

Caso Clínico

Hidatidosis: Diagnóstico y manejo

Posgrado Dr. Alejandro Noda
Asistente Dra. Victoria Frantchez
Prof. Adjunta Dra. Daniela Paciel



FP: 58 años de edad, femenina, procedente de Montevideo, ama de casa.

AE: Durazno durante 20 años (vacaciones en zona rural en la niñez).

AP: HTA.

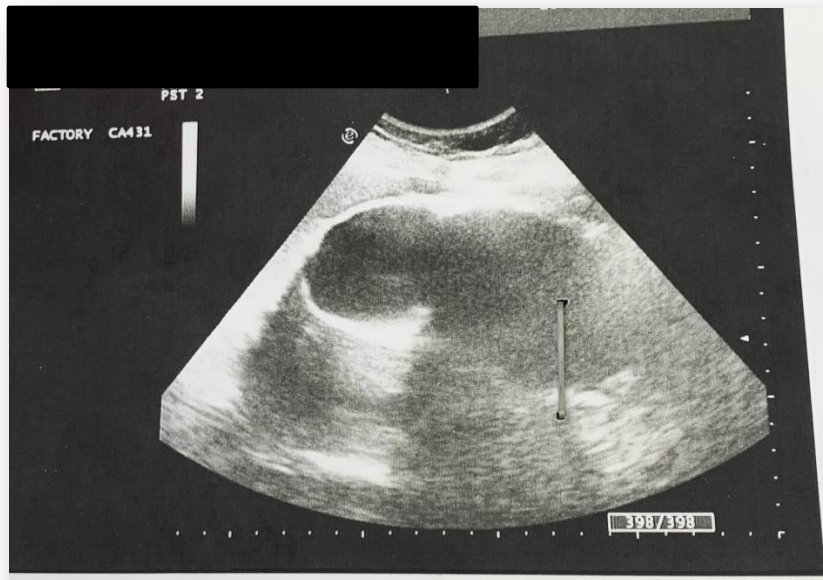
EA: Varios meses de dolor lumbar, que no alivia con antiinflamatorios, se realiza ecografía de aparato urinario, detectándose masa en polo inferior de riñón izquierdo, con las características de quiste hidático.

Planteo: QH sintomático, CE5.

Conducta: quirúrgica, abordaje a definir.

Valorada en policlínica de infectología se indica albendazol 400mg/día (10mg/Kg/día) 30 días previos a la cirugía, a definir duración post cirugía.



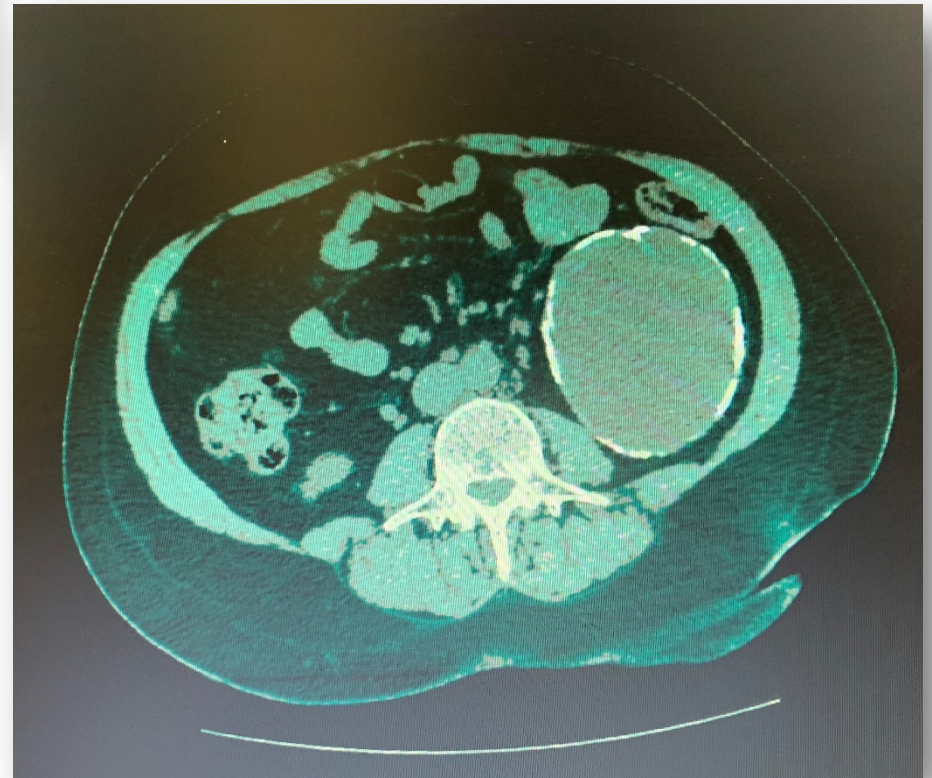


Ecografía 20/12/18

Topografía renal izquierda, masa ocupante de espacio, bilobular, hipoecoica, homogénea

