

Hemoptisis recurrente secundaria a hidatidosis pulmonar múltiple

Sr. Director: La hidatidosis es una enfermedad parasitaria de distribución universal. El órgano más afectado por la parasitosis es el hígado (75%), seguido por el pulmón (15%) y el bazo (del 0,9 al 2%)¹.

La hidatidosis pulmonar (HP) se asocia con frecuencia a la afectación simultánea de otras vísceras, con una incidencia que se sitúa alrededor del 15%. Por este motivo, es obligado descartar la existencia de enfermedad hidatídica en otras localizaciones, fundamentalmente hepática (en el 90% de los casos). Rara vez afecta simultáneamente a pleura, corazón, pericardio, mediastino, diafragma y pared torácica².

La edad media de presentación de la HP es de 30 años, es más frecuente en la mujer² y en el niño el 90% de los casos ocurren entre los 6 y 14 años³. Se presenta generalmente como un quiste único (74% de los casos) y ocasionalmente es bilateral (5% de los casos)². La afectación múltiple del pulmón es una eventualidad infrecuente y condiciona generalmente un cuadro clínico agudo de gravedad. No obstante, ocasionalmente puede manifestarse como una hemoptisis recurrente de larga evolución⁴.

Con motivo de haber tratado en el servicio un paciente con una afectación masiva que debutó como una hemoptisis recurrente, creemos de interés su publicación.

Se trata de un joven varón de 18 años de edad natural y procedente de Badajoz, acudió por presentar cefalea, mareos y disnea de medianos esfuerzos de un mes de evolución tras presentar un episodio de hemoptisis. Estos síntomas se vienen presentando en varias ocasiones al año desde los 9 años de edad. A la exploración se encontró un paciente con signos de deterioro de su estado general, desnutrido y pálido. Disminución franca de la ventilación pulmonar izquierda. Análisis de sangre anormales: Hb, 9 g/dl; Hto., 29%, leucos, 11.500 + ml, eosinófilos, 24%; VSG, 75/120. Anticuerpos anti-*Equinococcus* por hemaglutinación positivos. Espirometría: trastorno ventilatorio mixto moderado. ECG, normal. Radiografía de tórax, múltiples imágenes de condensación en el campo pulmonar izquierdo y nivel hidroaéreo en el ápice. TAC de tórax (fig. 1): diversas imágenes de masa en el lóbulo superior e inferior. TAC de abdomen: normal. Fibrobroncoscopia: signos inflamatorios en todo el tracto bronquial. El paciente se intervino quirúrgicamente y se encontraron múltiples quistes hidatídicos, diseminados en casi la totalidad del campo pulmonar izquierdo, cuyo único tratamiento posible fue la neumonectomía. Tras la intervención se le administraron tres ciclos de 30 días cada uno de Albendazol a una dosis de 10 mg/kg/día. El paciente se encuentra libre de recurrencia 2 años después.

Habitualmente, el mecanismo de parasitación pulmonar es a través de la vía hepática. No obstante, en ocasiones, el pulmón puede afectarse de forma secundaria, bien por crecimiento de un quiste de cara superior del hígado, con ulterior perforación transdiafragmática y afectación de pleura y pulmón (tránsito hepatopulmonar), bien porque se produzca una siembra pulmonar múltiple a

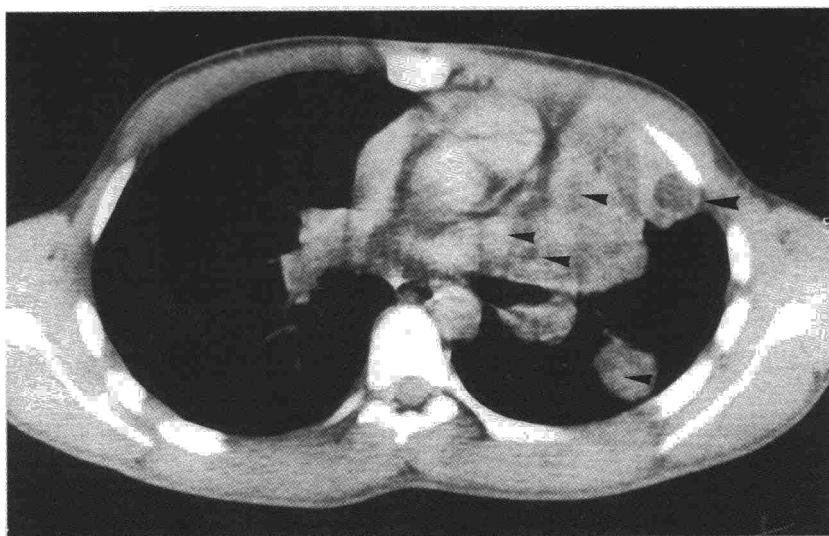


Fig. 1. TAC de tórax. Múltiples imágenes de masa en el campo pulmonar izquierdo (flechas).

partir de un quiste alojado en cavidades cardíacas derechas, diseminación hematogena, o a partir de un quiste de pulmón que vierte su contenido en el árbol bronquial (diseminación broncogena), como en nuestro enfermo.

