

Quiste pulmonar

Avedillo Carretero MM, Pérez Gallego LA, Riesco Pérez Y, Cantalapiedra MT, Herrero Duque D

Centro de Salud de Toro (Zamora)

Paciente sin alergias medicamentosas conocidas, ni diabetes mellitus, ni ingestión de alcohol. Fumadora de 8-9 cigarrillos al día desde hace 18 años. No presenta claros criterios de bronquitis crónica. Hipotiroidismo en tratamiento seguido por el servicio de Endocrinología en consultas externas. No antecedentes cardiacos ni respiratorios conocidos. Tos ferina en la infancia. No tiene perros. Tratamiento habitual: Eutirox.

Acude a Urgencias por dolor cervical. En la placa de tórax se evidencia imagen redondeada de pared fina con nivel hidroaéreo (*figuras 1 y 2*).

La paciente se encuentra basalmente bien. No refiere síndrome constitucional, ni hemoptisis, ni edemas, ni algias (salvo a veces dorsales después de algún trabajo, que ceden espontáneamente). No refiere cambios en la tos ni en la expectoración, que es ocasional, de aspecto grisáceo y sin hemoptisis.

En la exploración física se encuentra saturación de O₂ 96%, frecuencia cardiaca 82 lpm, auscultación



Figura 1

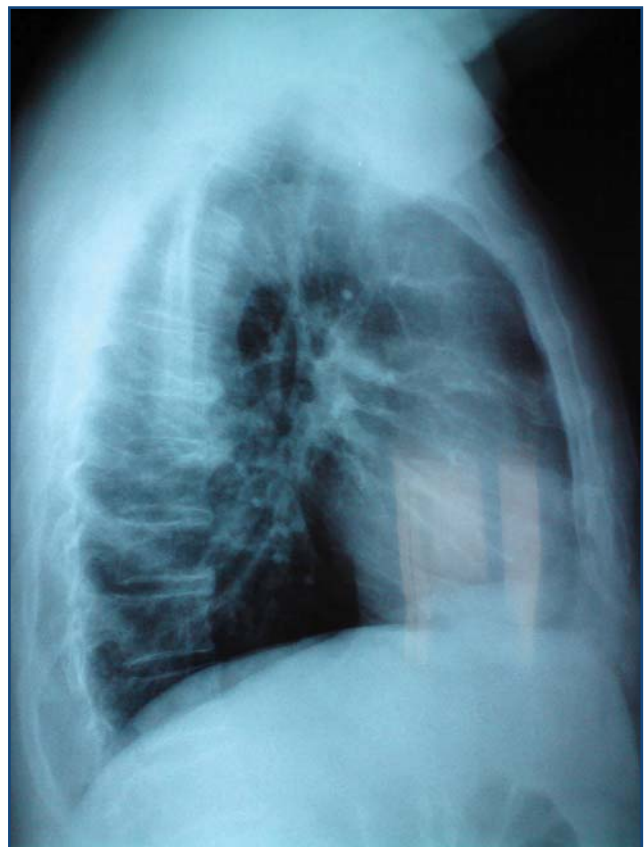


Figura 2

cardiaca normal, auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado. No edemas en miembros inferiores.

Hemograma: hematíes 4,4, Hb 14,2, hematócrito 40, VCM 91, leucos 8.600 (N 55, L 28, E 9,8), plaquetas 242.000, tiempo de protrombina 90%, INR 1,07, tiempo de cefalina 33 seg. Gasometría: pH 7,34, pCO₂ 34, pO₂ 103, HCO₃ 22, carboxihemoglobina 3,2%, saturación de O₂ 98%. Bioquímica: glucosa 95, creatinina 0,8, ácido úrico 4,8,

bilirrubina total 0,5, triglicéridos 135, colesterol 211, GOT 18, GPT 18, GGT 36, fosfatasa alcalina 52, LDH 278, Na 144, Cl 105. Estimación del filtrado glomerular dentro de la normalidad.

