

HIDATIDOSIS HEPATICA

A Propósito de Un Caso

Dr. Juan Godayol Rovira*
Dr. José María Rodríguez Arauzo**

INTRODUCCION

Dentro del gran acumulo de conocimientos que debemos obtener por nuestra formación como médicos generales y luego como especialistas, olvidamos con frecuencia ciertos temas poco comunes dentro de nuestra patología; prueba de ello lo experimentamos en el hallazgo de un caso de hidatidosis hepática en la consulta privada del Hospital Privado Centro Médico de Caracas. Si bien la distribución de la enfermedad es mundial, su incidencia es mayor cuando existe abundante ganado ovino y perros con acceso fácil a las visceras de huéspedes intermediarios infectados.⁸ Además, esta enfermedad refleja en un elevado índice su predominancia en la población inmigrante y siendo nuestro país receptor de grandes masas de inmigrantes, nuestra atención a esta patología extranjera, por así decirlo, debe ser máxima, ya que del preciso tratamiento de estas patologías frenaremos su diseminación a nuestra población autóctona.¹¹

Las publicaciones sobre hidatidosis son cada vez menores, posiblemente por la eficacia del control sanitario. En Chile⁴ entre 1878 y 1949 se publicaron 138 artículos con celebraciones de congresos internacionales (Argentina, 1948) anunciando la preocupación por la enorme incidencia y la aplicación de pocas medidas eficaces.

En Islandia, para 1860, el número de enfermos fue del 50% de la población,⁴ mientras que para 1958 su incidencia era entre el 1% y el 2%.

MATERIAL Y METODO

Este trabajo se origina de un paciente¹ natural de España, femenino de 33 años, domiciliada en el Estado Anzoátegui y atendida en nuestra consulta del Hospital Privado Centro Médico de Caracas. El cuadro clínico era de dolor cólico en el hipocondrio derecho, flanco derecho, con irradiación a la espalda, acompañado de

* Médico Cirujano del Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

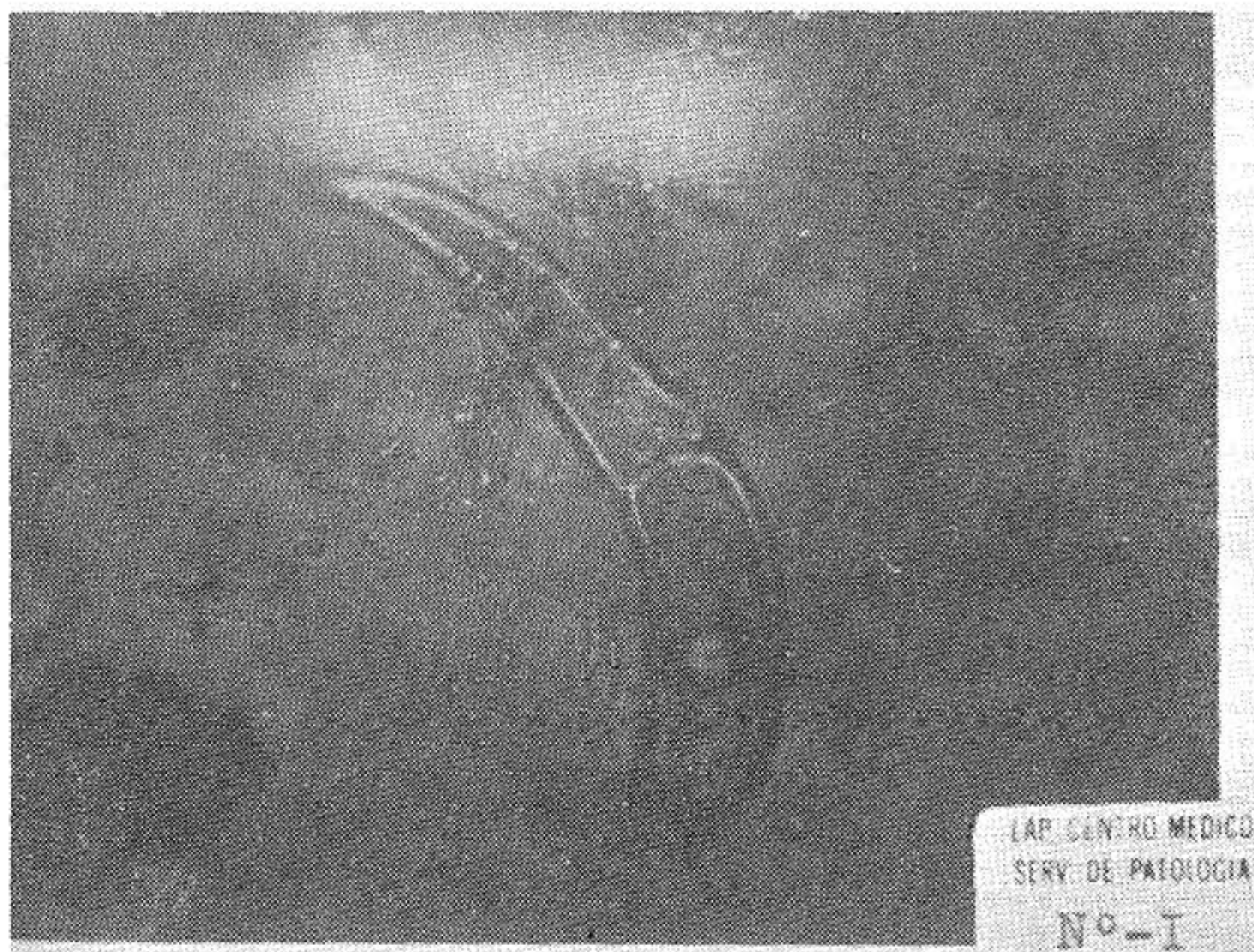
** Médico Cirujano General Asistente.

