
Hidatidosis en Tejidos Blandos

Presentación de un caso

*Dra. Claudia F. de Erazo**, *Dra. Odessa H. de Barahona'*

I INTRODUCCIÓN

La hidatidosis humana es una zoonosis que repercute de manera significativa en países con abundante ganado ovino, el cual es manejado por personal que utiliza perros alimentados por vísceras crudas de las ovejas sacrificadas. Predominan en países sudamericanos especialmente Chile, Argentina y Uruguay, con una tasa de mortalidad hasta el 8.1% (6).

En nuestro país hay muy pocos casos reportados; y el presente trabajo tiene como propósito dar a conocer un caso, que además se presenta con una localización muy poco usual como ser partes blandas de miembro superior. Se hace además una pequeña revisión bibliográfica sobre los aspectos más importantes de esta parasitosis, que aunque rara en nuestro medio debemos estar alerta para poder diagnosticarla cuando se nos presente otro(s) caso(s).

II. REVISIÓN DE LITERATURA

Dada la poca frecuencia de esta patología en nuestro medio, es conveniente hacer una pequeña revisión del tema y a continuación el comentario sobre el caso que nos ilustra.

Medico Patólogo. Depto. Patología, Hospital Escuela.
Profesor Titular III Depto. Patología Facultad CC.MM.
UNAH.
Medico Residente 3, Departamento de Patología, Hospital Escuela.

SINONIMIA: Equinococosis, quiste hidatídico y enfermedad hidatídica. Es la infección humana o de animales causada por las larvas del género *Echinococcus*, tenias pequeñas que parasitan el intestino delgado del perro y de otros carnívoros.

Se adquiere por vía oral por la ingestión de larvas y se ha mencionado pero no hay suficiente evidencia de inhalación por vía aérea. (8)

Se han identificado 4 agentes etiológicos:

1. *E. gmnúosus*. Tenia de 3-5 mm de longitud, com puesto por un escólex con 4 ventosas y 2 coronas de ganchos, unida a un pequeño cuello y 3 proglótides y el último de ellos es grávido (45-65 larvas). Las larvas o hidátides originan quistes uniloculares, llenos de líquidos dentro de los cuales **hay** reproducción asexual y formación de múltiples larvas. El ciclo es entre perro y ovejas.
2. *E. multilocularis*. Es más pequeño que el anterior, 2mm, y contiene menor cantidad de larvas en el proglótide maduro (16-26). Es transmitido por roedores.
3. *E. oligarthrus*. Mide alrededor de 2.5 mm, el proglótide maduro contiene de 15-46 larvas y los ganchos son más grandes y numerosos que el *E. multilocularis*. No se ha comprobado infecciones humanas y su huésped es el gato.
4. *E. vogeli*. Ha sido descrito desde Panamá y toda Sudamérica, las larvas se encuentran en las heces de los perros y poseen los ganchos más grandes.

El quiste unilocular en el caso del *E. granulosus* está compuesto por 2 capas: La externa o cutícula laminada de 1 mm de grosor que actúa como membrana semipermeable y la íntima o germinativa de 20 mieras de espesor da origen a las vesículas hijas que tienen las mismas características del quiste pero más pequeñas, se ven macroscópicamente; y los prolíferas de menos de Imm, pediculadas a la membrana germinativa o de la vesícula hija, que contiene abundantes protoescólices que pueden desprenderse, miden de 100-200 mieras y tienen ventosasy ganchos, estos pueden medir de 20-30 mieras y a veces se desprenden del escólex.

Los quistes contienen un líquido acuoso transparente con gran cantidad de vesículas prolíferas, protoscólices y ganchos que constituyen la llamada arena hidatídica.

Las otras especies producen quistes multiloculares o alveolares caracterizados por presentar quistes hijos ramificados en la parte externa. La mayoría son estériles, no contienen escólices y pueden tener áreas focales de necrosis y mineralización.