TAC 02/01/19

Polo inferior riñón izquierdo, gran quiste exofítico, de paredes calcificadas, otros dos en polo inferior, de menor tamaño, no otras alteraciones



FP: 75 años, masculino, procedente de Paso de los Toros, residente en Montevideo hace 34 años, anteriormente constructor.

AP:

- 1989 diagnóstico de hidatidosis, compromiso en columna vertebral, hígado y pulmón. Asintomático.
- 1999 IQ de quiste hidático sintomático de columna vertebral (albendazol 45 días previos a IQ y tres meses posteriores)

EA: internación reciente por recidiva de quiste hidático en T1-T3, sintomático (dolor dorsal y paresia bilateral de ambos MMII, atrofia ligera de muslos, fasciculaciones).

Conducta: quirúrgica, se indica albendazol 400mg/día, 30 días previos a la cirugía. Se definirá duración posterior. Aún sin fecha programada.





RMN 19/02/19:

Lesión heterogénea, bien delimitada, afecta T1-T3, severa disminución de diámetro de canal raquídeo

Hidatidosis

Diagnóstico, manejo y seguimiento.



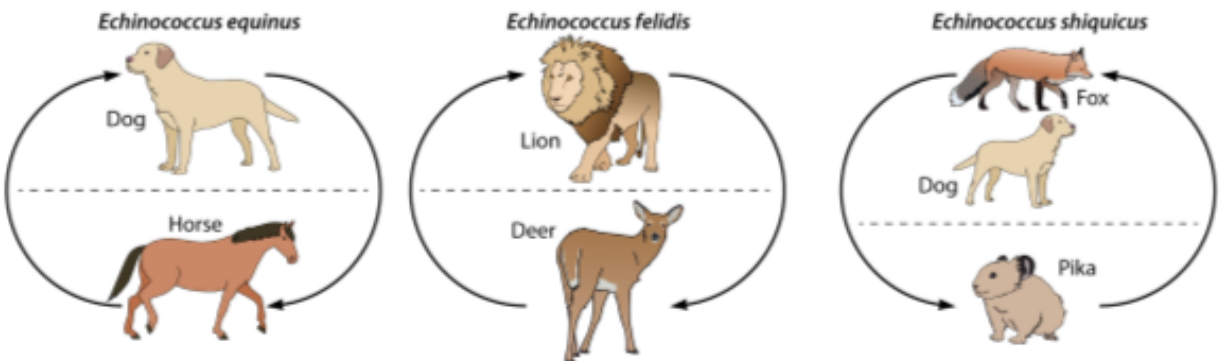
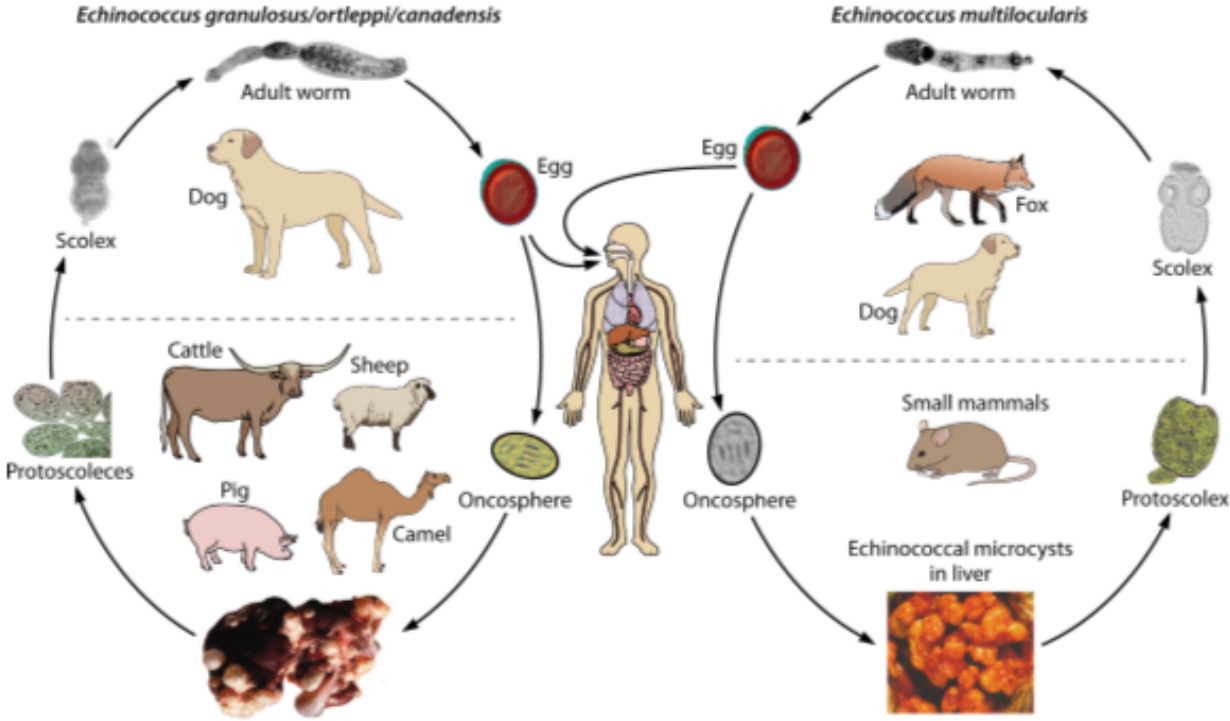
Echinococcus spp.