estreñimiento y vómitos. Entre sus antecedentes resalta el haber sido intervenida en su lugar de residencia con la impresión de colecistitis aguda, dos meses atrás. Los estudios posteriores realizados por el doctor Joel Valencia-Parparcén, gastroenterólogo del mismo centro hospitalario, demostraron la existencia de varios quistes hidatídicos del hígado. Se acompaña este trabajo del material fotográfico de Anatomía Patológica.

CICLO EVOLUTIVO

Definición: Se denomina Equinococosis o Hidatidosis a la afección producida por la tenia equinococo y su larva; corresponde, pues, a una helmintiasis del orden de las céstodos.² (Ver cuadro 1).

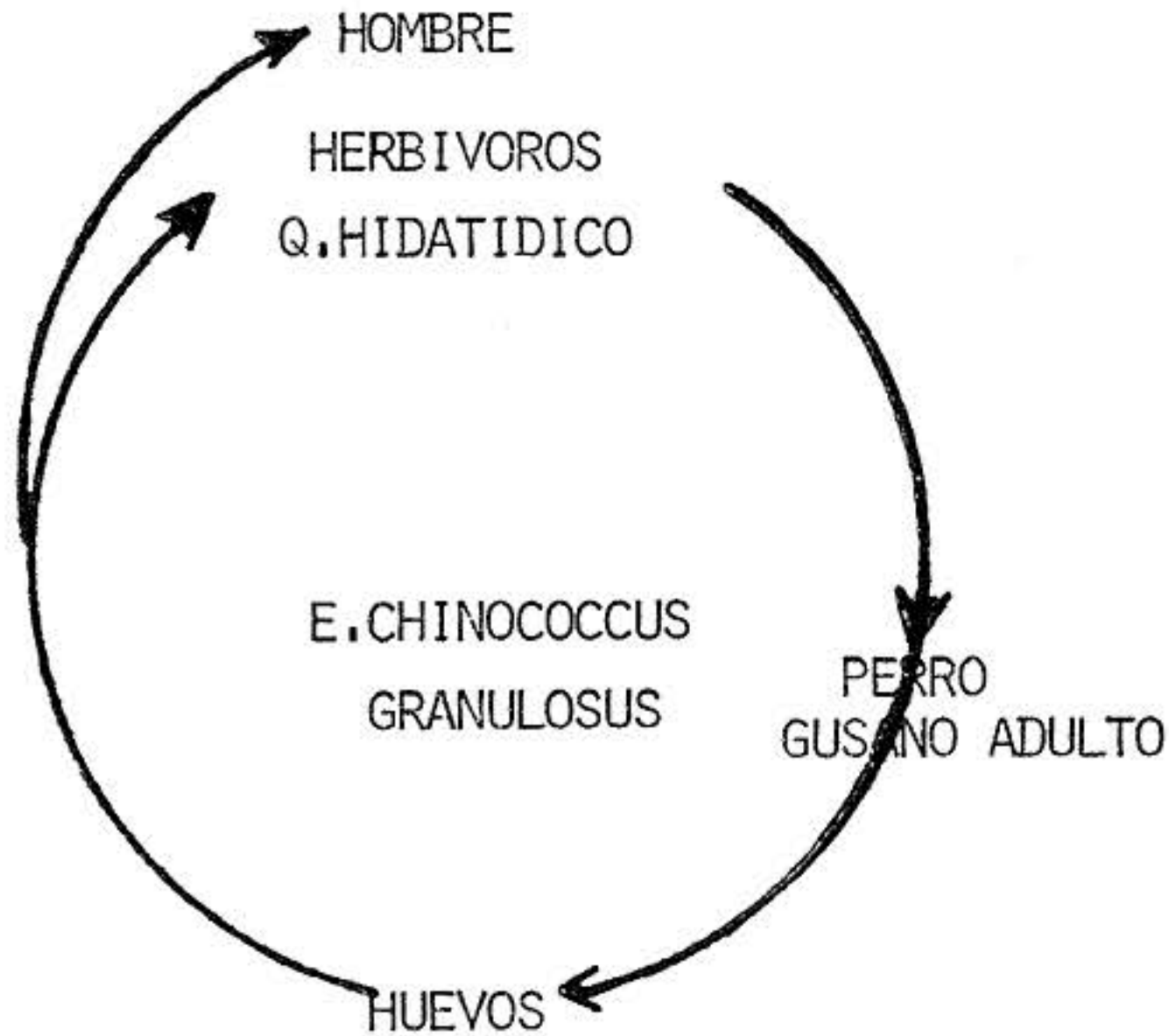
La tenia equinococo, la más pequeña del orden³ (ver fotografía 1) habita en el intestino del perro y otros cánidos que son los huéspedes definitivos; los huevos del parásito expulsado con las heces, contaminan directa o indirectamente el agua, los vegetales, las hierbas, al hombre y a los herbívoros, entre los que se destacan las ovejas como huésped intermediario; en estos animales como el medio les es favorable para el desarrollo adoptan la forma alargada conocida como hidátides; al morir estos animales, sus vísceras contaminadas las ingiere el perro y adquiere su desarrollo cerrando el ciclo. El hombre es, pues, un huésped intermediario que se infecta por el contacto del excremento de los perros contaminados. En el ciclo a nivel de huésped intermediario, o sea, en este caso, el hombre, la envoltura quística se rompe y el embrión atravesando la mucosa intestinal cae en los espacios linfáticos o vasculares, dependiente de la circulación Portal para llegar al hígado. El 80% de las veces para Goyanés, el 74,5% de las veces para Devé, el 69% de las veces para Finsen.⁴



Fotografía No. 1

Se considera que el 70% de los embriones hexacantos que atraviesan el intestino llegan al hígado y el 30% llegan al corazón por las venas suprahepáticas y se distribuyen por todo el organismo.

Al nivel del hígado la presencia del embrión origina una reacción de cuerpo extraño y el embrión desarrolla, a su vez, una vacuola central.

