

Imagen Clínica

Hidatidosis pulmonar en niña proveniente de Marruecos

Pulmonary Hydatidosis in a Moroccan Child

Alba Tomàs González^{a,*}, Andrés Fernando Almario Hernández^b y Eva Gargallo Burriel^c

^a Servicio de Pediatría, Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^b Servicio de Neumología Pediátrica, Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^c Servicio de Hospitalización Pediátrica, Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona, Barcelona, España



Figura 1. a) Radiografía de tórax, proyección antero-posterior (que es como se suelen realizar las radiografías de tórax de los pacientes pediátricos), en la que se observa una condensación alveolar, de morfología redondeada, entre campo pulmonar superior e inferior del hemitórax derecho, que no borra contorno cardíaco derecho y que no queda delimitada inferiormente por la cisura menor, tampoco borra el hemidiafragma derecho, lo que localiza la condensación en segmentos superiores de lóbulo inferior derecho (como luego muestra la TC); b) TC torácica con contraste intravenoso, plano axial, ventana de mediastino en la que se observa colección líquida, organizada, de densidad homogénea, con captación periférica del contraste, localizada en segmentos superiores de lóbulo inferior derecho. Los hallazgos sugieren absceso pulmonar; c) Pieza quirúrgica que muestra el aspecto macroscópico del quiste extirpado.

Niña española, sana de 3 años que consulta por fiebre, tos y dificultad respiratoria. Reciente estancia en zona rural de Marruecos durante 3 semanas, sin haber tenido contacto con tosedores. La radiografía torácica muestra una lesión posterior redondeada entre campo superior e inferior derecho (fig. 1a). Recibe tratamiento antibiótico con mejoría sintomática. Tras 4 semanas la alteración radiológica persiste y se realiza una tomografía axial computarizada (TAC) pulmonar que evidencia una colección homogénea hipodensa con realce de su pared (fig. 1b). Sospechando de un absceso pulmonar, se reinicia antibiótico, se realiza drenaje percutáneo y se coloca tubo pleural. El líquido obtenido es transparente, con análisis citológico, bioquímico y extensión en fresco normales. Se reanaliza el sedimento espeso observándose protoescoléx de *Echinococcus granulosus*, siendo la serología en sangre negativa. Ante hidatidosis pulmonar, se realiza ecografía abdominal que es normal, y tras confirmar perfil hepático normal, se inicia tra-

tamiento con albendazol oral. Tras 5 días, se realiza exéresis del quiste por toracotomía (fig. 1c). A pesar de la premedicación y el uso de suero hipertónico intralocal, presenta reacción anafiláctica (conocida complicación tras rotura del quiste hidatídico) y requiere estancia en la UCIP y soporte inotrópico, con correcta evolución posterior. Completa 4 semanas de albendazol oral sin hepatotoxicidad. No presenta recaídas en controles posteriores^{1,2}.

Agradecimientos

A Manuel Monsonis del Servicio de Microbiología, a Rosalía Carrasco del Servicio de Cirugía Pediátrica y a Antoni Noguera del Servicio de Infectología Pediátrica del Hospital Sant Joan de Déu.

Bibliografía

- Petropoulos AS, Chatzoulis GA. *Echinococcus Granulosus in Childhood: A Retrospective Study of 187 Cases and Newer Data.* Clin Pediatr (Phila). 2019;58:864–88.
- Gharabaghi MA, Yazdi NA, Jafari S. Lung hydatid cysts. BMJ case reports. 2012. <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2012-006551>.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: albatom@gmail.com (A. Tomàs González).