



PRESENTACIÓN DE CASO

Hidatidosis mesentérica y hepática en la costa caribe colombiana. Reporte de caso

Mesenteric and hepatic hydatid disease on the Colombian Caribbean coast. Case report

César Ensuncho-Hoyos, MD¹ , Rafael Oviedo-Martínez, MD¹ ,
Mara García-Posada, MD² , William Andrés León-Tirado, MD³ 

- 1 Servicio de Cirugía general, Instituto Médico de Alta Tecnología, IMAT Oncomédica, Montería, Colombia.
- 2 Servicio de Infectología y Epidemiología hospitalaria, Instituto Médico de Alta Tecnología, IMAT Oncomédica, Montería, Colombia.
- 3 Servicio de Medicina crítica, Instituto Médico de Alta Tecnología, IMAT Oncomédica, Montería, Colombia.

Resumen

Introducción. La hidatidosis o equinococosis es una zoonosis parasitaria que se adquiere al ingerir huevos de cestodos del género *Echinococcus*. El diagnóstico clínico raramente se hace en sitios no endémicos. La mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos y los hallazgos incidentales en los estudios de imágenes o en procedimientos quirúrgicos permiten la sospecha diagnóstica.

Caso clínico. Paciente masculino de 70 años, residente en área rural del municipio de Puerto Libertador, departamento de Córdoba, Colombia, quien consultó por masa abdominal en epigastrio y mesogastrio, parcialmente móvil e indolora.

Resultados. En cirugía se identificaron lesiones quísticas mesentérica y hepática. Después de la cirugía y mediante estudios de inmunohistoquímica, se confirmó el diagnóstico de quiste hidatídico. El paciente tuvo una evolución satisfactoria.

Conclusión. La hidatidosis quística mesentérica y hepática sintomática es una enfermedad rara en sitios no endémicos, donde la cirugía constituye un pilar fundamental en el diagnóstico y tratamiento, sumado al manejo médico farmacológico.

Palabras clave: equinococosis; equinococosis hepática; zoonosis; mesenterio; laparotomía.

Fecha de recibido: 02/02/2023 - Fecha de aceptación: 11/05/2023 - Publicación en línea: 27/11/2023

Correspondencia: César Ensuncho-Hoyos, Carrera 9 # 56-72, Montería, Colombia. Teléfono: +57 300 817 0499.

Dirección electrónica: censunch@gmail.com

Citar como: Ensuncho-Hoyos C, Oviedo-Martínez R, García-Posada M, León-Tirado WA. Hidatidosis mesentérica y hepática en la costa caribe colombiana. Reporte de caso. Rev Colomb Cir. 2024;39:326-31. <https://doi.org/10.30944/20117582.2345>

Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons - BY-NC-ND <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

Abstract

Introduction. Hydatidosis or echinococcosis is a parasitic zoonosis that is acquired by ingesting eggs of cestodes of the genus *Echinococcus*. Clinical diagnosis is rarely made in non-endemic sites. Most patients are asymptomatic and incidental findings on imaging studies or surgical procedures allow for diagnostic suspicion.

Clinical case. A 70-year-old male patient, resident in a rural area of the municipality of Puerto Libertador, department of Córdoba, Colombia, who consulted for an abdominal mass in the epigastrium and mesogastrium, partially mobile and painless.

Results. In surgery, mesenteric and hepatic cystic lesions were identified. After surgery and through immunohistochemistry studies, the diagnosis of hydatid cyst was confirmed. The patient had a satisfactory evolution.

Conclusion. Symptomatic mesenteric and hepatic cystic hydatidosis is a rare disease in non-endemic sites, where surgery constitutes a fundamental pillar in the diagnosis and treatment in addition to pharmacological medical management.

Keywords: echinococcosis; hepatic echinococcosis; zoonosis; mesentery; laparotomy.