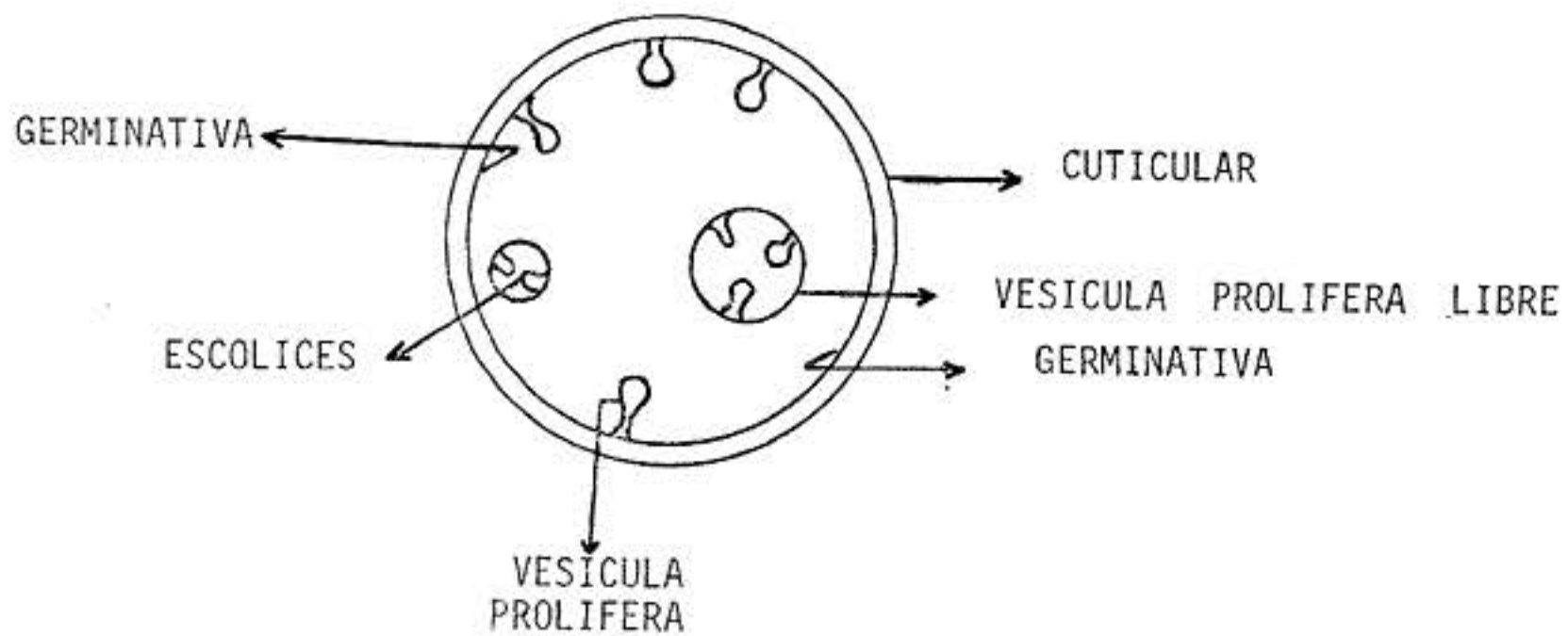


REPRESENTACION ESQUEMATICA

DEL CICLO VITAL DEL E. GRANULOSUS.