CICLO DE VIDA DE LA HIDATIDOSIS.³⁾

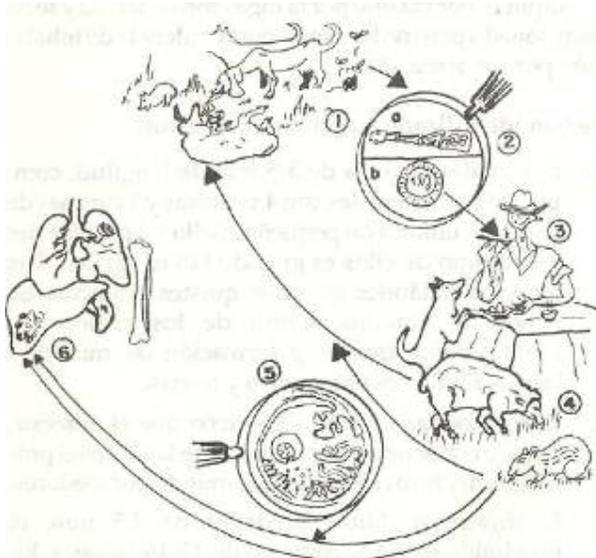


FIGURA No. 1

- 1) Animales carnívoros son los huéspedes definitivos adquiriéndola al comer vísceras con quiste hidatídico.
- 2) a) Parásito adulto en el intestino de carnívoros
- b) Huevos salen por heces animales y son infectantes para huéspedes intermedios. 3 y
- 4) Hombre y/o animales que actúan como huéspedes intermedios (ovejas etc.)
- 5) Quiste con formas embrionadas
- 6) Desarrollo del quiste en varios órganos del huésped intermedio

CICLO DE VIDA

El hombre adquiere la enfermedad por ingestión de la larva presente en alimentos, agua, manos u otras fuentes contaminadas por materias fecales de perro u otro carnívoro (roedores, ovejas, etc.). En el intestino la larva penetra la pared, viaja por la circulación porta, llegan al hígado, luego a circulación pulmonar y de aquí a cualquier órgano, (ver figura No. 1).

PATOLOGÍA

En la literatura mundial la localización más frecuente en el hombre es el hígado y pulmón.

En una revisión de 7.377 casos de hidatidosis humana en Chile de 1969 a 1979 (6) se encontró el siguiente orden de frecuencia relacionado con la localización.

Hígado	45.4%	Riñón	0.9%
Pulmón	44.0%	Bazo	0.5%
Peritoneo	2.6%	Tejido Celular Subcutáneo	0.3%
Huesos	0.9%	Encéfalo	0.3%
Músculo	0.2%	Genital	0.2%
Páncreas	0.1%	Mama	0.1%
Generalizado	1.1%	Diversas	5.4%

La larva desarrollada es rodeada por 3 capas:

- a) Intima, con arreglo radial de eosinófilos mononucleares
- b) Media, con fibroblastos y eosinófilos
- c) Externa, con fibroblastos

Si la respuesta del huésped es adecuada se inhibe el desarrollo de la larva, ésta puede morir o formarse un pseudotubérculo o granuloma. Pero si el parásito crece y vence la reacción tisular se desarrolla una capa laminar formada por las 3 capas ya descritas por encima de la pared quística fibrosa. Esta capa laminada se forma en promedio de 3 semanas. En general la reacción tisular es mayor en el hígado y las calcificaciones son frecuentes, puede ocurrir ruptura hacia un ducto biliar y producir colangitis.

En pulmones pueden ocurrir áreas de atelectasia, edema y congestión.

En los huesos generalmente se implantan en epífisis de vértebras y huesos planos, no ocurre encapsulación fibrosa produciendo múltiples microquistes. En tejidos blandos la degeneración del exocólex causa un material pastoso amarillento y detritos ricos en colesterol.

Microscópicamente se identifican membranas cuticular y germinativa, así como vesículas hijas, protoescolice, y la morfología de los ganchos permite la clasificación de la especie.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Dependen de la localización, muchas veces se descubren accidentalmente, generalmente los síntomas son mecánicos por quistes grandes. En hígado son masas palpables generalmente en lóbulo derecho y los síntomas son por compresión de vías biliares, diafragma y órganos vecinos llegando a veces a producir hipertensión portal. Si la lesión se localiza en pulmón, pueden producir tos, expectoración, disnea, dolor torácico y hemoptisis. En ambos casos puede haber ruptura a cavidad abdominal, pleural o vasos sanguíneos y en algunos pacientes hipersensibles producir choque anafiláctico. Puede además infectarse secundariamente.

DIAGNOSTICO

En zonas endémicas debe considerarse el diagnóstico diferencial de procesos tumorales o lesiones compresivas y es de mucha, ayuda la laparoscopia. Se observa una ligera eosinofilia, pero es inespecífica.

Las pruebas inmunológicas, son muy importantes porque el líquido de los quistes es un potente antígeno. Existe una prueba de hipersensibilidad tardía llamada prueba de Casoni y reacciones serológicas especialmente la doble difusión e inmunoelectroforesis, basadas en la detección de anticuerpos contra el antígeno 5. (4)

La identificación microscópica o macroscópica del parásito se hace del material eliminado espontáneamente o por cirugía, pero nunca debe puncionarse el quiste por el grave peligro de desencadenar reacción anafiláctica.