Echinococcus granulosus  **Quieste unilocular**

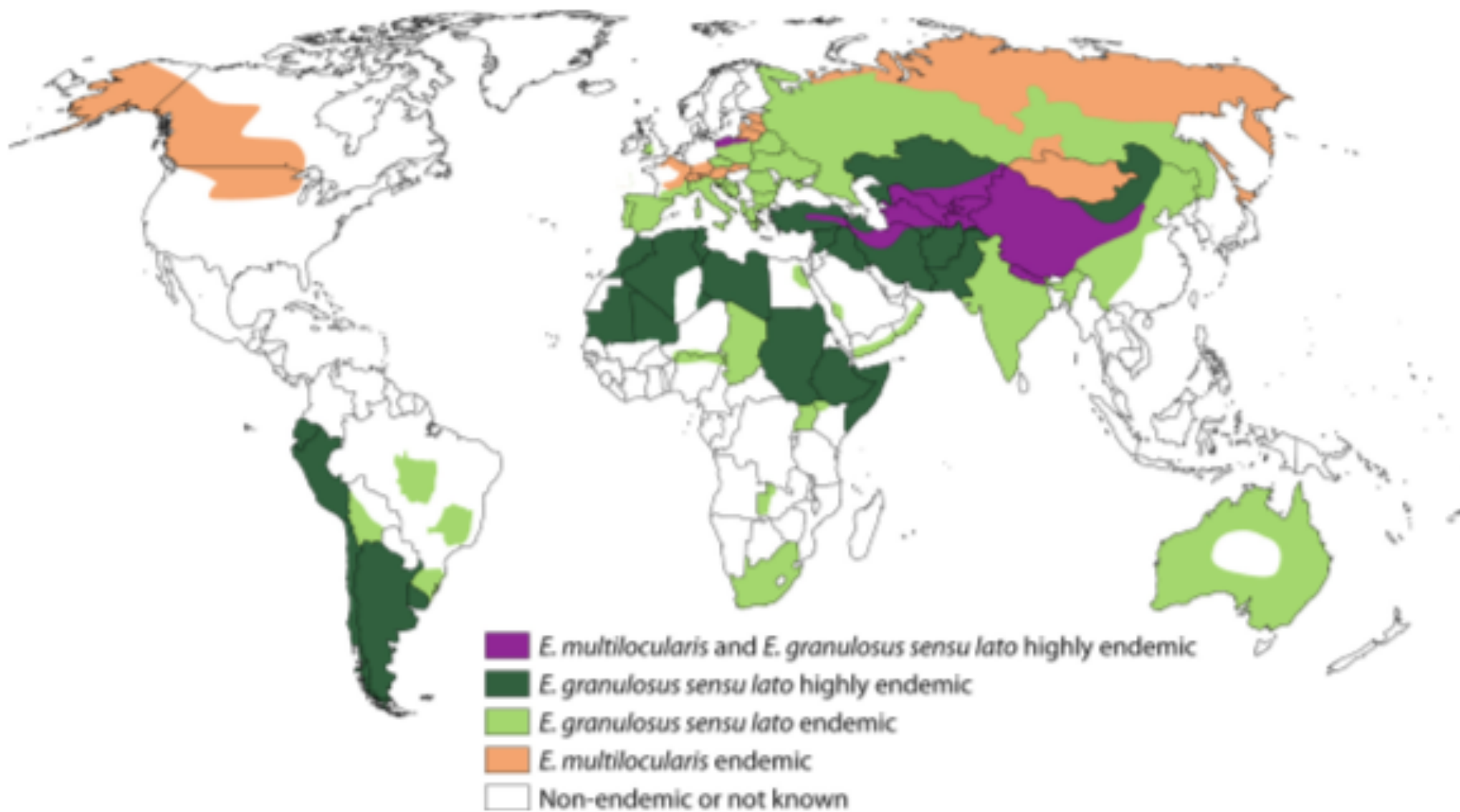
Echinococcus multilocularis  Quieste multilocular