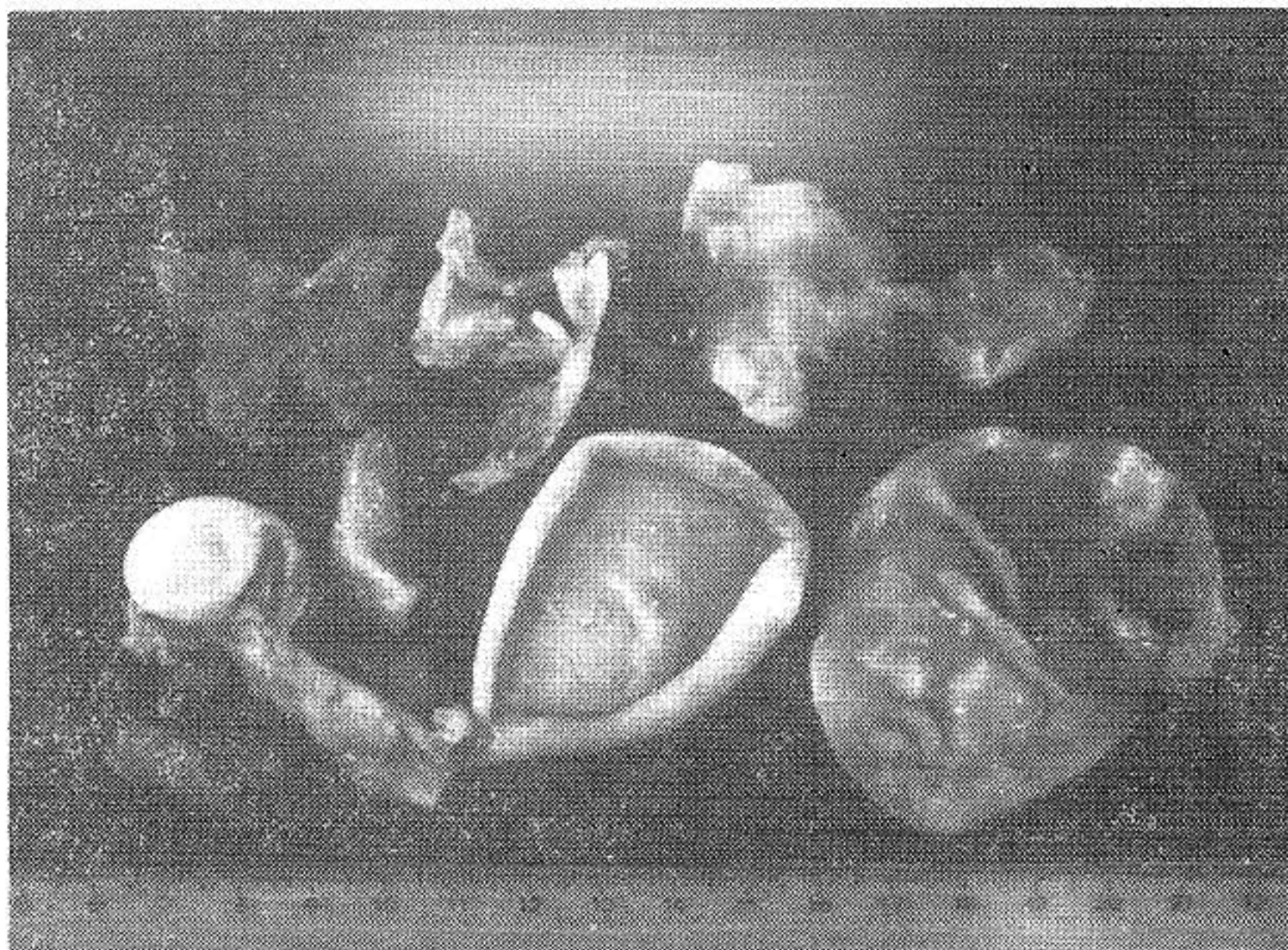
La alteración del parénquima hepático constituye lo que se denomina adventicia; al crecer el quiste, la isquemia compresiva origina fibrosis y degeneración hialina. Esta adventicia puede ser asiento de calcificación sin significar la muerte del parásito. Su crecimiento es lento y no produce síntomas sino hasta los cinco o veinte años de haberse localizado en el hígado.³

ESTRUCTURA MORFOLOGICA DE LA HIDATIDE.- (2)



Fotografía No. 2

A) **La larva del equinococo** que es sinónimo de una esfera llena de líquido, comprende una capa cuticular o capa externa de color blanco con aspecto de clara de huevo cocido, de espesor variable, de estructura laminar (ver fotografía N° 3); es una membrana semipermeable que deja pasar los colides y los cristalóides pero no los gérmenes.