TRATAMIENTO

La remoción quirúrgica es una medida eficaz, siempre evitando la ruptura pues es una complicación grave. Se ha intentado tratamiento con mebendazole obteniéndose aparente disminución del tamaño de los quistes pero no es nada definitivo. (3)

III. ILUSTRACIÓN DEL TEMA (Presentación de un caso)

Se presenta la historia clínica de un paciente masculino

que ingresa en marzo de 1987 al servicio de Cirugía del Hospital Escuela con los siguientes datos clínicos:

E.T.B. masculino, agricultor, 58 años de edad, seis meses antes de su ingreso inicia masa en cara anterior de brazo derecho, no dolorosa, sin cambios inflamatorios que fue aumentando progresivamente de tamaño, y hace 4 meses dolorosa y con imposibilidad funcional, comprometiendo toda la cara anterior de brazo hasta el hombro.

Por este cuadro ingresa al Hospital en donde estuvo 22 días sin tomar ninguna medida terapéutica, de donde es remitido a otro centro hospitalario.

ANTECEDENTES: Hace 3 meses presentó cuadro catalogado como ACV, presentando en esa ocasión desviación de comisura labial a la derecha.

A su ingreso presenta en brazo derecho tumoración en región anterior externa de 12 x 7 cms. abarcando tercio superior y medio; blanda, no dolorosa, móvil y sin cambios inflamatorios.

DIAGNOSTICO DE INGRESO: LIPOMA BRAZO DERECHO

EVOLUCIÓN: Asintomático, fue evaluado por neurología y cardiología, sin encontrar ninguna anomalía.

En la cirugía, se encontraron 3 formaciones quísticas íntimamente unidas entre sí con pared engrosada y conteniendo material amarillento, e infiltrando músculo. Se hace el diagnóstico post-operatorio de quiste sebáceo de brazo derecho. Su post-operatorio fue asintomático, solo manejado con analgésicos y antibióticos.

Controlado en Consulta Externa un mes después, sin presentar alteraciones.

HALLAZGOS MORFOLÓGICOS

MACROSCÓPICAMENTE. Se reciben varios fragmentos de tejido, algunos cubiertos por piel ulcerada de color blanquecino con áreas amarillentas midiendo en conjunto 7x3.5x2 cms; y además un pequeño quiste blanquecino de 1 x 1 cms., ocupado por líquido claro.

MICROSCÓPICAMENTE. Se observó tejido

fibroadiposo y músculo esquelético estriado con extensas áreas de fibrosis e infiltrado inflamatorio predominantemente crónico con linfocitos, células plasmáticas mezclado con moderada cantidad de eosinófilos. En otras áreas abundantes histiocitos espumosos y estructuras alargadas compatibles con cristales no birrefringentes, rodeados por una gran cantidad de células gigantes tipo cuerpo extraño. Existían además pequeños focos de calcificación.

Rodeado por la reacción inflamatoria inicialmente descrita se observó la pared de un quiste hidatídico; pudiéndose identificar en ella una membrana laminada externa y una interna germinal; sin embargo no se logró encontrar el escólex o los ganchos, (ver figuras 2 y 3) que nos hicieran la identificación de la especie.

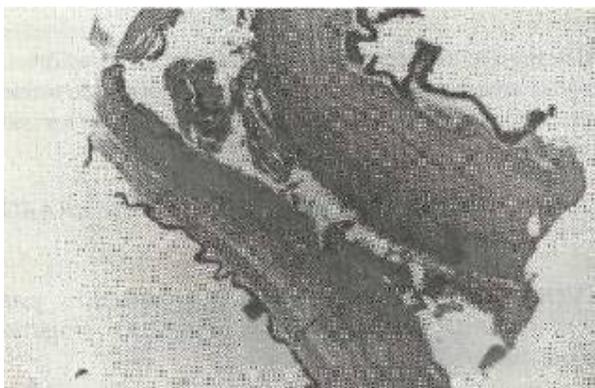


Figura No. 2: La pared externa del quiste hidatídico formada por una membrana laminada.

