

HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN NIÑOS

Sandra Martínez R.*; Lily Ortiz C.*; Margot Carhuallanqui R.*

RESUMEN

Se presenta un estudio retrospectivo de 39 pacientes intervenidos quirúrgicamente por hidatidosis hepática en el Instituto de Salud del Niño de Lima - Perú, entre los años 1988 y 1997. Se analizó la frecuencia en cuanto al sexo, edad, lugar de procedencia, tiempo de enfermedad, manifestaciones clínicas, métodos diagnóstico, datos referentes al quiste, técnicas quirúrgicas y complicaciones post operatorias.

La edad media de los pacientes fue de 9,3 años, siendo mayor la incidencia en el sexo masculino (74,36%). Los signos y síntomas más frecuentes fueron hepatomegalia (82,05%), dolor abdominal (51,28%), masa palpable en hipocondrio derecho (46,15%) y fiebre (38,46%). La ultrasonografía fue el método diagnóstico más utilizado y positivo en el 100% de los casos. Los quistes han sido con mayor frecuencia únicos (53,85%) y localizados en el lóbulo hepático derecho (56,41%). La técnica quirúrgica más utilizada para el tratamiento fue la quistectomía con capitonaje (64,10%). Las complicaciones post-operatorias frecuentes fueron el absceso hepático (7,69%) y la fístula biliar (5,12%).

Palabras claves: hidatidosis hepática, quiste, niños.

ABSTRACT

A retrospective study of 39 patients, who underwent surgery for hepatic hydatid in the Instituto de Salud del Niño in Lima - Perú, between 1988 - 1997, is presented. The frequency was analyzed in regards to sex, age, procedence, disease duration, symptomatology, cyst data, surgical techniques and postoperative complications.

The mean age of the patients was 9,3 years with the most incidence in males (74,36%). The most frequent clinical signs and symptoms were observed: hepatomegaly (82,05%), pain (51,28%), palpable mass of right hypochondria (46,15%) and fever (38,46%). The ultrasonography was the most used diagnostic method (100%) with high effectiveness. Solitary cyst was most frequent (53,85%) with localization in the right hepatic lobe (56,41%). The most used surgical technique was cystectomy and capitonaje (64,10%). The most frequent postoperative complications were hepatic abscess (7,69%) and biliary fistula (5,12%).

Key words: hepatic hydatidosis, cyst, child.

INTRODUCCIÓN

La hidatidosis, también llamada Equinocosis hidatídica, es una parasitosis zoonótica que se caracteriza por la presencia de quistes de diverso tamaño, que constituyen la fase larvaria de la tenia del género *Echinococcus*, cuya forma adulta se encuentra en huéspedes de la familia Canidae. Su distribución es mundial. En el Perú, entre 1976 - 1986 se notificaron al servicio de estadística del Ministerio de Salud 2098 casos, los cuales mostraban una incidencia que va en aumento; observando que los lugares de mayor casuística eran los departamentos de Lima, Cerro de Pasco, Junín, Puno, San Martín y Cuzco, en donde existen áreas de cría de ovinos y bovinos, los cuales al igual que el hombre son huéspedes intermedios dentro del ciclo epidemiológico de este parásito.

La localización hepática es la más frecuente de todas las hidatidosis en el hombre, oscilando en la mayoría de estadísticas entre el 65 y 75%. Aproximadamente alrededor del 10 - 20% de los quistes se desarrollan en el pulmón. Existen otras localizaciones anatómicas que podríamos llamar atípicas, por la baja incidencia que representan.

Clásicamente el parásito se enquista en el órgano del paciente donde se puede apreciar varias capas concéntricas: Capa adventicia externa que representa la respuesta fibrosa del huésped frente al parásito; Capa media o nutricional, compuesta por un polisacárido elaborado por el parásito; Capa interna o germinativa, a partir de la cual se van a originar las cápsulas hijos o vesículas que se fijan por un pedículo; posteriormente estas al desarrollar se desprenden formando los escólex.

Las manifestaciones clínicas dependen de la localización y del tamaño del quiste. Debido a su lento crecimiento (aproximadamente 1cm por año), el paciente se mantiene asintomático durante largos periodos. Los síntomas más frecuentes son los derivados del efecto mecánico (compresión del parénquima hepático adyacente), así como dolor sordo, continuo en el hipocondrio derecho y trastornos dispépticos postprandiales. Con menor frecuencia se observan reacciones alérgicas, pudiendo llegar hasta el shock anafiláctico. En muchas ocasiones el diagnóstico es un hallazgo clínico o radiológico.

