

Anafilaxia de repetición secundaria a quiste hidatídico hepático

Recurrent anaphylaxis secondary to hepatic hydatid cyst

Martínez Gabarrón M¹, González Sánchez LA², Galindo Andúgar MA¹, Castellanos Monedero JJ¹

¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Alergología. Hospital la Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real.

Resumen

La enfermedad hidatídica es una infección parasitaria producida por *Echinococcus granulosus* caracterizada por lesiones quísticas uniloculares localizadas principalmente en hígado y pulmones. Hasta en el 66% de las infecciones hay afectación hepática. La rotura del quiste hidatídico dentro de la cavidad peritoneal es poco frecuente pero representa una complicación importante ya que puede causar desde fiebre, prurito, urticaria o eosinofilia hasta shock anafiláctico. Presentamos el caso de un varón de 50 años que presentó episodios repetidos de anafilaxia como única manifestación clínica de un quiste hidatídico hepático.

Palabras clave: anafilaxia; quiste hidatídico hepático; *Echinococcus granulosus*; enfermedad hidatídica

Abstract

Hydatid disease is a parasitic infestation caused by *Echinococcus granulosus* characterised by cystic unilocular lesions located mainly in liver and lung. There is hepatic affectation until in 66% of the infections. Cyst rupture into the peritoneal cavity is rare but very important to diagnose because of his complications: it can cause fever, pruritus, urticaria, eosinophilia and even anaphylactic shock. We report a case of a 50 year-old man who consulted for repetition anaphylaxis episodes as the only clinical manifestation of hepatic hydatid cyst.

Key words: anaphylaxis; hepatic hydatid cyst; *Echinococcus granulosus*; hydatid disease

Introducción

La prevalencia de la infección por el parásito *Echinococcus granulosus* es variable dependiendo de la región, España es una zona endémica y se ha registrado una incidencia de 5 a 9 casos por cada 100.000 habitantes¹. El desarrollo de la equinococosis quística suele ser lento y por lo general son asintomáticas durante varios años hasta que los quistes alcanzan un tamaño importante. La rotura o la fuga episódica de un quiste hidatídico espontánea o debida a un traumatismo se produce en un 3-17% de todos los casos con enfermedad hidatídica y puede producir fiebre, prurito, urticaria, eosinofilia o anafilaxia^{2,3}. Presentamos el caso de una hidatidosis quística hepática que debutó como reacciones anafilácticas de repetición.

Caso clínico

Varón de 50 años, albañil de profesión, sin reacciones alérgicas medicamentosas conocidas, con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2, litiasis renal e intervenido de fractura de antebrazo izquierdo, encontrándose en tratamiento con metformina y ácido acetilsalicílico.

El paciente acude a Urgencias en tres ocasiones en el último año, por presentar cuadros de anafilaxia moderada-severa, consistentes en angioedema facial y lingual, disnea, sensación de ocupación faríngea, prurito y eritema cutáneo generalizado. En el segundo episodio, existía el antecedente de ingestión de setas silvestres, por lo que se atribuyó a una intoxicación alimentaria. El tercer episodio se produce tras hacer un esfuerzo en el trabajo (cargar sacos de cemento), volviendo a presentar un cuadro de angioedema con disnea, malestar general y eritema cutáneo

generalizado. En la exploración física el paciente impresiona de gravedad, encontrándose afebril, con PA 90/70 mmHg, frecuencia respiratoria de 24 rpm, saturación basal de oxígeno 84%, sin tiraje respiratorio, disnea de pequeños esfuerzos y cianosis distal. En la auscultación pulmonar el murmullo vesicular está disminuido con sibilancias dispersas. En el resto de la exploración no se aprecia ningún otro hallazgo de interés.

En los tres episodios el paciente es tratado con adrenalina, anti-histamínicos, corticoides y oxigenoterapia respondiendo de forma favorable. En la última ocasión, tras 24 horas de observación sin incidencias es dado de alta con citación en consulta de Alergología para estudio.

Siguiendo el protocolo de estudio de anafilaxia, desde la consulta se solicitan las siguientes pruebas complementarias:

Pruebas de laboratorio: análisis de sangre donde destacan los siguientes parámetros: leucocitos 18800/ μ L [4500-11000] con 42,7% de eosinófilos [1-5], GGT 118 UI/L [10-55], PCR 15,2 mg/dl [0-0,5], anticuerpos antimicrosomales 7,7 UI/ml, anticuerpos antitiroglobulina 17,4 UI/ml, serología para *E.granulosus* positiva (título 2560), siendo el resto normal. Determinación de parásitos en heces negativo. Sistemático de orina: glucosuria.

Pruebas de imagen: ecografía abdominal en la que se describe una lesión quística de aproximadamente 10 cm de diámetro en segmento VI del lóbulo hepático derecho sin observarse otras lesiones focales hepáticas.