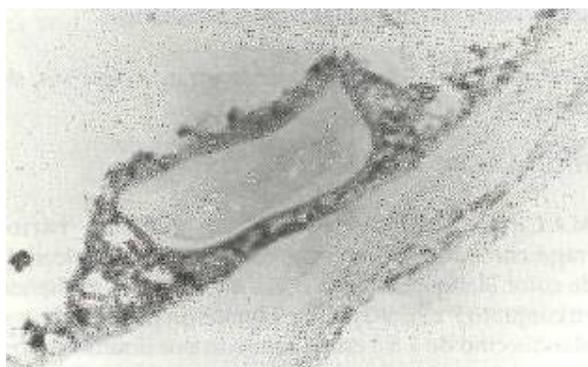


Figura No. 3: Membrana germinativa.

DIAGNOSTICO: HIDATIDOSIS EN PARTES BLANDAS (MÚSCULO) DE BRAZO DERECHO.

IV. COMENTARIO

Se presenta un caso de un paciente masculino, agricultor, procedente de área rural sin conocerse datos de contactos con animales; que ingresa por una tumoración de partes blandas do brazo derecho, grande y con cambios inflamatorios. Es intervenido quirúrgicamente con una impresión clínica de quiste sebáceo y una evolución posterior satisfactoria.

El estudio anatomopatológico mostró que se trataba de un quiste hidratídico con una localización muy poco usual, si se compara con la literatura mundial ($\pm 0.3\%$), que probablemente se rompió, desencadenando una reacción inflamatoria severa y como ya ha sido descrita, con producción de un material pastoso amarillento y detritus ricos en colesterol.

Se lograron identificar las membranas cuticular y germinativa del parásito, no así las características de los ganchos para poder determinar su especie.

Dada la rara frecuencia en nuestro medio no se tuvo la sospecha clínica y por lo tanto no se hicieron pruebas inmunológicas para confirmar el diagnóstico.

Existiendo en nuestro país una gran convivencia entre perros y humanos tanto en el área urbana como rural, debemos siempre de considerar esta entidad especialmente al encontrarnos con quistes en diferentes localizaciones, especialmente hígado y pulmón teniendo la precaución de no puncionarlos por el riesgo de desencadenar un shock anafiláctico por liberación del líquido contenido en el quiste.

V. RESUMEN

Se presenta un caso de hidatidosis en un paciente masculino de 58 años, con localización en el brazo derecho. La hidatidosis es una zoonosis que al presentarse en el humano, el pulmón y el hígado son los órganos más frecuentemente afectados. La localización en partes blandas como ocurrió en el caso que presentamos es excepcional.

Se hacen algunas consideraciones sobre diagnóstico y conducta terapéutica en casos de hidatidosis.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Botero D. and Restrepo. Hidatidosis. Parasitosis Humana. Colombia. Ediciones Corporación para Investigaciones Biológicas. 1984. Primera Edición, pag. 189-194.
- 2.- Cardona L.V. Hidatidosis Cerebral, Revista Médica Hondurena 1966. vol 34:20-23.
- 3.- Coltorti, E.A. Inmunodiagnóstico de la Hidatidosis Humana, Medicina 1983 vol. 43:625-628.
- 4.- Coltorti, E. A. and Várela N. M. Echinococcus granulosus, penetraron of macromoleculas and their localization on the parasite membranes of cysts. Experimental Parasitology 1974. vol. 35:225-231.
- 5.- Ramírez, R. H. Contribución al conocimiento de la epidemiología de la Hidatidosis Humana en Chile. Rev. Med. Chilena 1982. vol. 110:1125-1130.
- 6- Robbins S. L. et al. Fungal, Protozoal and Helminthic Diseases and Sarcoidosis. pathology Basic of diseases. Philadelphia W.B. Saunders Company 1984. Third Edition pag. 351-398.
- 7.- Rojas Marcial, Protozoal and Helminthic diseases. Anderson W. A. D. and Kissane J.M. Pathology. Saint Louis. The C.V. Mosby Company. 1977. Seven Edition pag. 522-565.
- 8.- Sparks K.A. et al. Echinococcosis. Binford C.H. and Connor D.H. Pathology of Tropical and Extraordinary Diseases. Washington, D.C. Armed Forces Institute of Pathology. 1976 sexta Edición pag. 530-533.
- 9.- Smyth L.D. Health D.D. Hidatidosis. Reviewa Article pathogeneis of Larval Cistodes in Manmals. Rev. Med. Chilena 1968. vol. 20:15-18.
- 10.- Suckel M. Hidatidosis Humana en un sector próximo a un matadero. Bol. Chileno parasas. 1980 vol. 35:32-33.
- 11.- Williams J.F. et al. Courrent prevalence and distribution of Hidatidosis with special reference to the americans. Am, J. of Trop. Med. and Hyg. 1971. vol. 20:224-236.