

Caso	(725) Quiste hidatídico pleuropulmonar gigante
Autores	Elena Núñez Miguel, Sara Carmen Parrado García, Carlos Castañeda Cruz, Reyes Petruzzella Lacave, Rebeca Sigüenza González, Sofía Joral Del Hoyo
Centro	Hospital Clínico Universitario De Valladolid

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 59 con antecedente de resección de quistes hidatídicos hace 25 años, que acude a urgencias por disnea y dolor subcostal derecho, se solicita un angioTC de arterias pulmonares para descartar TEP donde se observa una gran lesión quística con extensión hacia hemitórax derecho y atelectasia pasiva de parénquima pulmonar subyacente. La paciente ingresa para estudio y valoración de tratamiento ante sospecha de quiste hidatídico gigante. Se solicita RM hepática y colangiografía por RM para valorar extensión y posible afectación pleural o biliar para planificación quirúrgica. En las imágenes de RM se confirma gran lesión quística hepática derecha multivesicular que se extiende desde el segmento hepático IV hacia el hemitórax derecho a través del hiato de la vena cava inferior. Se realizan secuencias de colangiografía por RM que descartan apertura del quiste hacia la vía biliar, tampoco se ve clara afectación pleural ni bronquial, apreciándose amplio contacto de la lesión con el contorno cardiaco derecho sin aparente afectación pericárdica ni extensión intracameral. Además en localización retrohepática se identifican otras dos imágenes quísticas con distinto comportamiento de señal y morfología interna, que sugieren quistes hidatídicos en distinto estadio evolutivo.

DISCUSIÓN

La enfermedad hidatídica es una patología cuya incidencia ha disminuido, aunque no está erradicada de nuestro entorno. Se trata de una zoonosis parasitaria causada por el parásito *Echinococcus granulosus* y con menos frecuencia por el *E. multilocularis* y *vogeli*. El huésped definitivo es el perro, el hombre es huésped intermediario accidental. Las lesiones se localizan con mayor frecuencia en el hígado y pulmón.

El diagnóstico se basa en las técnicas de imagen y la detección de anticuerpos contra el parásito.

La afectación hepática es la más común, los hallazgos de imagen varían según el estadio evolutivo del quiste:

- a) Tipo 1: lesión quística unilocular
- b) Tipo 2: contiene a las vesículas hijas en forma de membranas o vesículas quísticas, calcificaciones dispersas o periféricas
- c) Tipo 3: calcificación total del quiste
- d) Tipo 4: quiste complicado por rotura o sobreinfección

El pulmón es el segundo órgano más afectado, pueden complicarse mediante rotura a la cavidad pleural o cardiaca, lo que puede producir una reacción anafiláctica o sobreinfección. La afectación torácica transdiafragmática ocurre en un 0,6-16% de los casos, el área desnuda del hígado es la vía de migración del quiste más frecuente, ya que ofrece poca resistencia al crecimiento exofítico.

Otros órganos afectados menos frecuentes son el bazo, el riñón, el páncreas, el corazón (por rotura de quiste pulmonar o diseminación hematológica) o cerebral (más frecuente en niños)

El tratamiento se basa en la viabilidad del parásito que se valora por su apariencia en las imágenes radiológicas:

