad de confusión diagnóstica con otros procesos quísticos esplénicos y en la necesidad de un examen completo de los pacientes afectados para descartar otras localizaciones del proceso^(2,3).

Palabras clave: hidatidosis, esplénica, quiste, zoonosis, Echinococcus.

Autor de Correspondencia: Dr. Pedro Fabián Forcado. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Centro Médico Nacional-Hospital Nacional, Departamento de Cirugía. Itauguá, Paraguay.

Correo electrónico: pedro_forcado5@hotmail.com

Artículo recibido: 25 de octubre de 2022. **Artículo aprobado:** 25 de noviembre de 2022

 Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de [Licencia de Atribución Creative Commons](#), que permite uso, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que se acredite el origen y la fuente originales.

Como citar este artículo: Cabral Melgarejo DG, Forcado PF, Rojas Villamayor L, Alves Kojoroski T, Ribeiro de Camargo DS. Quiste hidatídico esplénico: resolución laparoscópica. Experiencia años 2017 a 2021. Rev. Nac. (Itauguá). 2022;14(2):088-093.

ABSTRACT

Splenic hydatid disease is a rare entity that represents between 0.5-6 % of abdominal locations, being the third location in frequency after liver (50-80 %) and lung (25 %)⁽¹⁾. The importance of its knowledge is based on in the possibility of diagnostic confusion with other splenic cystic processes and in the need for a complete examination of affected patients to rule out other locations of the process^(2,3).

Keywords: hydatid, splenic, cyst, zoonosis, Echinococcus.

INTRODUCCIÓN

La hidatidosis es una zoonosis causada por el parásito *Echinococcus granulosus*, el cual es un problema de salud endémica en regiones como Argentina, Bolivia y Brasil⁽⁴⁾.

La frecuencia aproximada de órganos afectados por dicha parasitosis es la hepática (50-80 %) en primer lugar, pulmonar (25 %) y la esplénica (0,5-6 %). La localización esplénica se posiciona como un proceso poco frecuente y habitual de la hidatidosis.

La mayoría de los quistes son asintomáticos, y se suelen diagnosticar en el curso de exploraciones abdominales de otras causas⁽⁴⁾. Las características clínicas de la enfermedad dependen de la localización, tamaño, nivel de desarrollo, si el quiste está o no infectado. De las 12 moléculas, el antígeno 5 es el más específico para hidatidosis con una sensibilidad del 95 % y especificidad del 100%. Produce anticuerpos en el huésped, los cuales pueden detectarse por métodos de inmunoelectroforesis o doble difusión (DD5)⁽⁵⁾.

La importancia de su conocimiento radica en la posibilidad de confusión diagnóstica con otros procesos tumorales quísticos y en la posibilidad de ofrecer tratamientos apropiados para su manejo.⁵

PRESENTACIÓN DE CASO

Se presenta el caso de paciente sexo femenino de 41 años de edad que ingresa por un cuadro de 6 meses de evolución de dolor abdominal de aparición insidiosa, tipo puntada, localizado en hipocondrio izquierdo de intensidad moderada que no irradia. Al cuadro acompaña náuseas en varias oportunidades, sin vómitos. Niega cambio de coloración amarillenta de piel y mucosa, pérdida de peso importante u otros síntomas acompañantes.

Al ingreso se solicita hemograma, crisis, química y orina simple todos dentro del rango normal con una leve elevación de la PCR arrojando un valor estimado de 2,87mg/dl.

Se solicita una ecografía abdominal que informa que en parénquima esplénico se visualiza imagen quística con ecos puntiformes en su interior, que mide 155x134x145 mm en un volumen aproximado de 1579cc con pared bien delimitado y una fina membrana que parece desprenderse de la misma compatible con la clasificación tipo 2 de Gharbi (Figura 1).

Posteriormente se le realiza una tomografía con contraste que informa que en parénquima esplénico se advierte gran formación hipodensa de bordes regulares que mide 14x11x14cm, sin modificaciones tras la contrastación endovenosa. La lesión ejerce efecto de masa desplazando inferiormente al riñón izquierdo. Hallazgos atribuibles a quiste esplénico con características compatibles con la clasificación tomográfica CE 3a de la OMS (Figura 2).



Figura 1: Ecografía abdominal: Quiste en parénquima esplénico Gharbi tipo 2



Figura 2: Tomografía con contraste de abdomen y pelvis: Imagen sugerente de quiste hidatídico compatible con la clasificación CE 3a de la OMS

Conducta: recibe tratamiento Albendazol 20mg /kg/día por 2 semanas.