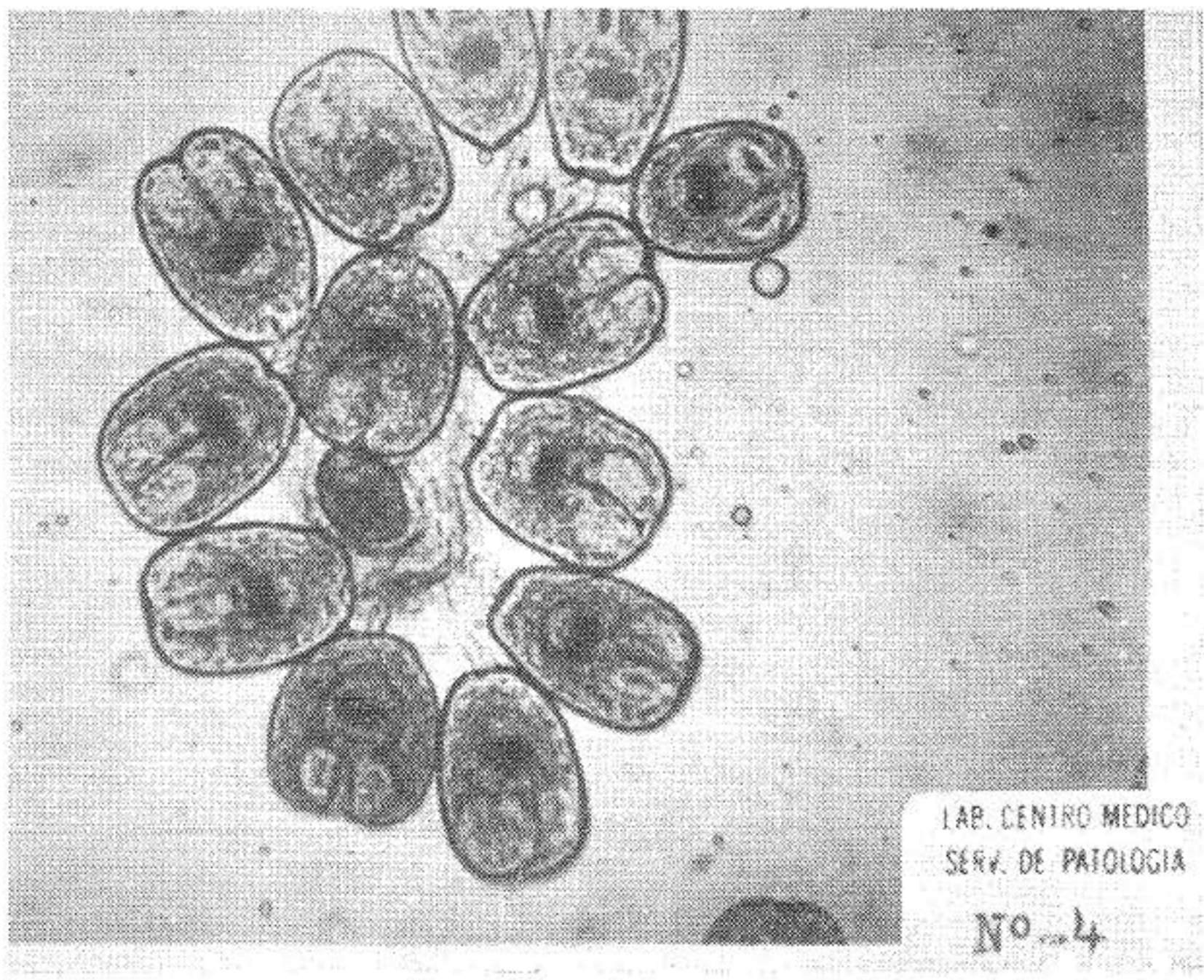
Fotografía No. 3

B) **La capa germinativa** o prolífera: a expensas de ella se desarrolla una vesícula prolífera e histológicamente es una masa de aspecto plasmoidal con numerosos núcleos y abundante almidón. De cada vesícula prolífera se originan los escólices o cabezas de las tenias. (Ver fotografía N° 4).

