

## Tos y febrícula de varios meses de evolución

Artigas García R<sup>1</sup>, Badiola Villa H<sup>1</sup>, Segrelles Lloret M<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Área de Salud Llerena-Zafra (Badajoz)

<sup>2</sup>Centro de Salud Foietes. Benidorm (Alicante)

Presentamos el caso de una mujer de 35 años de edad, de nacionalidad rumana, que acude a nuestra consulta con tos seca y febrícula intermitente de unos cuatro meses de evolución. Había recibido por su cuadro respiratorio leve varios tratamientos antibióticos (azitromicina y amoxicilina/clavulánico) y tratamiento sintomático con antipiréticos y antitusígenos, sin que se produjera mejoría de su proceso.

En la anamnesis no refiere ningún dato clínico ni epidemiológico de interés (contacto con pacientes diagnosticados de tuberculosis, uso de sustancias tóxicas, prácticas sexuales de riesgo, consumo de productos lácteos crudos, no viajó a países tropicales, tampoco tiene contacto directo con animales de compañía) ni antes ni después de su llegada a nuestro país, aproximadamente 18 meses atrás. Para la regularización de su permiso de trabajo le fue realizada radiografía de tórax y prueba de tuberculina que resultaron normales.

En la exploración encontramos una paciente con buen estado general, ligeramente pálida, temperatura de 37,5 °C, sin adenopatías palpables. Exploración ORL sin alteraciones significativas. Auscultación pulmonar: murmullo abolido en tercio inferior de hemitórax derecho y escasas sibilancias en dicho pulmón. Resto de la exploración sin alteraciones significativas.

Análítica: hematíes  $3,2 \cdot 10^6/\text{mm}^3$ , hematócrito 31%, hemoglobina 11,5 g/100ml, VCM 78 fl, leucocitos  $11.000/\text{mm}^3$ , neutrófilos 66%, linfocitos 18%, eosinófilos 12% ( $1.320/\text{mm}^3$ ), monocitos 2%, transferrina 250 mg/100ml, ferritina 39 ng/ml, hierro  $16 \mu\text{g}/100\text{ml}$ , resto de valores analíticos dentro de normalidad.

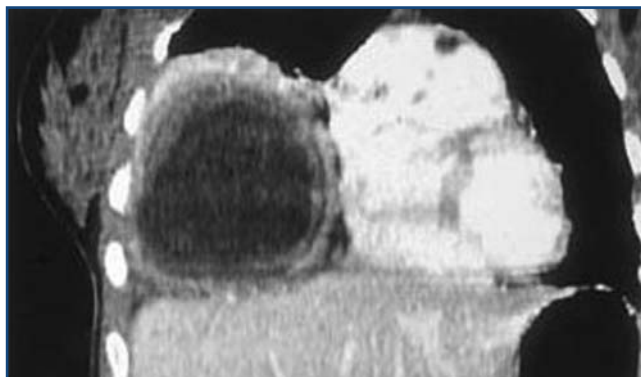
Se le practicaron serologías para Micoplasmas, Rickettsias, Hepatitis B y C, tests ELISA y Western-Blott específicos para *Echinococcus granulosus*, todos los cuales resultaron negativos.

Radiografía de tórax (**Figura 1**): se observa una elevación del hemidiafragma derecho.



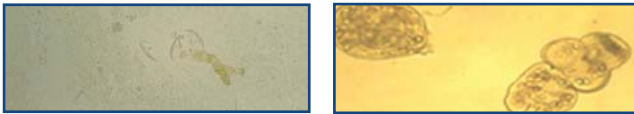
**Figura 1.**

TC torácico con contraste (**Figura 2**): revela una imagen quística en lóbulo inferior derecho que no capta contraste, de unos 12 cm de diámetro.



**Figura 2.**

Se realizó punción de la lesión quística guiada con ecografía. Fue diagnosticada de quiste hidatídico pulmonar al observar en la muestra escólex y membranas (**Figura 3**) y protoescólex viables (**Figura 4**) de *Echinococcus granulosus*.



**Figuras 3 y 4.**

Posteriormente se comenzó tratamiento con albendazol oral a dosis de 50 mg/Kg/día; a las 48 horas se practicó punción-aspiración del quiste con drenaje intralesional de antiparasitario, en cantidad aproximada de un tercio del contenido extraído del quiste, durante 48 horas, además de administrarle dicho fármaco oralmente durante 30 días.

Los controles clínicos y radiográficos que se realizaron a la paciente demuestran reexpansión del pulmón afectado. La paciente fue dada de alta y reanudó sus actividades sin más complicaciones.