Estudio alergológico inicial: Se hacen prick-test cutáneas en el brazo derecho (tatuaje en el izquierdo) que resultan negativas. Posteriormente se realizan las pruebas epicutáneas (TRUE test) en las que el paciente muestra una sensibilización a colofonia, sales de níquel y cloruro de cobalto. IgE 2500 mg/dl [0-400], IgE

Figura 1. Lesión multilocular hepática



específica positiva para veneno de himenópteros y antibióticos betalactámicos.

Ante estos resultados el paciente es diagnosticado de anafilaxia secundaria a roturas de quiste hidatídico, sensibilización subclínica a betalactámicos y veneno de himenópteros y de dermatitis de contacto por sensibilización a colofonia, sales de níquel y cloruro de cobalto. Se prescribe y se le instruye en el uso de tratamiento para posibles episodios posteriores (adrenalina autoinyectable, prednisona, ranitidina, dexclorfeniramina y ebastina orales). Se deriva al paciente al Servicio de Cirugía para intervención programada, se realiza TC abdominal en la cual se visualiza hígado aumentado de tamaño con voluminosa lesión quística multilocular en el segmento V/VI de lóbulo hepático derecho, con afectación del segmento VII y VIII de aproximadamente 9,5 cm compatible con quiste hidatídico multivesicular. Se aprecia otra formación quística aparentemente independiente aunque sin descartar loculación del quiste dominante, localizada en el segmento VII inmediatamente por detrás de la vena cava inferior intrahepática de aproximadamente 2,6 cm. No se evidencian formaciones quísticas en otras localizaciones.

Tras iniciar tratamiento la semana previa con albendazol para reducir el riesgo de diseminación, el paciente es intervenido mediante laparotomía subcostal derecha ampliada, evidenciando un quiste hidatídico de gran tamaño en los segmentos VI-VII con extensión medial precava, se realiza disección de adherencias y quistoperiquistectomía parcial abierta con drenaje subhepático, presentando un postoperatorio con evolución favorable sin fístulas biliares ni infección de herida quirúrgica. La profilaxis farmacológica se mantuvo durante un mes tras la cirugía.

Tres meses más tarde el paciente acude a urgencias por cuadro de dolor costal izquierdo, se realiza una radiografía de tórax en la que aparece una imagen sugestiva de diseminación pulmonar, ingresándose para estudio. Se hace una ecografía en la que se

observa una lesión quística de aproximadamente 8 cm de diámetro en segmento VI del lóbulo hepático derecho que sugiere recidiva. Se realiza TC en la que se evidencian múltiples lesiones pulmonares de densidad líquida, la mayor de 30 mm en lóbulo superior izquierdo y varias cavidades, la mayor de 27 mm. Se observa quiste de 7 cm a nivel posterior del lóbulo hepático derecho compatible con hidatidosis. Se lleva a cabo una laparotomía exploradora hallando quiste en lóbulo hepático derecho con contenido líquido purulento sin evidencia de restos hidatídicos que confirmen recidiva, procediéndose a su drenaje y esterilización. Tras valoración por Cirugía torácica se decide tratamiento conservador con albendazol y con TC de seguimiento. Un año después se observa disminución del tamaño de las lesiones nodulares no cavitadas, y las cavitadas sin cambios valorables.

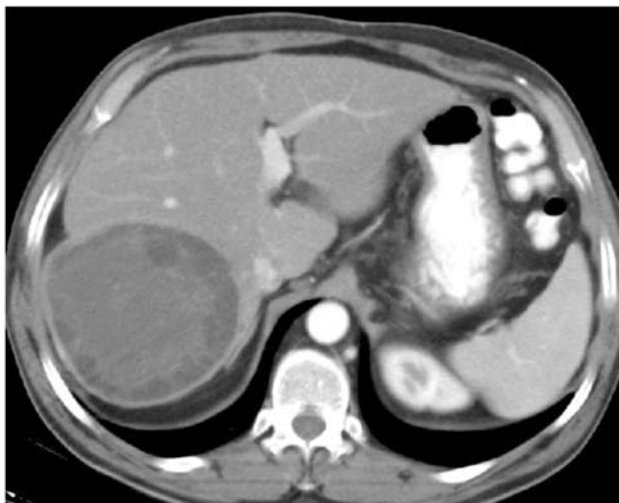
Discusión

La hidatidosis es una infección parasitaria cuya presentación como shock anafiláctico es infrecuente, oscilando entre el 1 y el 7,5%^{4,5} de los casos y se debe a la rotura del quiste de forma espontánea o traumática⁶ con la consiguiente liberación del material hidatídico.

Las técnicas diagnósticas de elección⁷ son la Resonancia Magnética, la Tomografía computerizada y la ecografía, que objetivan quistes bien definidos con paredes finas o gruesas, siendo el hallazgo más específico la presencia de quistes hijos dentro del quiste mayor. Este hallazgo, al igual que la cáscara de huevo o calcificación mural en la TC, sugiere una infección por *E. granulosus* y ayuda a diferenciar el quiste de los carcinomas, los abscesos hepáticos bacterianos o amebianos y los hemangiomas.