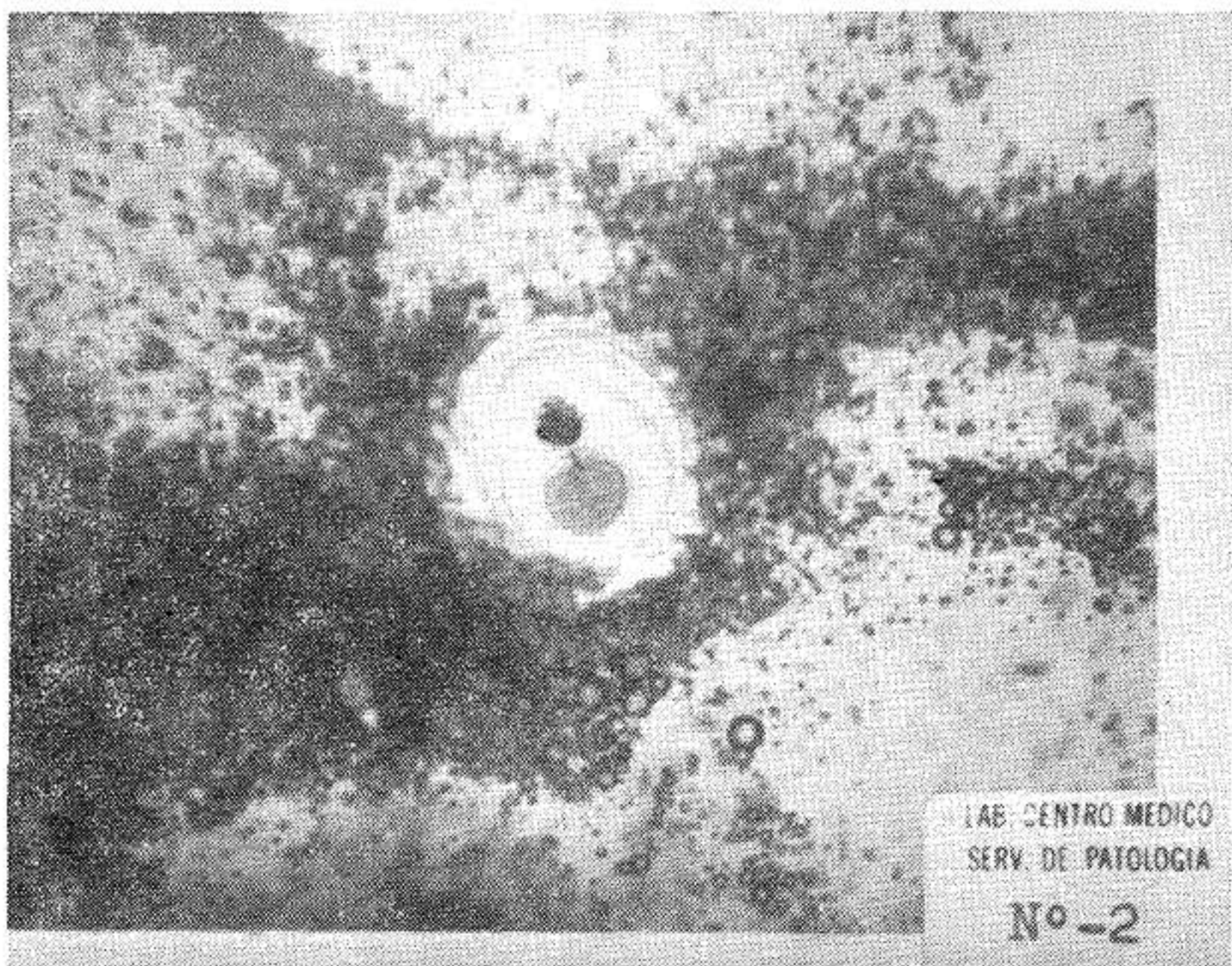
C) **El líquido hidatídico:** en condiciones normales es limpio y transparente como agua de roca, con una serie de sustancias orgánicas e inorgánicas en cantidad variable, de acuerdo a su procedencia. (Ver fotografía N° 2).

COMPOSICION QUIMICA DEL LIQUIDO HIDATIDICO

SUSTANCIA	LIQUIDO HUMANO %	LIQUIDO BOVINO %
Densidad	1.007 a 1.012	1.008
Agua	98,20 a 98,80	98,70
Extracto	1,10 a 1,80	1,30
Cenizas	0,40 a 0,97	0,83
Reacción	Alcalina-Acida	Alcalina
Cloruro de Sodio	0,45 a 0,61	0,65
Glucosa	0 a 0,06	0,06
Albúmina	Vestigios-0,01	0,02
Grasas	0 a 0,05	0,04
Creatinina	no contiene	no contiene



Fotografía No. 4



Fotografía No. 5

Esta variación de la composición guarda relación con las diferentes composiciones plasmáticas de los animales en los cuales se localizan (Wernique y Savino).²

El líquido hidatídico sedimentado presenta un aspecto arenoso, blanco, sucio, conocido como arenilla hidatídica (Devé). Esta arenilla la componen las vesículas prolíferas, escolices normales y escolices desintegrados (ver fotografía N° 2).

CLINICA Y DIAGNOSTICO

La clínica es muy pobre y con frecuencia se confunde con un cuadro de colelitiasis o bien con una colecistitis, excepto en los casos de gran tamaño fáciles de palpar y establecer un diagnóstico diferencial con un hepatoma.

Dentro de la anamnesis, el origen y la procedencia del contacto con los perros o zona donde hay ovejas ayudan al diagnóstico.