## COMENTARIO

La hidatidosis es una zoonosis parasitaria causada por la larva de la tenia *Echinococcus granulosus* y menos frecuentemente por el *E. multilocularis*, con una distribución frecuente en el área mediterránea. Son causa de serias complicaciones si no son tratados correctamente<sup>1</sup>.

El hombre se infecta cuando de forma accidental ingiere verduras o aguas contaminadas o tiene contacto con perros infectados. Éstos son el hospedador definitivo, pues es en su intestino donde el parásito vive en el estadio adulto. Los huevos vertidos al ambiente con las heces del animal contaminan las aguas, vegetales del suelo, su piel y hocicos.

Pueden infectarse al tener contacto con estos huevos los hospedadores intermediarios, que son algunos herbívoros (oveja, cabra, cerdo...) y el hombre. En su intestino los huevos dan lugar a las larvas que perforan la pared intestinal, pasan al torrente sanguíneo y a través de la vena porta llegan al hígado, pulmones y otros órganos. Cuando el perro ingiere carne de estos animales con los quistes, éstos se desarrollan y se transforman en tenias

adultas, con lo que se cierra el ciclo evolutivo del parásito (**Figura 5**)<sup>1, 2 y 3</sup>.

Los quistes en el hombre pueden localizarse en cualquier parte del organismo, pero se forman en el hígado en prácticamente el 75% de los casos y en el pulmón en el 15%; también pueden formarse en cerebro, miocardio, pleura...

El tratamiento de primera elección es extraer los quistes mediante cirugía. En el caso de cirugía de riesgo (varios quistes, localización extrema...) puede comenzarse con tratamiento con parasiticidas (albendazol o mebendazol) durante varios meses y hacer seguimiento, pero esto casi nunca suele ser efectivo. Las técnicas quirúrgicas empeladas son varias: exéresis completa del quiste, marsupialización del mismo o lobectomía en algún caso<sup>4,5</sup>. En todos estos casos la técnica debe ser muy cuidadosa para evitar la diseminación del quiste, además de que puede originarse una reacción anafiláctica muy grave.

La técnica que se aplicó en esta paciente<sup>6-10</sup> es la que actualmente se está llevando a cabo en más casos y con



**Figura 5.**

muy buenos resultados, tanto en cuanto a cura como a posteriores complicaciones, pues es mínimamente invasiva y ya se han publicado más de 2.000 casos. Consiste en la punción-aspiración del contenido del quiste mediante punción percutánea guiada ecográficamente, con posterior lavado de la cavidad; se deja drenaje durante unos días con lavado de líquido parasiticida (hipoclorito sódico al 0,5 %, alcohol a 95% o suero hipertónico). Tiene más éxito cuando se hace con albendazol. Se debe hacer tratamiento con albendazol 48 horas antes de la técnica y posteriormente al cabo de 30 días. Se hará seguimiento de los pacientes durante 6 meses.

Esta patología no es muy frecuente en nuestro medio; no obstante, debido al aumento de la población inmigrante, debemos sospecharla si encontramos cuadro compatible con quiste pulmonar, pues probablemente la equinocosis será un problema que reaparecerá con frecuencia en nuestras consultas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. McManus DP, Jun Li WZ, Bartley PB. Echinococcosis. *Lancet* 2003;362:1295-304.
2. Amman RW, Eckert J. Cestodes, echinococcus. *Gastroentero Clin North Am*, 1996;25:655-689.
3. López-Vélez R, Pérez JA. Enfermedades parasitarias (II): amebas tisulares, tripanosomas y cestodes tisulares. *Medicine* 1994;6:3313-24.
4. Shalabi RI, Ayed AK, Amin M. 15 Years in surgical management of pulmonary hydatidosis. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2002;8:131-4.
5. Burgos R, Varela A, Castedo E, Roda J, Montero CG, Serrano S, Tellez G, Ugarte J. Pulmonary hydatidosis: surgical treatment and follow-up of 240 cases. *Eur J Cardiothorac Surg* 1999;16:628-34.
6. Bastid C, Azar C, Doyer M, Sahel J. Liver hydatid disease: long-term results of percutaneous treatment. *Radiology* 1996;198:259-64.
7. Khuroo MS, Wani NA, Javid G et al. Percutaneous drainage compared with surgery for hepatic hydatid cysts. *N Engl J Med* 1997;337:881-7.
8. Filice C, Brunetti E. Use of PAIR in human cystic echinococcosis. *Acta Tropica* 1997; 64:95-107.
9. WHO Informal Working Group on Echinococcosis: Guidelines for treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. *Bull World Health Organization*, 1996;25:655-689.
10. WHO/CDS/CSR/APH/2001.6. PAIR: Puncture, Aspiration, Injection, Re-Aspiration. An option for the treatment of Cystic Echinococcosis.