Echinococcus vogelis
Echinococcus oligarthus  Hidatidosis poliquistica
o neotropical

Ciclo de vida



Distribución

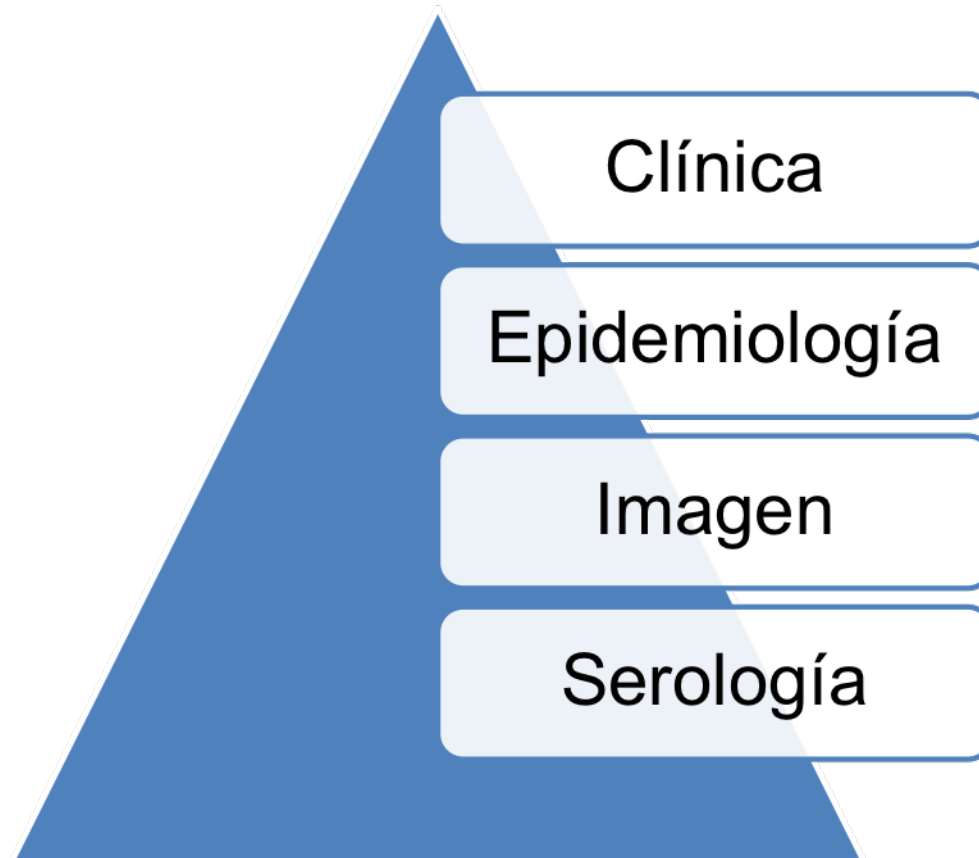


Presentación clínica

- 70-90% localización hepática
- 20% localización pulmonar
- 70% quiste único
- 20-40% en múltiples órganos
- Aproximadamente 37% asintomáticos
- En autopsias 63-84% sin relación con causa de muerte
- 10-20% se diagnostica en menores de 16 años
- Hepáticos: dolor, masa palpable, ictericia. (ascitis, colangitis, hipertensión portal, Síndrome de Budd-Chiari)
- Pulmón: tos, hemoptisis, vómica



Diagnóstico



Laboratorio

Serología

Biomarcadores proteicos
(posquirúrgico)

Detección de ADN (aspiración)



Serología

Sensibilidad (25-100%)

Especificidad (88-96%)

Mayor sensibilidad en hidatidosis hepática (80-100%)

Falsos negativos 20-40%

ELISA (AgB, EgTeg, EgAP, EpC1) mas de 90% de sensibilidad?