La ictericia de la hidatidosis es de mediana intensidad, por debajo de los 15 mg %.⁴

- 1.—El tumor sospechoso en un paciente de un área endémica requiere una hematología que por lo general es normal, excepto cuando está infectado el quiste hidatídico; además, puede haber eosinofilia.
- 2.—Una radiografía simple puede mostrar la calcificación de la pared del quiste, si es que existe.
- 3.—Un gammagrama el cual nos ubica el tumor topográficamente.
- 4.—La Cuti-Reacción de Casoni, su reacción depende del contenido nitrogenado del líquido hidatídico, por lo tanto, un resultado negativo carece de valor.
- 5.—Prueba de fijación de complemento, o sea, Reacción de Weinberg.⁵ La prueba de Casoni es positiva permanentemente, mientras que la de Weinberg es positiva solamente si el quiste está vivo.

Los pacientes con sospecha de hidatidosis hepática deben palparse con cuidado, pues suele ocurrir la ruptura del quiste con diseminación de la parasitosis, urticaria y un shock anafiláctico.

TRATAMIENTO QUIRURGICO.⁶

El único tratamiento que se puede ofrecer es el tratamiento quirúrgico; se somete a este tratamiento todo quiste sintomático y con parásitos vivos.

Para el tratamiento quirúrgico debe tenerse presente:⁶

- 1.—Incisión por la vía más corta al quiste (adecuada exposición).
- 2.—Aislamiento cuidadoso, con compresas, de la zona operatoria.
- 3.—Disección del parénquima hepático o procedimiento de Pérez-Fontana para exponer el quiste.
- 4.—Debe aspirarse cierta cantidad del líquido hidatídico e introducir la misma cantidad de formol al 2%, 5% o 10%, y se deja durante 5 minutos para garantizar la muerte de los escolices. Además de formol se emplea el Iodo al 1%, el Cloruro de Sodio al 30%. La inyección intraquística del Iodo al 1% garantiza la

muerte de los escolices, en un minuto, en un volumen igual al vigésimo del que tiene el quiste.⁵

5.—Extirpar la membrana íntegramente. (Ver fotografía N° 3).

6.—Marsupialización o bien una variedad de la misma que consiste en dejar la cavidad del quiste en comunicación al exterior con una sonda de Foley.

No se realiza el capitonaje o aproximación de la pared hepática por el peligro de sangramiento.

CONCLUSIONES

Nuestra paciente (NNA) a quien nos referimos en el presente trabajo, la operamos con el procedimiento antes descrito; fue intervenida el 3 de diciembre de 1973 y la hemos controlado periódicamente con gammagramas hepáticos, estando en perfectas condiciones, hígado normal, ha recuperado su parénquima totalmente.

Creemos necesario utilizar todos los pasos antes descritos ya que es la única forma de prevenir las recidivas y obtener la curabilidad total.

BIBLIOGRAFIA

- 1 GODAYOL ROVIRA, JUAN: Historia Clínica N° 1278. Hospital Privado Centro Médico de Caracas. 1973.
- 2 NIÑO, L.: Parasitología. Editorial Beta. Buenos Aires. Argentina. 1965.
- 3 CRAIG y FAUST: Parasitología. Editorial Uteha. México. 1961.
- 4 VALENCIA-PARPARCEN, JOEL y Col.: Hidatidosis Hepática. G.E.N. Vol. XII, N° 4, 163-174, 1958.
- 5 CECIL-LOEB: Tratado de Medicina Interna. Editorial Interam. I: 778-780, 1972.
- 6 CHRISTMANN-OTTOLENGHI y Col.: Técnica Quirúrgica. Editorial El Ateneo. Buenos Aires, Argentina. 1975.
- 7 JEFFREY and LEACH: Atlas of Medical Helminthology and Protozoology. Plate 81, 1966.
- 8 SHACKELFORD, R.: Diagnóstico Quirúrgico. Editorial Salvat. II: 825-830, 1971.
- 9 BUCKUS, H.: Gastroenterología. Editorial Salvat. III: 27, 1968.
- 10 MARKELL and VOGEL: Medical Parasitology. Editorial Saunders. 4ª Edición. pp. 224-230, 1976.
- 11 SALFELDER, K., ORTIZ, A. D. y BARRETO, L. F.: Tribuna Médica de Venezuela. Vol. V: 204, 1967.