En cuanto al tratamiento de esta parasitosis, sigue siendo el quirúrgico el de elección, actuando por un lado sobre el parásito, y por otro, sobre la cavidad residual, reduciendo al mismo tiempo la capacidad de recidiva. Actualmente el tratamiento farmacológico no representa una alternativa definitiva, por tanto, esta indicado en pacientes como medida profiláctica prequirúrgica y en aquellos que no desean una actitud quirúrgica.

* Médico-Cirujano SERUMS

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo, analizando un total de 39 historias clínicas correspondientes a todos los pacientes diagnosticados de hidatidosis hepática en el Instituto de Salud del Niño de Lima - Perú, desde enero de 1988 hasta diciembre de 1996.

Se analizó la edad y sexo de los pacientes, lugar de procedencia, tiempo de enfermedad, manifestaciones clínicas, exámenes auxiliares, datos referentes a los quistes (número, localización, tamaño), tratamiento, otras localizaciones asociadas (hidatidosis extrahepáticas) y complicaciones post operatorias.

Las características de los quistes que se han tomado en cuenta son: número, localización y tamaño, datos que se han extraído de los informes post operatorios.

RESULTADOS

En la distribución por edad, el paciente más joven tenía 3 años y el mayor 17 años, con una media de 9,3 años. Los mayores porcentajes corresponden a los grupos etáreos comprendidos entre 4 - 12, con el 74,35%. Respecto al sexo, se encontró un predominio del sexo masculino (74,36%) con respecto al femenino (25,64%) (Gráfico 1).

Tabla I. Edad

EDAD (años)	CASOS	%
0 - 3	1	2.59
4 - 8	14	35.89
9 - 12	15	38.46
13 - 16	8	20.51
> 16	1	2.56
Total	39	100

Fuente: Archivo del I.S.N. (1988 - 1996)

En cuanto al lugar de procedencia se observó que la mayoría de los pacientes provenía del departamento de Lima (48,71%), principalmente de la provincia de Huarochiri, el 20,51% provenía del departamento de Junín y el 17,94% del departamento de Pasco.

El tiempo de enfermedad que presentaban los pacientes era en la mayoría menor de 6 meses (56,41%) (tabla II) y entre las manifestaciones clínicas y signos que se observaron, destacan (Gráfico 2): hepatomegalia en el 82,05% de casos, dolor abdominal en el 51,28%, presencia de masa palpable en el 46,15%, fiebre en el 38,46%, dispepsia en el 12,82% e ictericia en el 12,82%; solo el 2,56% de los pacientes se encontraban asintomático.

Tabla II. Tiempo de Enfermedad

MESES	CASOS	%
0 - 6	22	56.41
7 - 12	9	23.07
> 12	8	20.51
Total	39	100

Fuente: Archivo del I.S.N. (1988 - 1996)

El diagnóstico se efectuó mediante la historia clínica y los exámenes auxiliares (Tabla III). La ultrasonografía fue el método diagnóstico mas empleado, resultando positivo en el 100% de los casos. También se utilizó la Tomografía Axial Computarizada (15,38%) y la radiografía de abdomen simple (5,12%). Los métodos específicos utilizados para el diagnóstico de hidatidosis fueron el Arco V, Western blot y Elisa en el 58,97; 25,64 y 12,82% de los pacientes respectivamente. En los hemogramas se encontró eosinofilia en el 89,74% y leucocitosis en el 51,28% de los pacientes.

Tabla III. Exámenes auxiliares

EXAMENES	CASOS	%
Ecografía	39	100
Tomografía	6	15.38
Rx. Simple de abdomen	2	5.12
Arco V	23	58.97
Western Blot	10	25.64
Elisa para Hidatidosis	5	12.82
Hemograma		
Leucocitosis	39	100
Eosinofilia	20	51.28
	35	89.74

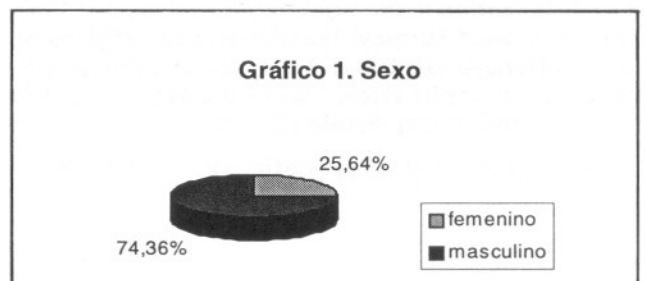
Fuente: Archivo del I.S.N. (1988 - 1996)

Con respecto a los datos referentes al quiste (Tabla IV), comprobamos que en el 53,85% de los casos fue único (Gráfico 3) y que el tamaño estaba comprendido entre los 5 y 15 cm de diámetro (71,41%). La localización en que predominaban los quistes era en el lóbulo hepático derecho con 56,41% (Gráfico 4). En 9 casos existía hidatidosis hepática y pulmonar simultáneamente (20,07%) y en 4 pacientes existía otra localización abdominal aparte de la hepática (Tabla V).