Introducción

La enfermedad hidatídica es una zoonosis parasitaria propia de perros y otros animales carnívoros, causada por formas larvianas de la clase *Cestodo*, del orden *Cyclophyllidea*, Familia *Taeniidae*, Género *Echinococcus*. Existen diferentes especies de *Echinococcus*, pero solo cuatro han sido consideradas relevantes en la enfermedad en humanos: *E. granulosus*, que se relaciona con hidatidosis quística en el 90 % de los casos; *E. multilocular*, con hidatidosis alveolar; *E. vogeli*, relacionada con la presentación poliquistica, y *E. oligarthrus*, relacionada con quistes únicos¹.

Los casos confirmados en Colombia y otros países tropicales de América Latina son del tipo poliquistico invasor, y comprometen principalmente el hígado y el peritoneo². Existen tres variedades de quistes, el unilocular, el multilocular y el poliquistico, los dos últimos de forma esponjosa, similar a un panal de abejas, que invaden los tejidos de manera similar al cáncer³.

Los quistes no complicados suelen ser asintomáticos. La presencia de síntomas está comúnmente relacionada con complicaciones y varía con respecto a la ubicación de los quistes hidatídicos. Los quistes sintomáticos suelen ser mayores de 5-10 cm⁴.

Caso clínico

Paciente masculino de 73 años, exfumador, con antecedente de fauquetomía bilateral y cuadro clínico de masa epigástrica de tres años de evolución, por lo que fue evaluado por cirugía oncológica y se llevó a laparotomía exploratoria, con toma de biopsia de peritoneo no concluyente. En el examen físico se detectó una masa mal definida en la región epigástrica y mesogástrica, parcialmente móvil e indolora.

La endoscopia digestiva alta informó hernia hiatal de 2 cm, gastritis eritematosa antral sin evidencia de atrofia, metaplasia intestinal o displasia. La colonoscopia fue reportada como normal. La tomografía computarizada (TC) de tórax y abdomen mostró masa tumoral en la raíz del mesenterio, nódulos hipodensos de paredes calcificadas, hacia el hemiabdomen inferior derecho de contornos lobulados de 9 x 9 cm, y otra localizada en la región pre-rectal de 38 mm, un nódulo hipodenso hepático del segmento VIII, de 43 x 30 mm con pared calcificada, y colelitiasis múltiple (Figura 1).

Se realizó laparotomía exploratoria encontrando síndrome adherencial peritoneal Clasificación Zühlke grado II - Escala modificada de Granat III - Escala de severidad de Mazuji grado 2; múltiples lesiones en forma de panal o tubérculo calcificado, de diferentes tamaños, dependientes del

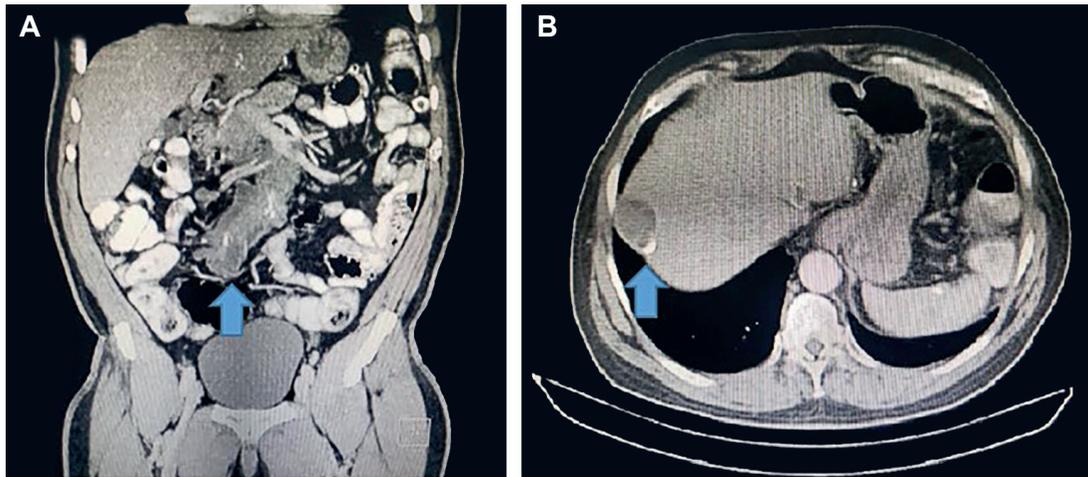


Figura 1. Tomografía computarizada de abdomen. A. Corte coronal en el que se observa la masa tumoral en la raíz del mesenterio (flecha); B. Corte axial que confirma la presencia de un nódulo quístico hipodenso en el segmento VIII del hígado, que mide 43x30 mm y tiene pared calcificada (flecha). Fuente: Imágenes fotográficas tomadas por los autores.