Figura 3: Pieza quirúrgica: Bazo, tomando casi la totalidad del parénquima esplénico

Se indica cirugía: esplenectomía laparoscópica (Figura 3) + colocación de drenaje multilumen. Se realiza con endogía vascular carga blanca de 60mm y se extrae la pieza en bolsa por incisión periumbilical previo aspirado del líquido. Paciente con buena evolución clínica en el post operatorio, inicia tolerancia via oral. Dosaje de drenaje en el día 3 post operatorio con amilasa y lipasa negativo. Es dada de alta al 6to día post operatorio y seguimiento con tratamiento con albendazol durante 3 meses.

La cirugía realizada a dicha paciente fue una esplenectomía más colocación de drenaje multilumen en el lecho esplénico.

DISCUSIÓN

En el tratamiento de la hidatidosis se preconiza el tratamiento inicial con Albendazol en una dosis aproximada que va de entre 10-20mg/kg/día por un periodo que no está claramente definido pero que comprende un tiempo más o menos 2 a 3 semanas pre-quirúrgico

La paciente cumplió un esquema de 20mg/kg/ día por un periodo de 2 semanas pre-quirúrgico para posteriormente someterse a una esplenectomía laparoscópica que al día de hoy sigue siendo el procedimiento de elección debido a las ventajas propias de este tipo de intervención. Al alta la paciente siguió el mismo esquema con albendazol por un periodo de 3 meses.

Debido a la rareza de la hidatidosis esplénica y mucho más de resolución laparoscópica, no se encontraron artículos relacionados de resolución por este medio

La importancia de un buen diagnóstico y del manejo de la laparoscopia avanzada, permite actualmente un manejo miniinvasivo de dicha patología, con menores tasas de morbilidad y mejores resultados posquirúrgicos a corto plazo

CONCLUSIÓN

La hidatidosis es endémica en ciertas regiones del mundo. En los últimos tiempos conseguimos un aumento en el diagnóstico de casos autóctonos a nivel país. La mejora en los métodos auxiliares de diagnóstico; el manejo de técnicas miniinvasivas por el equipo quirúrgico da la posibilidad al paciente de acceder a los beneficios propios de la laparoscopia

Es de importancia conocer las formas atípicas de presentación de la hidatidosis y su manejo por vía laparoscópica, ya que el Paraguay actualmente tenemos varios casos detectados en los últimos años.

AGRADECIMIENTOS

Hago especial mención a mis dos colegas Tiago Alves Kojoroski y Dayce Stephanie Ribeiro de Camargo quienes ayudaron arduamente para la realización de esta publicación

Declaración de contribución de autores:

Cabral Melgarejo DJ: participó en la supervisión y responsabilidad de liderazgo para la planificación y ejecución de la actividad de investigación, incluida la tutoría externa al equipo central.

Forcado PF: participó en la preparación, creación y/o presentación del trabajo publicado, específicamente redacción del borrador inicial (incluida la traducción sustantiva)

Rojas Villamayor L: participó en el suministro de materiales de estudio, pacientes, recursos informáticos y otras herramientas de análisis

Alves Kojoroski T: participó en actividades de gestión para anotar (producir metadatos), depurar datos y mantener datos de investigación

Ribeiro de Camargo DS: participó en actividades de gestión para anotar (producir metadatos), depurar datos y mantener datos de investigación.

REFERENCIAS

1. Echenique Elizondo M, Frías Ugarte F, Ibáñez Aguirre J. Hidatidosis esplénica. *Cir Esp.* 2000;67(2):161-163.
2. Porero Caro JL, García Villanueva A, Saúl García J, Cabañas Navarro L, Vicente López E, Mateos Herrera C, *et al.* Tumoraciones quísticas de bazo..*Rev Quir Esp.* 1986;13:66-69.
3. Franquet J, Montes M, Lecumberri FJ, Esparza J, Bescos JM. Hydatid disease of the spleen : imaging findings in nine patients. *AJR An J Roentgenol.* 1990;154(3):525-52. doi: 10.2214/ajr.154.3.2106214.
4. Jara G, Montiel-Jarolín D, Núñez Riveros AD, Enciso A, Pusineri H. Quiste hidatídico parapielico renal. *Rev. Nac. (Itauguá).* 2013;5(2): 51-53.
5. Flecha C, Pflingst C, Ferreira M. Manejo y tratamiento de pacientes con diagnóstico de hidatidosis hepática en el Hospital Nacional de Itauguá. *Cir. Parag.* [Internet]. 2019 [cited 2022 July 27];43(1): 7-11. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/sopaci/v43n1/2307-0420-sopaci-43-01-7.pdf>.