En cuanto al tratamiento, el 58,97% de los pacientes recibieron tratamiento con albendazol antes de ser intervenidos quirúrgicamente. Las técnicas quirúrgicas utilizadas para el tratamiento fueron la quistectomía con capitonaje en el 64,10% y el capitonaje con drenaje en el 17,94% de los casos.

Se presentó complicación post operatoria en 10 pacientes (25,64%) (Tabla VI). Las más frecuentes fueron el absceso hepático en 3 casos (7,69%) y la fístula biliar en 2 casos (5,12%). El 74,35% de los pacientes no presentaron ninguna complicación post operatoria.

Gráfico 1. Sexo



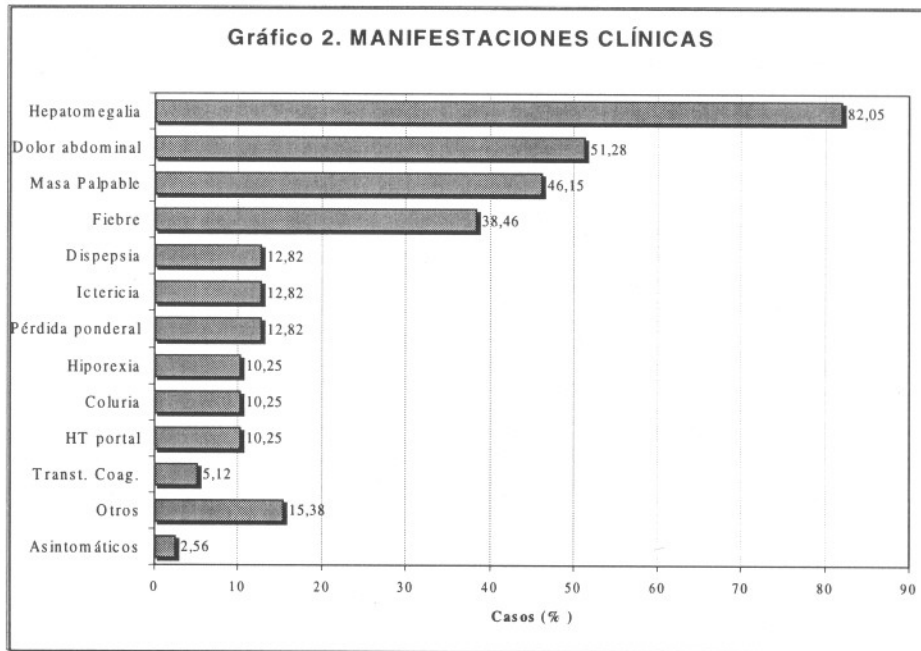


Tabla IV. Datos referentes al quiste

	CASOS	%
Numero de Quistes:		
Único	21	53.85
Dos	11	28.20
Múltiples	7	17.95
Localización:		
Lóbulo derecho	22	56.41
Lóbulo izquierdo	6	15.38
Ambos lóbulos	11	28.21
Tamaño:		
< 5cm	11	17.46
5 - 10 cm	26	41.26
11 - 15 cm	19	30.15
16 - 20 cm	5	7.93
> 20 cm	2	3.20

Fuente: Archivo del I.S.N. (1988 - 1996)