mesenterio del intestino delgado, mesenterio rectal, páncreas y retroperitoneo, con contenido de aspecto gelatinoso, color pardo, asociado a quistes perlados; y una lesión calcificada en el lóbulo hepático derecho adherida al hemidiafragma del mismo lado (Figura 2). Se practicó liberación de adherencias peritoneales, resección del tumor retroperitoneal y omentectomía parcial.

El paciente evolucionó de forma adecuada y posteriormente fue dado de alta. El estudio de patología macroscópica informó una masa de tejido de color pardo, de consistencia firme, de 20 x 14 cm, con evidencia de tejido adiposo maduro vascularizado adherido. Al corte, con múltiples áreas cavitadas con evidencia de material grumoso y gelatinoso en su interior. Mediante microscopia se observó tejido fibroso de colágeno dado por proliferación fusocelular, sin evidencia de atipia citológica y carente de actividad mitótica, entremezclados con tejido adiposo maduro con calcificaciones distróficas, acompañados de congestión vascular e inflamación crónica moderada, sin observarse necrosis tumoral. La inmunohistoquímica en bloques de parafina de las lesiones del mesenterio informó quistes hidatídicos con proceso inflamatorio crónico asociado, sin evidencia de malignidad (Figura 3).

Por parte del servicio de infectología se indicó inicio de tratamiento antiparasitario con 400 mg de albendazol vía oral, cada 12 horas por un mes, presentando buena tolerancia y respuesta al tratamiento.

Discusión

La incidencia y prevalencia de la hidatidosis quística ha disminuido de manera significativa en las últimas décadas, pero continúa siendo un importante problema de salud pública en varios países y regiones alrededor del mundo. La mayor prevalencia de hidatidosis en huéspedes humanos y animales se encuentra en países de las zonas templadas, incluidas las regiones mediterráneas, el sur y el centro de Rusia, Asia central, China continental, Australia, América del Sur y norte y este de África⁵. En América Latina las zonas con mayor incidencia acumulada de infección por *Echinococcus* son Argentina, el sur de Brasil, Uruguay, Chile y las regiones montañosas de Perú y Bolivia. En la costa caribe de Colombia se han reportados muy pocos casos⁶, por lo que este trabajo resalta la importancia de considerar la hidatidosis como una alternativa diagnóstica en la patología quística del abdomen.