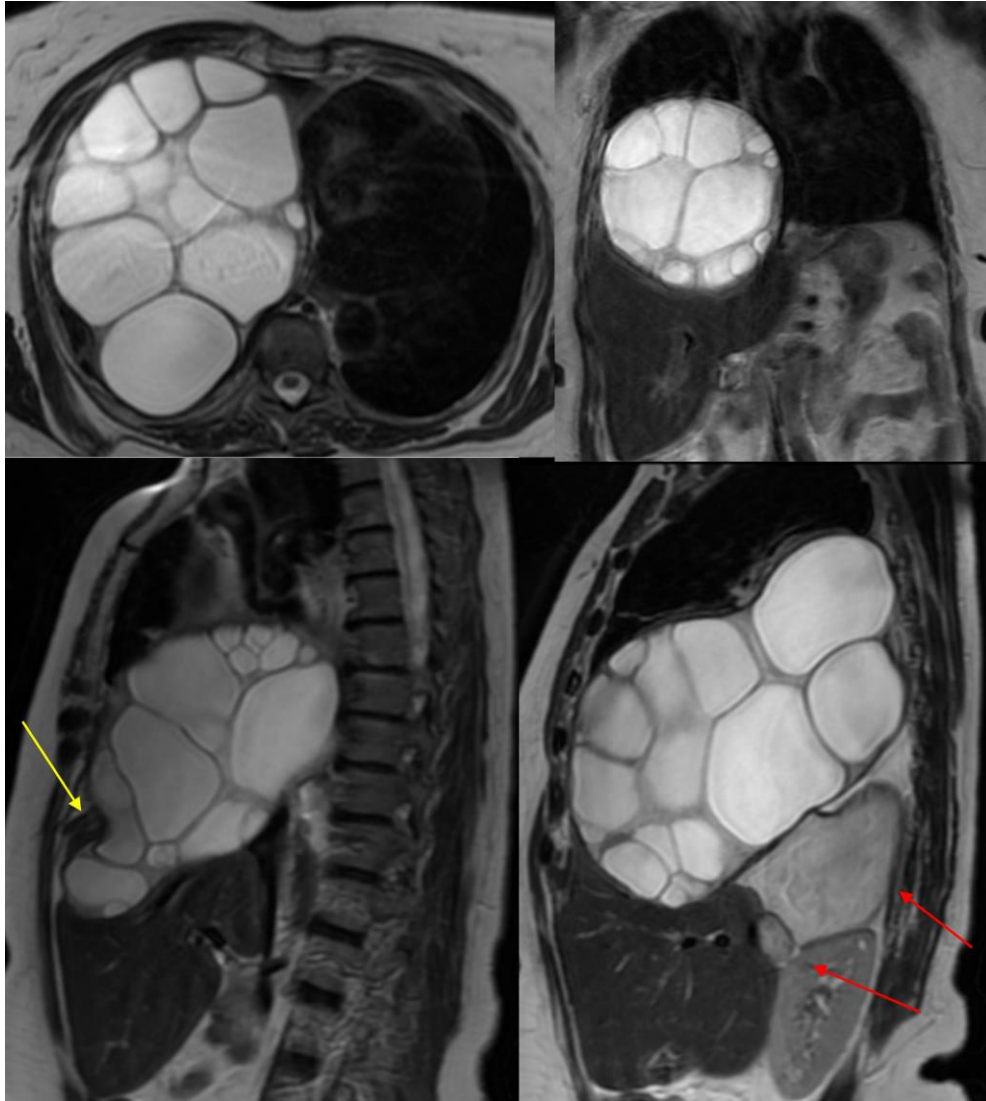
Activo: lesiones quísticas uniloculares, quiste multivesicular con vesículas hijas.
Transicional: quiste roto con membranas desprendidas.

No activo: quiste de contenido heterogéneo, sin vesículas hijas o lesión sólida de paredes calcificadas. La cirugía es el método de elección en los casos complicados, presenta una elevada morbimortalidad, con la cirugía laparoscópica se obtienen mejores resultados y pocas complicaciones. El tratamiento mediante aspiración percutánea del contenido, seguida de la inyección de la sustancia escolicida se utiliza en casos seleccionados.

CONCLUSIÓN

La enfermedad hidatídica es una entidad cuya incidencia ha disminuido notablemente en los últimos años, pero no está erradicada de nuestro entorno.

Los métodos de diagnóstico por imagen son fundamentales para su diagnóstico. Sus características en las pruebas radiológicas varían en función del estadio evolutivo de la lesión, la presencia de complicaciones asociadas y el órgano en el que asienta. Como radiólogos, es conveniente estar familiarizados con ellas y tener presente esta patología ante las lesiones quísticas en cualquier localización del cuerpo, especialmente en pacientes provenientes de zonas endémicas.



RM Secuencias axial, coronal y sagital T2: Lesión quística gigante hepatopulmonar con múltiples quistes hijos en su interior (signo del panal de abejas) en estadio activo, que muestra herniación transdiafragmática a través del hiato de la vena cava inferior (flecha amarilla), que provoca atelectasia compresiva del parénquima pulmonar subyacente y contacta ampliamente con el contorno cardiaco derecho. Además se identifican otras dos lesiones quísticas posteriores al segmento hepático VI (flechas rojas) con crecimiento exofítico y membranas internas separadas de la pared (signo de la serpiente), de distinta señal y estadio evolutivo (Transicional)

BIBLIOGRAFÍA

1. Pedraza S. et al. Radiología esencial. Madrid. Panamericana, 2019. Tomo I2. Lobo García, M et al. Revisión de la enfermedad hidatídica: hallazgos radiológicos en TAC. SERAM. 2012
3. Rubio Marco, I. et al. Manifestaciones Radiológicas de la hidatidosis pulmonar
4. Durhan G, Tan AA, Düzgün SA et al. Radiological manifestations of thoracic hydatid cysts: pulmonary and extrapulmonary findings. Insights Imaging. 2020;11(1):116.