

Descripción del caso presentado en el número anterior: Hidatidosis pulmonar *Pulmonary hidatidosis*

Dr. Guillermo Moscatelli^a, Dra. Zulma Abraham^b, Dra. Samanta Moroni^a, Dr. Emilio Martínez Iriarte^c,
Dr. Manlio Rodríguez^b, Dra. Lorena Mirón^c, Dra. Sabrina Vásquez Millán^b, Dr. Luis Casas^b y Dr. Jaime Altcheh^a

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2012.265>

Caso clínico

Paciente de 3 años que recibió tratamiento antibiótico por neumonía 45 días atrás. Consulta por tos y fiebre de una semana de evolución. Examen físico: hipoventilación en campo medio y base derecha, afebril. Se decide su internación. Radiografía: imagen redondeada con nivel hidroaéreo (Figura 1). Tomografía computada de tórax: imagen quística con contenido líquido, cubierta de una semiluna de aire que se moviliza con el decúbito (Figura 2). Ecografía abdominopelviana normal. Serología para hidatidosis negativa. Se indicó tratamiento antibiótico, albendazol y se realizó cirugía del quiste. La anatomía patológica confirma el diagnóstico de hidatidosis. Se decide suspender los antibióticos y continuar con albendazol por un mes.

Descripción de la hidatidosis pulmonar

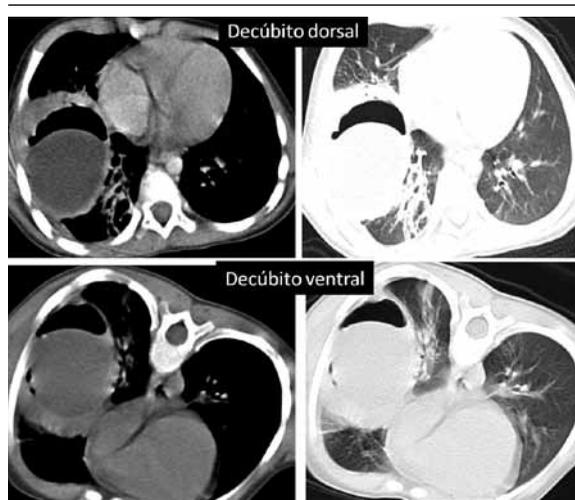
La hidatidosis o echinococosis quística es una zoonosis producida por el cisto de *Echinococcus granulosus*. Su distribución es mundial. Se manifiesta con la formación de quistes, preferentemente en hígado y pulmón. El huésped definitivo es el perro, que se infecta al ingerir los escólex del parásito que se encuentran dentro de los quistes hidatídicos de los órganos del ganado ovino, caprino y porcino. El perro parasitado elimina huevos embrionados con la materia fecal, que contaminan el agua, el pasto y pueden quedar adheridos en los

pelos del hocico y resto del cuerpo. El huevo ingerido por el hombre o ganado (huéspedes intermediarios), al llegar al intestino delgado, libera el embrión que, por vía venosa, alcanza los órganos donde se origina el estadio larval, llamado hidá-

FIGURA 1.



FIGURA 2.



a. Servicio de Parasitología y Chagas.
b. Servicio de Tomografía Computada.
c. Unidad 6.
Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez".
Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia:
Dr. Guillermo Moscatelli: gmoscatelli@yahoo.com.ar

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 16-11-2011
Aceptado: 30-11-2011

tide o quiste. La población pediátrica es la que se encuentra en mayor riesgo de primoinfección, dado que el contacto con el huésped definitivo suele ser más estrecho. El contenido sólido del quiste recibe el nombre de "arenilla hidatídica" y puede ser observado en la ecografía abdominal cuando se moviliza al paciente, lo cual genera el signo del nevado. Las localizaciones más frecuentes de los quistes son hígado (67-89%) y pulmón (10-15%).¹ A diferencia de la localización abdominal, en el pulmón, por sus características elásticas, existe una escasa resistencia al crecimiento, con rápido aumento de tamaño que determina la aparición de síntomas clínicos en un gran porcentaje de los casos, relacionados con el tamaño del quiste, la presión sobre las estructuras adyacentes, la infección, la ruptura y la diseminación del contenido quístico a través de la vía aérea.²

El diagnóstico de la forma pulmonar se basa en antecedentes epidemiológicos de riesgo, estudios radiológicos; a diferencia de los abdominales, donde la ecografía es de elección. En cuanto a la serología, se emplean hemaglutinación indirecta y ELISA como prueba de pesquisa, cuya sensibilidad oscila en 35-90%. Una serología negativa no descarta hidatidosis. El diagnóstico de certeza exige la visualización del escólex, directa o por estudio anatomopatológico de las membranas.³