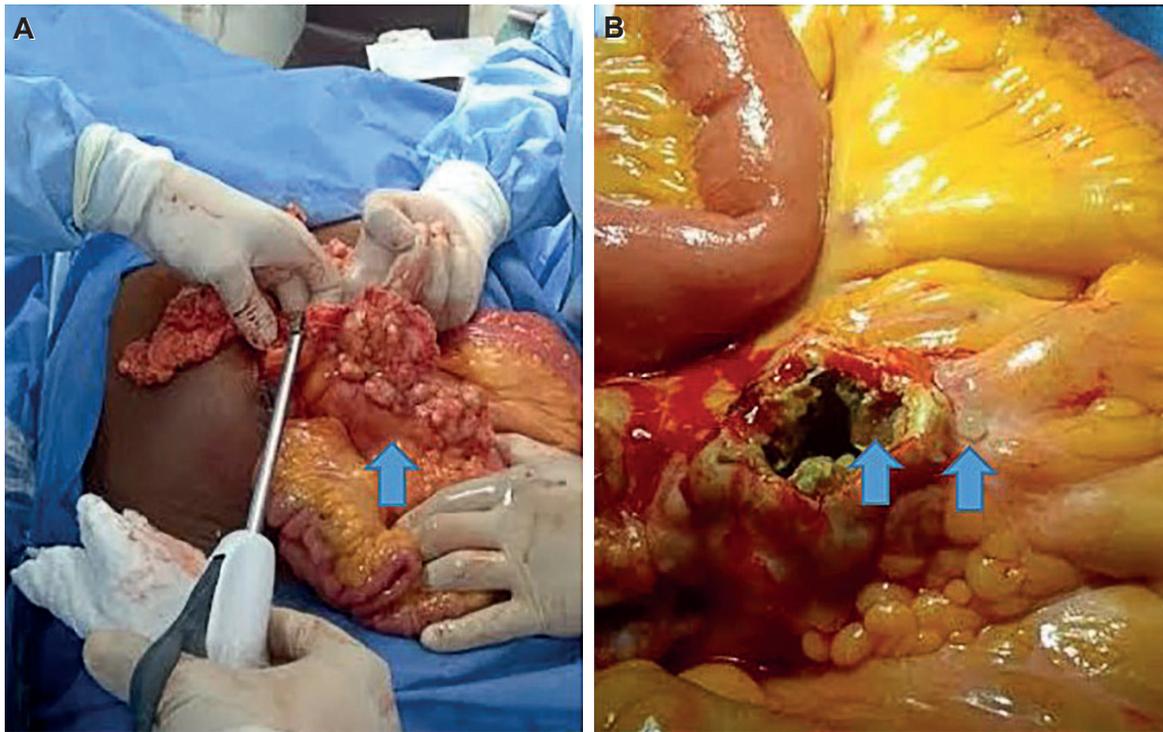


Figura 2. Hallazgos en la laparotomía exploratoria. A. Múltiples lesiones calcificadas en forma de panal o tubérculo, de diferentes tamaños, dependiente de mesenterio del intestino delgado; B. Contenido interno de tumoración gelatinoso color pardo, asociado a quistes perlados (flecha). Fuente: Imágenes fotográficas tomadas por los autores.

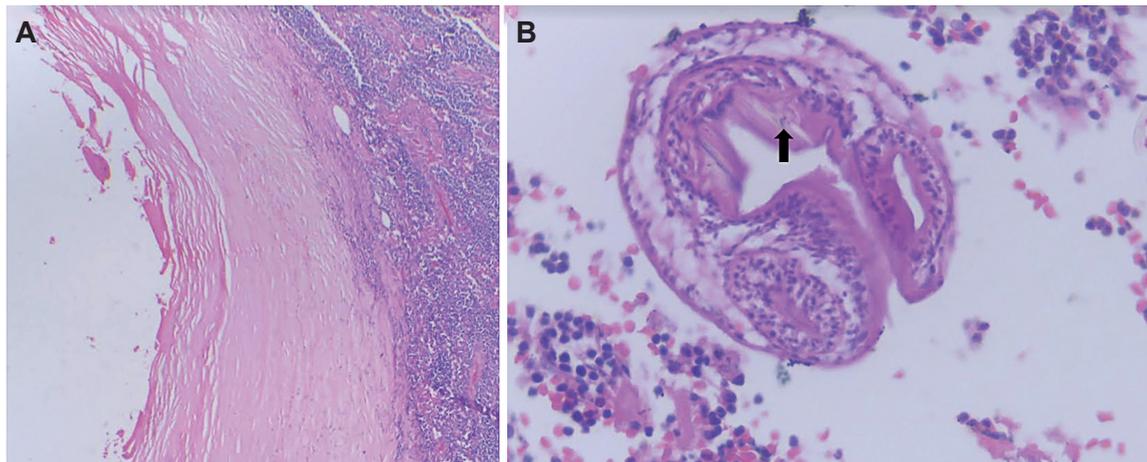


Figura 3. Imágenes microscópicas. Ampliación 40x. A. Lesión pseudoquística sin epitelio de recubrimiento, con fibrosis y áreas de calcificación, asociado a ligero aflujo e infiltrado inflamatorio crónico linfoplasmocitario; B. Se reconoce focalmente forma parasitaria compatible con *Echinococcus granulosus* y se aprecia su triple recubrimiento de membrana con material birrefringente en su interior (Flecha). Fuente: Imágenes fotográficas suministradas por el laboratorio de patología Institucional.