La rotura del quiste puede acaecer espontáneamente, tras esfuerzo, accesos de tos, traumatismo, tras cirugía, anestesia general, inhibición de los mecanismos inmunes o como consecuencia de la infección del quiste⁵.

La diseminación broncogena puede ser uni o bilateral y afecta con mayor frecuencia a los segmentos inferiores. Además de la aparición de nuevos quistes, tras un periodo amplio de tiempo (9 años en nuestro enfermo) se produce una patología de distribución segmentaria como consecuencia de la inflamación e infección secundaria de los segmentos pulmonares afectados^{2,5}.

El diagnóstico de la HP se basa en la historia clínica, la radiografía del tórax, la TAC y las pruebas serológicas. Habitualmente, son asintomáticos y el diagnóstico suele hacerse de forma casual ante una imagen radiológica, muchas veces manifiesta como un nódulo pulmonar solitario.

Según Chen⁶ casi la mitad de los casos de HP se diagnostican por sus complicaciones. Éstas pueden manifestarse como un quiste gigante, rotura e infección del quiste, afectación múltiple uni o bilateral, y como un tránsito hepatopleural o hepatobronquial, que conducen a una amplia gama de manifestaciones clínicas que a veces plantean importantes dudas diagnósticas, simulando casi cualquier cuadro broncopulmonar.

Las manifestaciones radiológicas de la HP son múltiples, a tal punto que en nuestro medio donde esta parasitosis sigue siendo endémica, se debe pensar en esta entidad siempre; ante una imagen radiológica de dudosa interpretación. Sin embargo, en ocasiones la imagen es tan característica que sólo la radiología es suficiente para el diagnóstico.

La TAC, es el método de elección para el estudio de la HP, así como en el estudio de

extensión de la enfermedad a otros órganos o sistemas. La resonancia magnética (RM) puede también resultar útil en el diagnóstico y en la evolución de la enfermedad.

Los análisis de laboratorio habituales no son orientativos excepto por la presencia de eosinofilia, como lo hemos podido constatar en nuestro caso (24% de eosinófilos). En la actualidad, el diagnóstico serológico de la hidatidosis presenta gran fiabilidad.

El tratamiento de elección es el quirúrgico, dada la ineficacia del tratamiento médico. El tratamiento pretende la resección del quiste respetando el máximo posible de tejido pulmonar. Sin embargo, ante las formas complicadas como en nuestro caso, son obligadas las resecciones pulmonares e incluso la neumonectomía⁶, como en nuestro paciente.

J. Carvajal Balaguera, S. Mallagray Casas y A. Dancausa Monje*
Hospital Central Cruz Roja. *Servicio de Cirugía General y Torácica. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

- Muñoz Sánchez JA, Conte Gutiérrez P, Arnalich Fernández F et al. Hidatidosis en un Hospital General. Análisis de 1.056 casos. *Med Clin* 1982; 78: 421-426.
- Jerry M, Benzarti M, Garrouche A, Klabi N, Hayouni A. Hydatid disease of the lungs. Study of 386 cases. *Am Rev Respir Dis* 1992; 146. 1:185-189.
- Basaklar AC. Hydatid cysts in children: report of 88 cases. *J R Coll Edinb* 1991; 3: 166-169.
- Sandberg T, Dernevik L, Gatzinsky P, Ljungstrom I, Brandstrom P. Pulmonary hydatidosis an unusual case of recurrent hemoptysis. *Lakartidningen* 1991; 37: 2.989-2.992.
- Kilani T, Horchani H, Daoues A. Secondary bronchogenic pulmonary hydatidosis. *Ann Radiol (Paris)* 1992; 35: 564-568.
- Chen WQ. Surgical management of complicated pulmonary hydatidosis. *Chung Hua Wai Ko Tsa Chih* 1992; 4: 216-217.