



medicina general y de familia

edición digital

www.elsevier.es/mgyf



Diagnóstico por imagen

Quiste hidatídico primario esplénico

Primary hydatid cyst of the spleen

Abraham Gampel Cohen^a, Fabiola Romero Ruperto^b, María Luz Parra Gordo^{c,*},
María Jesús Sánchez García-Altas^b, Francisco Javier González Sendra^a,
Claudio Laganã^c y Josima Luchsinger Heitmann^c

^a Hospital Alto Guadalquivir, Andújar, Jaén, España

^b Atención Primaria ZBS, Córdoba, España

^c Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España

Mujer de 87 años de edad, natural y procedente de una zona rural de la provincia de Córdoba, España. Antecedentes personales de trastorno depresivo (en tratamiento con lorazepam, bupropión, triazolam y escitalopram), hipertensión arterial e isquemia cerebral transitoria hace 10 años (en tratamiento con ácido acetilsalicílico) y glaucoma avanzado desde hace 4 años (en tratamiento con latanoprost y timolol).

Consulta por dolor abdominal de comienzo insidioso, de un mes de evolución, de tipo difuso, intermitente, localizado en la región mesogástrica y sin irradiación, asociado a náuseas y vómitos intermitentes. Refiere inapetencia de larga evolución. Niega clínica miccional. La última deposición fue hace 2 días, con hábito estreñido habitual.

Durante el examen clínico mantiene sus funciones vitales estables y permanece consciente y orientada. El abdomen es blando y depresible, dolor con la palpación en el epigastrio, sin que se palpen masas ni megalias, peristalsis presente. El resto del examen sin alteraciones significativas.

En el hemograma los valores son: hemoglobina 16,7, VCM 85,7, HCM 28, plaquetas 302.000, leucocitos 11.000, neutrófilos 78,2%, linfocitos 16,4% y eosinófilos 0,5%. Los valores bioquímicos están dentro de los parámetros normales.

En las radiografías posteroanterior y lateral del tórax (figuras 1 y 2) se aprecia una lesión nodular con calcificación periférica infradiaphragmática izquierda. En la radiografía

simple de abdomen (figura 3) se evidencian abundantes heces y gas en el marco cólico, con presencia de gas distal; se confirma la presencia de una lesión calcificada redonda, de 5 cm de diámetro, localizada en el hipocondrio izquierdo.

Se administra metamizol, metoclopramida y ranitidina en 100 cc de suero salino fisiológico, así como alprazolam 0,5 mg sublingual. La respuesta clínica es favorable y el dolor desaparece.

Se pauta tratamiento domiciliario consistente en dieta blanda laxante, infusiones de manzanilla, enema intrarrectal hasta lograr efectividad, y se remite a su médico de familia para control.

Un mes después la paciente es remitida al médico especialista en aparato digestivo con el diagnóstico de presunción de quiste hidatídico calcificado. En la consulta se realiza ecografía abdominal en la que no se logra identificar la lesión visualizada en la radiografía, por lo que se solicita tomografía computarizada (TC) abdominal para su estudio complementario.

El radiólogo realiza previamente una nueva ecografía abdominal (figura 4), que confirma la presencia de la lesión esplénica, por lo que completa el estudio con TC abdominal sin y con contraste intravenoso. Se confirma la presencia de una masa localizada en el polo superior del bazo, de morfología redondeada, de 49 mm de longitud, heterogénea

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lparrag@telefonica.net (M.L. Parra Gordo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.mgyf.2015.08.006>

1889-5433/© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Figura 1 y 2 – Radiografías posteroanterior y lateral del tórax. Se aprecia una lesión nodular calcificada infradiafragmática izquierda (flechas).



Figura 3 – Radiografía del abdomen. Lesión calcificada de 5 cm de diámetro en el hipocondrio izquierdo (flechas).

sólido-quística, de bordes groseramente calcificados y bien definidos, que no se realiza con el contraste (figura 5). El resto del estudio no muestra alteraciones relevantes.

La paciente es dada de alta con diagnóstico de quiste hidatídico esplénico calcificado. Se pautan controles periódicos clínicos y de imagen.

Comentario

La hidatidosis es una zoonosis parasitaria causada por el *Echinococcus granulosus*. Puede afectar a cualquier órgano del

huésped. Infecta principalmente el hígado (aproximadamente el 75% de los casos), seguido del pulmón (25%), riñón (4%) y peritoneo (4%); la localización esplénica constituye el 1% de los casos¹.

Debido a su baja frecuencia, el diagnóstico clínico de la hidatidosis esplénica puede ser un reto, sobre todo en áreas no endémicas. Sin embargo, cuando el tamaño del quiste es lo suficientemente grande, el paciente puede presentar sensación de masa dolorosa en el hipocondrio izquierdo; puede incluso comprimir la arteria renal y causar hipertensión sistémica. En algunas ocasiones, puede complicarse y producirse la rotura del mismo, que se acompaña de sangrado o infección posterior²⁻⁴.

El diagnóstico se realiza principalmente por medio de estudios de imagen (ecografía o TC). Usualmente, la imagen se puede describir como una lesión quística única o múltiple, bien delimitada. Algunas muestran membranas o vesículas hijas en el interior, o pueden presentar su pared calcificada¹.

Las pruebas inmunológicas son de apoyo diagnóstico y su eficiencia es variable. Las más sensibles y específicas son ELISA, inmunofluorescencia indirecta y doble difusión arco 5 de Caprón (DDA5). Sin embargo, un resultado serológico negativo no excluye la infección.