Gran parte de los casos pueden cursar asintomáticos. Cuando se presentan síntomas, los mismos dependen del órgano comprometido; los más frecuentes se asocian al compromiso hepático, e incluyen dolor, masa palpable, ictericia y fiebre; mientras los quistes pulmonares pueden producir tos y hemoptisis. Para realizar el diagnóstico, es fundamental sospecharlo y establecer el nexo epidemiológico; la presencia de mascotas, principalmente perros, el trabajo de campo y la dificultad en el acceso a medidas de higiene, son factores predisponentes para la infección por *Ecchinococcus*⁷. El compromiso mesentérico es raro y de curso asintomático, a menos que se presenten complicaciones derivadas, como sucedió en el presente caso clínico.

Las imágenes diagnósticas son parte fundamental en el estudio de lesiones quísticas en diferentes localizaciones. Cuando hay compromiso abdominal, la ecografía tiene sensibilidad del 88 % y especificidad del 100 %. La tomografía computarizada y la resonancia nuclear magnética tienen un mayor grado de sensibilidad, pero solo están indicadas cuando la ecografía no logra tipificar los quistes de manera adecuada, o cuando el enfoque inicial corresponde a una sospecha diagnóstica diferente. La radiografía de tórax y la TC son las imágenes de elección en el estudio de las localizaciones pulmonares⁸.

Las serologías son útiles para el abordaje diagnóstico por *Ecchinococcus*. Puede llevarse a cabo por diferentes técnicas incluyendo ensayo por hemoaglutinación indirecta, ELISA, inmunotransferencia e inmunoelectroforesis, con sensibilidad que varía entre el 60-80 % y especificidad entre el 76-99 %. El patrón de oro es la confirmación histopatológica de muestras obtenidas por cirugía. Su variabilidad depende de la ubicación anatómica y la etapa activa de los quistes. Un resultado negativo no excluye la patología en un paciente con alta sospecha clínico-imagenológica^{9,10}. En este paciente no fue posible realizar serología dado la falta de disponibilidad de reactivos, pero el diagnóstico fue confirmado por el estudio histopatológico.

La cirugía sigue siendo el pilar principal en el manejo de la enfermedad hidatídica sintomática, pero es necesario asociar el tratamiento

farmacológico con benzimidazoles. En todos los casos de pacientes sintomáticos o con evidencia de complicaciones asociadas a los quistes (ruptura, absceso, apertura a la vía biliar, tránsito toracoabdominal), el manejo ideal es quirúrgico (vía abierta o laparoscópica) y, siempre que sea posible, se deberá realizar profilaxis con albendazol a dosis de 15 mg/kg/día por al menos dos semanas antes de la cirugía, y en el periodo postoperatorio se recomienda realizar tres ciclos similares de manejo con antiparasitario; similar a lo indicado en nuestro paciente^{11,12}.

Los estudios imagenológicos constituyen el seguimiento de elección. Se aconseja monitoreo ecográfico a los 3, 6 y 12 meses después de iniciado el tratamiento. Si durante este tiempo se muestra una involución adecuada de las estructuras quísticas y el paciente persiste asintomático, se aconseja continuar monitoreo ecográfico anual hasta por lo menos 10 años postratamiento, antes de definir la terminación del seguimiento¹³.

Conclusión

La hidatidosis quística mesentérica y hepática es una zoonosis parasitaria rara, que debe tenerse en cuenta aún en sitios no endémicos y pacientes sin nexos epidemiológicos, especialmente ante la presencia de patología quística intraabdominal. El diagnóstico precoz y el tratamiento farmacológico oportuno evitan el riesgo que genera las fases evolutivas viscerales de la enfermedad sintomática. La cirugía cumple un papel importante en el manejo y confirmación diagnóstica de la enfermedad hidatídica sintomática complicada.

Cumplimiento de normas éticas

Consentimiento informado: los autores declararon contar con el consentimiento informado por parte del paciente para la publicación del manuscrito y las imágenes, protegiendo su derecho de confidencialidad e intimidad.

Conflictos de intereses: Los autores manifestaron no presentar conflictos de interés.

Uso de inteligencia artificial: los autores declararon que en la elaboración de este trabajo no se emplearon tecnologías asistidas por inteligencia artificial (IA) como modelos de lenguaje grande, chatbots o creadores de imágenes.