ECG: ritmo sinusal a 58 lpm, eje normal, sin alteraciones específicas en la repolarización.

Inmunología infecciosa: hidatidosis e IgG (ELISA), negativos.

Pruebas de función respiratoria (postbroncodilatación): FVC 2.980 (96,8%), FEV1 2.470 (101%), FEV1/FVC 83% (dentro de la normalidad). Test broncodilatador negativo.

TAC torácica: en mediastino no se observan adenopatías de tamaño significativo; en el lóbulo superior derecho, segmento anterior, existe una masa quística de 8,8 x 8 cm, de pared fina y con nivel hidroaéreo, pegada al mediastino al cual impronta y cuya primera posibilidad diagnóstica es la de un quiste broncogénico; otras posibilidades de masas quísticas torácicas, aunque más remotas, son quiste hidatídico (para ello la paciente debido al nivel hidroaéreo debe tener antecedentes de vómita y no se observa la membrana hidatídica flotando en el nivel hidroaéreo) y absceso (la paciente no tiene clínica y los abscesos tienen la pared gruesa); hígado con captación homogénea de contraste sin observarse lesiones ocupantes de espacio; quiste renal derecho de 9,4 cm; resto de la exploración sin alteraciones.

Se aconseja abstención absoluta del hábito tabáquico. Control por su médico de atención primaria. Acudirá a Consulta Externa de Cirugía Torácica del Hospital.

COMENTARIO

El principal mecanismo de patogenicidad de la hidátide deriva de su crecimiento expansivo y de la ocupación de espacio: afecta al tejido circundante por una acción de tipo mecánico. La presión ejercida por el quiste en las células vecinas produce atrofia y necrosis y la erosión de los vasos sanguíneos hemorragia. En un territorio favorable, como puede

ser la cavidad abdominal, y con un desarrollo normal de la larva, un quiste unilocular puede permanecer asintomático hasta durante 20 años. Junto a esta acción mecánica tiene especial importancia el fenómeno alérgico que puede producirse como consecuencia de la ruptura del quiste.

La localización más frecuente del quiste es la hepática (más del 50% de los quistes hidatídicos se hallan aquí) seguida de la pulmonar.

Los quistes hepáticos se encuentran en su mayoría en el lóbulo derecho, fundamentalmente hacia la cara inferior, por lo que se extienden hacia abajo, dentro de la cavidad abdominal, lo que retarda la producción de síntomas ostensibles. Los quistes localizados cerca del hilio hepático pueden comprimir los conductos biliares principales y causar ictericia. Cuando crecen en la cara superior del hígado producen lobulación de la mitad anterior del diafragma, apreciable en la radiografía lateral del tórax.

En el pulmón los quistes suelen ser asintomáticos hasta que aparezcan roturas o fisuras que ocasionan hemoptisis ligera, tos, disnea, dolor torácico y fenómenos alérgicos.

En el cerebro los quistes producen síntomas de hipertensión intracraneal y epilepsia.

La localización renal puede ocasionar dolor intermitente, hematuria y disfunción renal.

El quiste esplénico puede ocasionar dolor y abombamiento de las costillas.

En los huesos los quistes adoptan un crecimiento peculiar, siguiendo la línea de menor resistencia a lo largo de los conductos óseos. Erosionan el tejido e invaden la cavidad medular. Se producen fracturas espontáneas del hueso con engrosamiento de la corteza y deformación de los tejidos esponjosos.