El tratamiento de elección es la cirugía, relacionada la mayoría de las veces con el mayor riesgo de complicaciones derivadas de la rotura del quiste, que puede producir diseminación peritoneal⁵.

No todos los casos son subsidiarios de cirugía, como nuestra paciente, bien por las condiciones basales del propio paciente o por las características del quiste. Los quistes calcificados (quiste muerto), con diámetro inferior a 5 cm, pruebas serológicas negativas y/o diagnóstico casual durante un estudio radiológico por otro motivo, son justificaciones suficientes para descartar la intervención quirúrgica, lo que no supone la exención del control clínico y radiológico a lo largo del tiempo⁵.

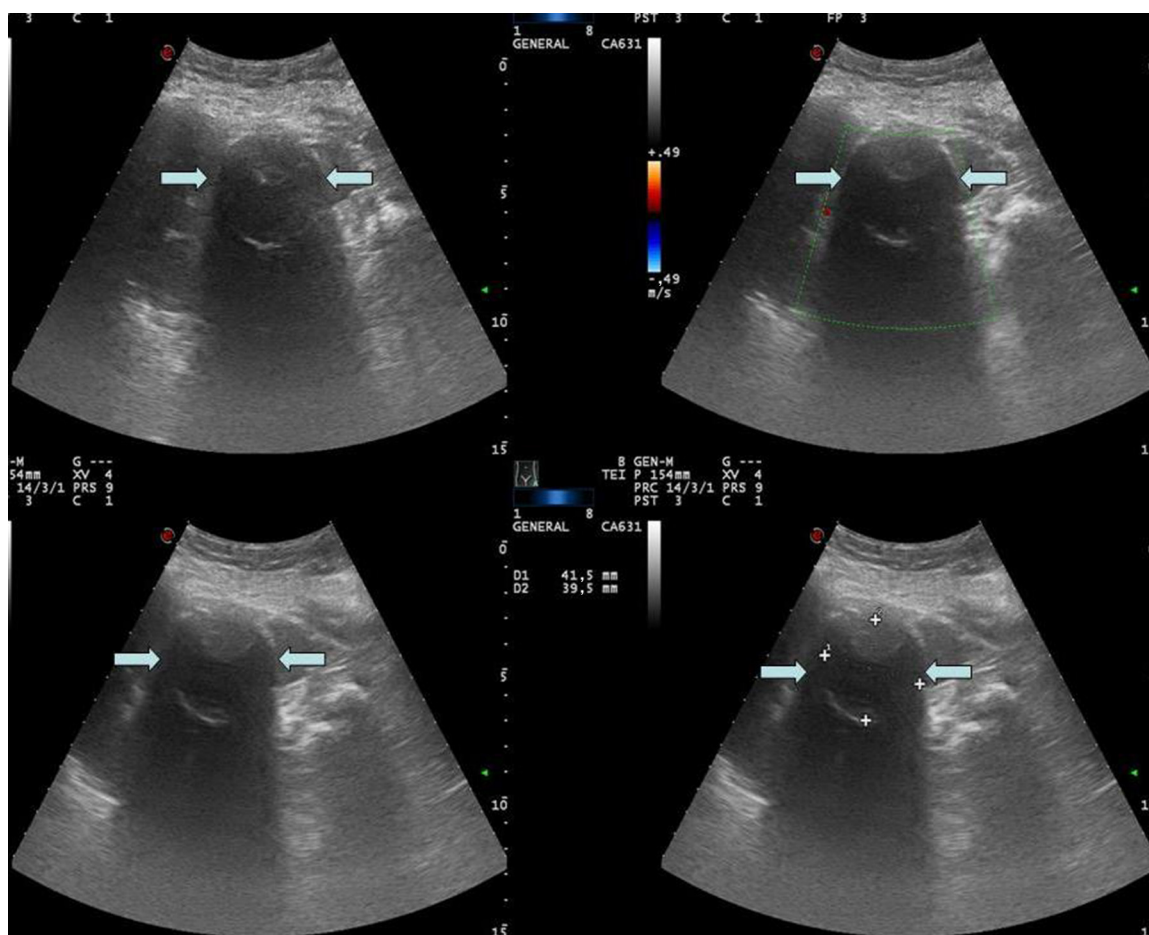


Figura 4 – Ecografía abdominal. Confirma la presencia de una lesión esplénica hipoeoica avascular con calcificación periférica (flechas).



Figura 5 – Tomografía computarizada abdominal. Masa en el polo superior del bazo, de morfología redondeada y de 49 mm de longitud, sólido-quística, de bordes groseramente calcificados y bien definidos (flechas).

BIBLIOGRAFÍA

1. Polat P, Kantarci M, Alper F, Suma S, Koruyucu MB, Okur A. Hydatid disease from head to toe. *Radiographics*. 2003;23:475-94, quiz 536-7.
2. Kiresi DA, Karabacakoglu A, Odev K, Karaköse S. Uncommon locations of hydatid cysts. *Acta Radiol*. 2003;44:622-36.
3. Cebolero MP, Córdoba E, Escartín J, Cantín S, Artigas JM, Esarte JM. Hydatid cyst of spleen. *J Clin Gastroenterol*. 2001;33:89-90.
4. Celebi S, Basaranoglu M, Karaaslan H, Demir A. A splenic hydatid cyst case presented with lumbar pain. *Intern Med*. 2006;45:1023-4.
5. Ovejero Gómez VJ, Bermúdez García MV, Pérez Martín A, Matute Cuartero MA, Ingelmo Setién A. Quiste hidatídico hepático calcificado: actitud quirúrgica en la práctica actual. *Medicina General*. 2008;111:731-4.