Fuentes de financiación: Financiado por los autores.

Contribución de los autores

- Concepción y diseño del estudio: César Ensuncho-Hoyos, Rafael Oviedo-Martínez.
- Adquisición de datos: César Ensuncho-Hoyos, Rafael Oviedo-Martínez.
- Análisis e interpretación de datos: César Ensuncho-Hoyos, Rafael Oviedo-Martínez, Mara García-Posada.
- Redacción del manuscrito: César Ensuncho-Hoyos, Rafael Oviedo-Martínez, Mara García-Posada, William Andrés León-Tirado.
- Revisión crítica: César Ensuncho-Hoyos, Mara García-Posada, William Andrés León-Tirado.

Referencias

1. Velioglu M, Diktas H, Kabalak B, Tüfekci H, Cermik H, Akar I, et al. Giant isolated mesenteric hydatid cyst case report without organ involvement. *Turkiye Parazit Derg.* 2014;38:194-6. <https://doi.org/10.5152/tpd.2014.3481>
2. Gómez G, Córdoba E, Córdoba A. Quiste hidatídico hepático. *Rev Colomb Gastroenterol.* 2003;18:183-6.
3. Pinto PP. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la hidatidosis. *Rev Chil Cir.* 2017;69:94-8. <https://doi.org/10.1016/j.rchic.2016.10.001>
4. McManus DP, Zhang W, Li J, Bartley PB. Echinococcosis. *Lancet.* 2003;362:1295-1304. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14573-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14573-4)
5. Tünger Ö. Epidemiology of cystic echinococcosis in the world. *Turkiye Parazit Derg.* 2013;37:47-52. <https://doi.org/10.5152/tpd.2013.12>
6. Cucher MA, Macchiaroli N, Baldi G, Camicia F, Prada L, Maldonado L, et al. Cystic echinococcosis in South America: systematic review of species and genotypes of *Echinococcus granulosus sensu lato* in humans and natural domestic hosts. *Trop Med Int Heal.* 2016;21:166-75. <https://doi.org/10.1111/tmi.12647>
7. Schipper HG, Kager PA. Diagnosis and treatment of hepatic echinococcosis: an overview. *Scand J Gastroenterol.* 2004;241:50-5. <https://doi.org/10.1080/00855920410011004>
8. Macpherson CNL, Bartholomot B, Frider B. Application of ultrasound in diagnosis, treatment, epidemiology, public health and control of *Echinococcus granulosus* and *E. multilocularis*. *Parasitology.* 2003;127:S21-35. <https://doi.org/10.1017/s0031182003003676>
9. Zait H, Hamrioui B. Human cystic echinococcosis: Serological diagnosis by indirect hemagglutination test, enzyme-linked immunosorbent assay, immunoelectrophoresis, and immunoblotting in surgically confirmed patients versus cases diagnosed by imaging techniques. *Med Mal Infect.* 2019;50:676-83. <https://doi.org/10.1016/j.medmal.2019.10.001>
10. Brunetti E, White Jr AC. Cestode infestations: Hydatid disease and cysticercosis. *Infect Dis Clin North Am.* 2012;26:421-35. <https://doi.org/10.1016/j.idc.2012.02.001>
11. Mihmanli M, Idiz UO, Kaya C, Demir U, Bostanci O, Omeroglu S, et al. Current status of diagnosis and treatment of hepatic echinococcosis. *World J Hepatol.* 2016;8:1169-81. <https://doi.org/10.4254/wjh.v8.i28.1169>
12. Brunetti E, Junghanss T. Update on cystic hydatid disease. *Curr Opin Infect Dis.* 2009;22:497-502. <https://doi.org/10.1097/QCO.0b013e328330331c>
13. Tamarozzi F, Nicoletti GJ, Neumayr A, Brunetti E. Acceptance of standardized ultrasound classification, use of albendazole, and long-term follow-up in clinical management of cystic echinococcosis: a systematic review. *Curr Opin Infect Dis.* 2014;27:425-31. <https://doi.org/10.1097/QCO.0000000000000093>