Tabla V. Localizaciones asociadas a la Hidatidosis Hepática

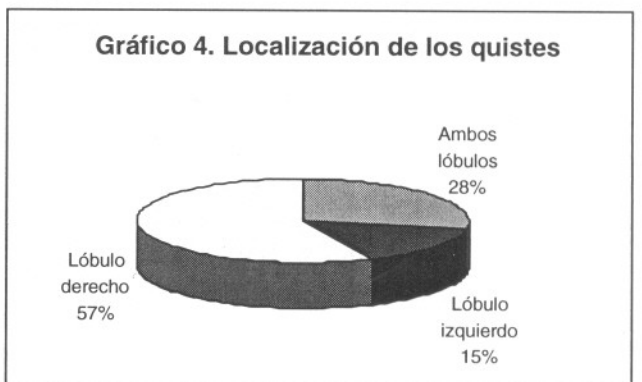
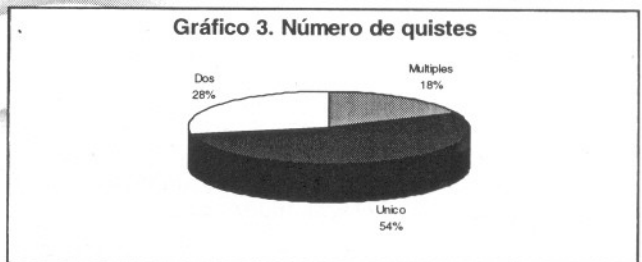
LOCALIZACION	CASOS	%
Pulmonar	9	23.07
Peritoneal	2	5.12
Mesentérica	1	2.56
Vías biliares	1	2.56
Total	13	33.33

Fuente: Archivo del I.S.N. (1988 - 1996)

Tabla VI. Complicaciones post operatorias

COMPLICACION	CASOS	%
Absceso hepático	3	7.69
Fístula biliar	2	5.12
Bilioma	1	2.56
Anafilaxia	1	2.56
Infección	1	2.56
Obstrucción Intestinal	1	2.56
Recidiva	1	2.56
Ninguna	29	74.35
Total	39	100

Fuente: Archivo del I.S.N. (1988 - 1996)



DISCUSIÓN

En el presente estudio se ha encontrado un predominio del sexo masculino, existen otras estadísticas que por el contrario, refieren un predominio del sexo femenino y otras refieren no haber encontrado diferencias con respecto al sexo⁷. La edad de presentación oscila entre los 3 y 17 años. La mayoría comprendidos entre los 7 y 10 años, cifras semejantes a otras series¹⁰, probablemente esta incidencia se deba a que a esta edad existe una mayor relación y/o un contacto mas prolongado con los agentes portadores del equinococo.

En cuanto al lugar de procedencia, hemos observado que la mayoría de los pacientes provienen de áreas rurales de Lima, Junín y Pasco, lo cual coincide con los estudios epidemiológicos realizados a nivel nacional³, y se debe principalmente a que estas regiones son zonas eminentemente dedicadas al pastoreo y crianza de ganado ovino, siendo este, huésped intermediario del equinococo. Dentro del departamento de Lima se presentó la mayor incidencia en la provincia de Huarochirí y en zonas urbano marginales de la provincia de Lima, lugares en donde existe un saneamiento ambiental deficiente.

El diagnóstico para la Hidatidosis ha experimentado un gran avance en los últimos años. En los pacientes se realizaron diferentes tests inmunológicos (Arco V, Western blot, Elisa), que según otros autores²⁻⁷⁻¹⁶ han demostrado una gran eficacia diagnóstica, con una positividad del 96-98%. El método radiológico que ha demostrado ser muy efectivo, ha sido la ultrasonografía, que muestra una fiabilidad diagnóstica superior al 97%⁷⁻¹⁰. La Tomografía Axial Computarizada y la Arteriografía⁷, deben utilizarse en casos seleccionados (ultrasonografía dudosa, actitud quirúrgica, características del quiste, etc). Además hemos observado que casi la totalidad de pacientes estudiados presentaban una gran eosinofilia, que si bien no es un método específico, nos ayuda a la orientación del diagnóstico.

En cuanto a la localización del quiste, el lóbulo derecho hepático es el más frecuentemente afectado debido a su mayor tamaño, siendo este resultado similar a los obtenidos por todos los autores consultados. Respecto a la coexistencia con hidatidosis pulmonar, nuestro porcentaje (23,07%) es mucho mayor al observado por otros autores⁴.

Con respecto al tratamiento de Hidatidosis hepática, se ha visto que el mejor es el quirúrgico, quedando el tratamiento médico con Benzimidazólicos⁶⁻¹⁵ como profilaxia pre quirúrgica. El planteamiento quirúrgico debe buscar la radicalidad y mínima mortalidad.

Las complicaciones post operatorias han sido, el absceso hepático que se presentó en el 7,69% de los casos, seguido de la fístula biliar, esta última está considerada en otros estudios⁴⁻⁷, como la principal complicación.

CONCLUSIONES

- La mayor incidencia de hidatidosis hepática se presentó en niños de 7 a 10 años con predominio del sexo masculino.
- La mayoría de los pacientes afectados provienen de zonas de ganado ovino y áreas urbano marginales de la provincia de Lima.

- Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: hepatomegalia, dolor abdominal y masa palpable en hipocondrio derecho.
- El método radiológico que ha demostrado se de elección para el diagnóstico de hidatidosis hepática en nuestro medio es la ultrasonografía, debido a su alta disponibilidad, rapidez en su realización, mejor tolerancia y bajo costo.
- Los quistes hepáticos fueron en su mayoría únicos, siendo la localización mas frecuente el lóbulo hepático derecho.
- El tratamiento más efectivo y de mejores resultados es el quirúrgico.
- Las complicaciones post operatorias de mayor presentación fueron el absceso hepático y la fístula biliar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Torres, A.; Fernández, F.; Argarate, H.; Ruiz, L.; Sanz, A.; López, C.; y Pellicer, E. (1995). *Colecistitis eosinofílica asociada a ruptura de un quiste Hidatídico Hepático en vías biliares*. Rev. Esp. Enf. Digest., 87, 12(899-902).
2. Ramos Mejía. (1979). *Prueba de doble difusión Arco V para el diagnóstico de la Hidatidosis Humana*. Centro Panamericano de Zoonosis, OPS/OMS.
3. Schantz, P.M. (1971). *Evaluación del problema de la Hidatidosis en el Perú. Sugerencias para la iniciación de un programa piloto de control dentro del programa de Reforma Agraria*. Separata OPS.
4. Hernando, E.; García Calleja, L.; Córdova, E.; La Huerta, L. (1996). *Hidatidosis Hepática, revisión de una serie de 677 pacientes intervenidos quirúrgicamente*. Rev. Gastroenterología y Hepatología, 19:20-25.
5. Martínez, G.; Sanchez, L.; Castells, A. (1993). *Tratamiento de la Hidatidosis intraabdominal con albendazol*. Revista Gastroenterología y Hepatología 16:6(66-67).
6. Vildósola, H.; Sanchez, M.; Espinoza, R. (1989). *Albendazol en el tratamiento de la Hidatidosis Hepática e intraabdominal*. Revista Gastromet Perú 9:17-23.
7. Hernandez, J.M. (1997). *Enfermedad Hidatídica Hepática, diagnóstico y tratamiento*. Revista Gastroenterología y Hepatología 20:47-50.
8. Meneguello, J. (1991). *Tratado de Pediatría*. Editorial Universitaria, S.A. 4ta. Edición. Chile.
9. Fleta, J.; Lejido, A.; Moreno, L.; Gonzales, I.; Sarria, A. Y Bueno, M. (1985). *Crecimiento y desarrollo de niños con hidatidosis*. Revista Española de Pediatría 41:1(46-52).
10. Marino, J.M.; Bueno, J.; Prieto, C.; Fernandez, A.; Diez Pardo, J. (1995). *Residual cavities after surgery for Hepatic Hidatid C y STS and ultrasonographic evaluation*. Eur-J-Pediatr. Surg. Oct (5):274-276.
11. Martínez, M.C.; Velilla, J.P.; Ederra, M.; García, M.E.; Agorreta, J.; Martínez, M.S. (1993). *Perforación de quiste hidatídico en tracto gastrointestinal. A propósito de 2 casos*. Revista Gastroenterología y Hepatología 16: 6(43-44)
12. R.E. Berhman, M.D.; W.E. Nelson, M.D. (1992). *Tratado de Pediatría*. Editorial Interamericana- Mc Graw. 14va. Edición Vol. I.
13. Saller, M.; Soelder, B.; Allgerger, F.; Zaknun, D.; Feichtinger, H.; Gottstein, B. (1997). *Alveolar echinococcosis of the liver in a six year-old girl with acquired immunodeficiency syndrome*. J. Pediatr. Feb, 130 (2): 320-323.
14. Tsimoyiannis, E.; Siakas, P.; Moutesidov, K.; Karayianni, M.; Kontoyiannis, D. (1995). *Perioperative Benzimidazole Therapy in Human Hidatid liver disease*. Int-Surg. Apr-jun; 80 (2): 131-133.
15. Varela, V.M.; Naquira, F.; Coltorti, E.A.; Ocharan, A.M.; Bullón, F.; Elliot, A.; Contreras, O.; Tanalean, A.; Huiza, A.; Naquira, C. (1984). *La Hidatidosis en el Perú: importancia del Inmuno diagnóstico y de los estudios seroepidemiológicos*. Acta Médica Peruana, vol.10 N°1.