El quiste puede romperse y liberar su contenido, con lo que los escólex pueden invadir otros tejidos por extensión directa o a través del torrente circulatorio y evolucionar a quistes secundarios. Los quistes hepáticos generalmente se abren hacia la cavidad abdominal, pero pueden también hacerlo hacia la vesícula biliar, conductos biliares o la cavidad pleural. Los quistes pulmonares se abren hacia los bronquios;

curan, en ocasiones, espontáneamente al ser vomitado su contenido en un acceso violento de tos, aun cuando en la mayoría de los casos la rotura es incompleta y se produce un absceso pulmonar crónico. Los quistes localizados en el miocardio pueden dar lugar a taponamiento pericárdico y anafilaxia grave. Se producen embolias pulmonares si los escólex provienen de las cavidades derechas del corazón, y sistémicas cuando lo hacen de las izquierdas. En todos los casos la salida de líquido puede dar lugar a manifestaciones alérgicas, generalmente urticaria y prurito, que puede acompañarse de fiebre, trastornos gastrointestinales, disnea y cianosis. Si una cantidad importante de líquido alcanza el torrente circulatorio puede producirse anafilaxia y la muerte. El paciente presenta casi siempre un incremento de los niveles de IgE y eosinofilia.

Las paredes del quiste pueden calcificarse, lo que suele estar asociado a su muerte. En estos casos el paciente suele estar asintomático y la radiología muestra una opacidad anular característica.

Con frecuencia el parásito es bien tolerado durante muchos años y puede incluso involucionar, calcificarse y morir sin haber producido sintomatología alguna. El mayor riesgo de complicación reside en la rotura del quiste, siempre posible, y la anafilaxia subsiguiente. La recurrencia de la enfermedad después de la resección quirúrgica ocurre en alrededor de 50% de los casos, como consecuencia de hidatidosis secundarias o del crecimiento de quistes que restaban latentes por un proceso de inmunidad coinfecciosa. En pacientes con quistes localizados en puntos vitales críticos el pronóstico es grave.

El hallazgo de una tumoración quística en la exploración física, el estudio radiológico, la gammagrafía, la ecografía o la TAC de un paciente con buen estado general, que procede de una zona endémica, ha tenido contacto con perros y presenta eosinofilia, debe sugerir siempre la posibilidad de una hidatidosis. La radiología convencional tan sólo es diagnóstica en el caso de quistes calcificados.

La ecografía y la TAC, cuando pueda disponerse de ellas, son las técnicas de elección que mejor definen el contorno quístico y la presencia de vesículas hijas en su interior. La punción exploratoria es siempre desaconsejable dado el peligro de anafilaxia e hidatidosis secundaria.

El diagnóstico directo mediante la observación de escólex o ganchos es particularmente útil en la detección de quistes pulmonares y renales que se abren a las vías de salida y en el análisis de productos obtenidos mediante cirugía. El diagnóstico definitivo se establece casi siempre mediante pruebas serológicas.

El tratamiento suele ser quirúrgico, excepto cuando el estado general, la edad avanzada, la presencia de quistes múltiples de pequeño tamaño o su localización entrañen un riesgo quirúrgico elevado. La pericistectomía es posible en 50-85% de los casos y, salvo complicaciones, entraña una morbilidad aceptable y baja mortalidad. Debe evitarse la diseminación del contenido quístico para prevenir hidatidosis secundarias. Para ello suelen aplicarse sustancias escolicidas en el interior del quiste y se somete al paciente a pretratamiento con benzimidazoles. Los escolicidas más empleados son la clorhexidina, el agua oxigenada y el etanol.

La efectividad de la farmacoterapia en los pacientes con hidatidosis es muy limitada y suele reservarse a pacientes en quienes la localización del quiste desaconseja la extirpación quirúrgica y como profilaxis de una hidatidosis secundaria previa a la cirugía. Los fármacos utilizados son los benzimidazoles, albendazol y mebendazol. El albendazol presenta una mejor biodisponibilidad que el mebendazol, que necesita altísimas dosis de fármaco para alcanzar concentraciones terapéuticas en el interior del quiste. El albendazol se administra a dosis de 10-15 mg/Kg/día en ciclos de 4 semanas con periodos de descanso de 2 semanas para disminuir su toxicidad; su administración junto a una dieta grasa favorece la absorción.