El quiste hidatídico presenta dos capas: cutícula o externa (respuesta del huésped al parásito) y germinativa o prolígera (capa interna que forma el parásito). Son masas redondeadas u ovaladas de bordes bien definidos, de contenido líquido, sin realce luego del contraste endovenoso en la TC. El signo del "menisco aéreo" o de "aire cre-

ciente" se caracteriza por la presencia de aire entre la cutícula y la germinativa causado por la erosión de los bronquiolos cuando crece el quiste. Otros signos radiológicos de ruptura quística son: signo del "doble arco" o "cáscaras de cebolla", que representa la coexistencia del signo del menisco aéreo y un nivel hidroaéreo dentro del quiste; el signo del "camalote", que indica membranas flotando en un quiste parcialmente vacío y, finalmente, el signo de la "masa dentro de la cavidad", que está dado por membranas flotando dentro de un quiste lleno de aire. Los quistes pulmonares rara vez presentan calcificaciones.^{4,5}

Tratamiento

El albendazol (10-15 mg/kg/día por 15 días) es el tratamiento médico recomendado en quistes no complicados. La cirugía convencional estaría indicada en quistes de gran tamaño con riesgo de ruptura y quistes complicados, casos en los que se sugiere en estos albendazol durante los 15 días previos y posteriores al acto quirúrgico, por los riesgos de ruptura y diseminación de los protoescolices.¹ ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Moscatelli G, Freilij H, Altcheh J. Hidatidosis o Echinococcosis quística. *Pediatría de Luis Voyer, Raúl Ruvinsky, Carlos Cambiano*, 3ª edición. Buenos Aires; 2011. Págs.770-4.
2. Rubio Marco I, Sáenz Bañuelos J, Sánchez Rodríguez C, Álvarez de Eulate León N, et al. Manifestaciones radiológicas de la hidatidosis. Disponible en: http://seram2010.com/modules/posters/files/pster_hidatidosis.pdf. [Consulta: 7 de mayo de 2012].
3. Altcheh J, Moroni S, Moscatelli G, Ballering G, et al. Hidatidosis en pediatría: eficacia del tratamiento médico. XXIII Congreso Mundial de Hidatología, Colonia del Sacramento, Uruguay, Diciembre 9-11, 2009.

Presentación del nuevo caso clínico

En el próximo número se publicará el diagnóstico, manejo y tratamiento de este caso.

Paciente de 8 años de edad de sexo masculino, que consulta a la guardia por presentar cefalea intensa, cambios en el comportamiento con tendencia a la agresividad e irritabilidad de aparición súbita en las últimas 12 h. Presentó un pico febril aislado antes de concurrir al hospital que cedió con antitérmicos habituales. Su madre refiere antecedente de traumatismo craneano sin pérdida de conciencia por caída mientras jugaba al fútbol hace 10 días atrás.

Examen físico: Paciente desorientado en tiempo

y espacio, irritable y con excitación psicomotriz. Aumento de la base de sustentación al deambular, con requerimiento de apoyo para mantenerse en bipedestación. Pupilas reactivas e isocóricas con reflejos osteotendinosos y superficiales conservados. Sin signos meníngeos. Resto dentro de límites normales.

Mientras se realizaba el examen físico en la guardia presenta convulsión tónico-clónica generalizada, de escasos segundos de duración, que cede espontáneamente.

Exámenes complementarios: GB 17 800 (7000 neutrófilos totales), Hb 10,2 mg/dl, HTO 37%, Plaquetas 347 000/mm³. TAC de cerebro sin contraste por guardia sin particularidades. Se realiza punción lumbar que arroja LCR límpido e incoloro, 180 elementos por mm³ con predominio mononuclear, escasos hematíes por campo, glucorraquia 50 mg/dl (glucosa 78 mg/dl) y proteinorraquia 45 mg/dl. Se toma muestra para estudio citológico, cultivo de gérmenes comunes, PCR para enterovirus, VVZ y herpes. Se reserva muestra de LCR para dosaje de anticuerpos específicos oligo-

clonales. Se envía muestra de sangre para dosaje de tóxicos y se refrigera suero para exámenes serológicos.

¿Cuál es su diagnóstico?

- Hemorragia intracraneal
- Intoxicación aguda
- Encefalitis aguda
- Trastorno psiquiátrico
- Absceso cerebral

**Para poder votar ingrese a:
<http://www.sap.org.ar/archivos>**

Dejar de fumar es fácil, yo he dejado varias veces.

Mark Twain