El diagnóstico específico de *E. granulosus*⁸ se realiza por medio del examen de los líquidos aspirados en busca de

Figura 2. Lesiones pulmonares simples



protoescolices o ganchos; sin embargo, no se recomienda como método convencional, debido al riesgo de diseminación de la infección o la aparición de reacciones anafilácticas. Los análisis serológicos pueden ser útiles, aunque un resultado negativo no excluye el diagnóstico de equinococosis. Los quistes hepáticos provocan respuestas de anticuerpos en el 90% de los casos. El método con mayor grado de especificidad es la detección con inmunotransferencia del anticuerpo específico frente a los antígenos equinocócicos.

La cirugía ha sido el principal método para el tratamiento definitivo⁸. En la actualidad se recomienda estadificar por ecografía la infestación por *E. granulosus*, valorando la viabilidad del parásito por su aspecto ecográfico, clasificándose como quistes activos, en transición e inactivos.

Para las lesiones con pared quística visible y ecos internos, actualmente se recomienda un procedimiento llamado aspiración percutánea con infusión de escolicidas y reaspiración (PAIR) en lugar de la cirugía⁸. Al menos cuatro días antes del procedimiento se debe iniciar un tratamiento profiláctico de peritonitis secundaria por derrame inadvertido del líquido, con albendazol (15mg/kg/día dividido en dos dosis). La profilaxis se continúa por un tiempo mínimo de cuatro semanas. La aspiración guiada por ecografía o TC permite confirmar el diagnóstico al demostrar la presencia de protoescolices en el líquido de aspiración.

La cirugía sigue siendo el tratamiento de elección en los casos complicados o cuando las lesiones se localizan en

zonas inaccesibles a la PAIR.^{3,8} Para *E. granulosus* se prefiere utilizar pericistectomía, con extirpación del quiste entero y del tejido fibroso que lo rodea. Los riesgos del derrame del líquido durante la cirugía o la PAIR consisten en shock anafiláctico y diseminación de protoescolices infecciosas. La infusión de fármacos escolicidas ya no se recomienda debido a reacciones adversas tipo hipernatremia, intoxicación o colangitis esclerosante. En las infecciones por *E. granulosus* también se debe administrar albendazol días antes de la cirugía y continuarlo durante varias semanas. El praziquantel (50mg/kg/día) durante dos semanas puede acelerar la muerte de los protoescolices. El tratamiento farmacológico sin cirugía ni aspiración ha demostrado una curación del 30% de los enfermos con mejoría en el 50%.

Nuestro paciente presentó reacciones anafilácticas de repetición como única manifestación de hidatidosis hepática, de ahí que su despistaje se incluya en el protocolo de anafilaxia, sobre todo si no existe un claro desencadenante farmacológico o alimentario, y especialmente en las recurrentes o calificadas como idiopáticas. Recibió tratamiento quirúrgico con posterior diseminación de la infección a pesar de recibir tratamiento perioperatorio profiláctico, por lo que queremos resaltar la importancia de éste aunque en ocasiones, como sucedió en nuestro caso, no logre evitar la diseminación. Como curiosidad del caso, durante el proceso diagnóstico se detectó sensibilización subclínica a betalactámicos y a veneno de himenópteros, que podrían haber actuado como factores de confusión etiológicos si hubiesen concurrido en los episodios anafilácticos descritos.

Bibliografía

1. Conthe P, Arnalich F, Muñoz Sánchez JA, Segura JM, Gil A, Barbado FS. La hidatidosis en un hospital general II. Estudio clínico de 230 casos de hidatidosis hepática. *Med Clin (Barc)* 1983; 80: 879-83.
2. Castanares-Zapatero D, François Laterre P. Ruptured hydatid cyst in a patient with shock. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2009; 8: 638-639.
3. Moro P, Schantz PM. Echinococcosis: a review. *Int J Infect Dis* 2009; 13: 125-133.
4. Ruz Rebollo ML, Delgado Fontaneda E, Gutiérrez Macías A, Suárez Regueiro MJ. Shock anafiláctico como primera manifestación de enfermedad hidatídica hepática. *Rev Esp Enferm Dig* 1991; 98: 70-1.
5. Erdogmus B, Yazici B, Akcan Y, Ayca B, Korkmaz U, Alcelik A. Latent fatality due to hydatid cyst rupture alter a severe cough episode. *Tohoku J Exp Med* 2005; 205: 293-296.
6. Gulalp B, Koseoglu Z, Toprak N et al. Ruptured hydatid cyst following minimal trauma and few signs on presentation. *Neth J Med* 2007; 65: 117-118.
7. Sezgin O, Altintas E, Saritas U, Sahin B. Hepatic alveolar echinococcosis: clinical and radiologic features and endoscopic Management. *J Clin Gastroenterol* 2005; 39: 160-167.
8. Odev K, Paksoy Y, Arslan A. Sonographically guided percutaneous treatment of hepatic hydatid cyst: long term results. *J Clin Ultrasound* 2000; 28: 469-78.