Ag Arc5 Sensibilidad 50-60% Especificidad 97,2%

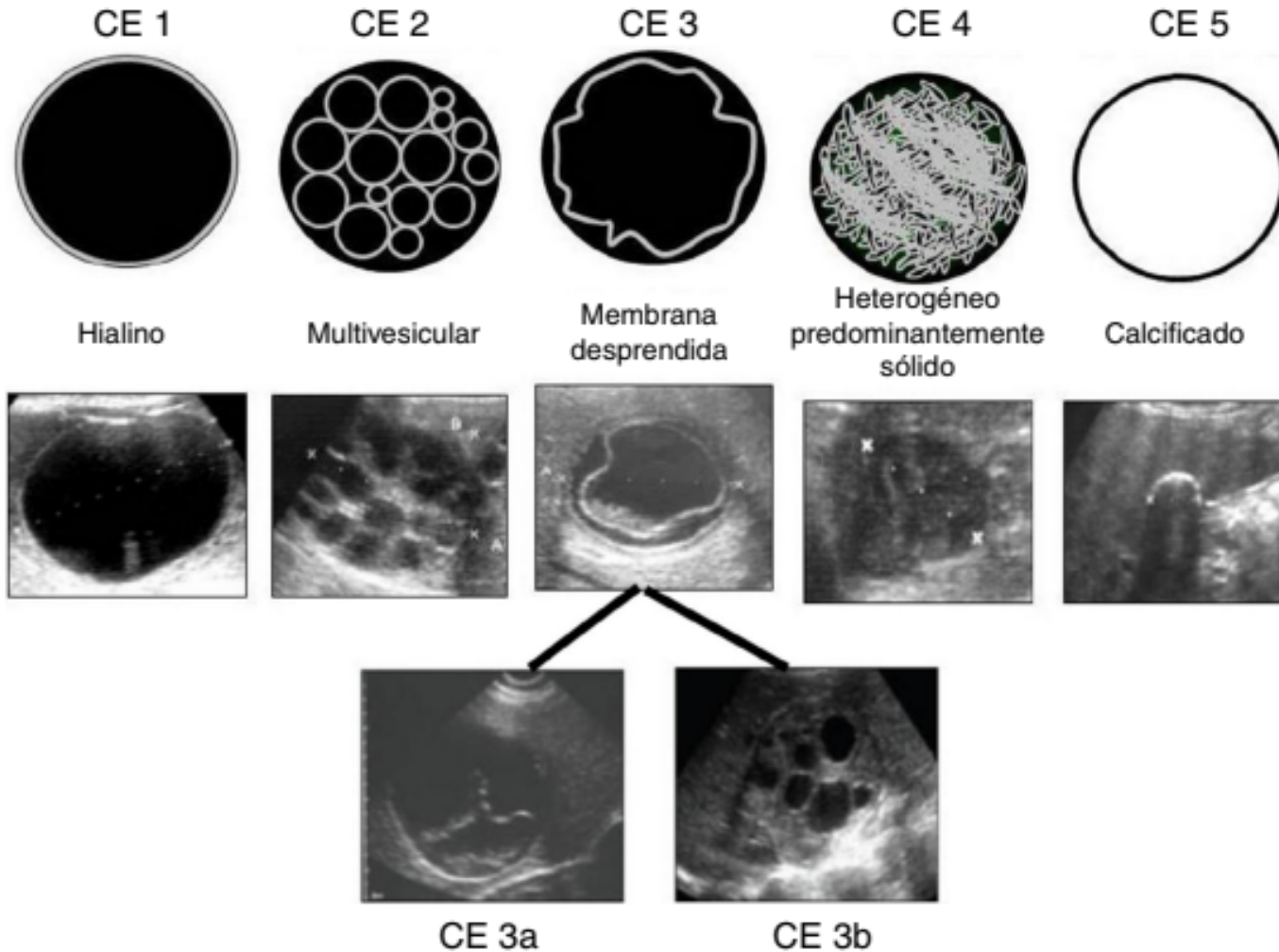
Técnicas: ELISA (IgG para diagnóstico, IgE para seguimiento), Western Blott

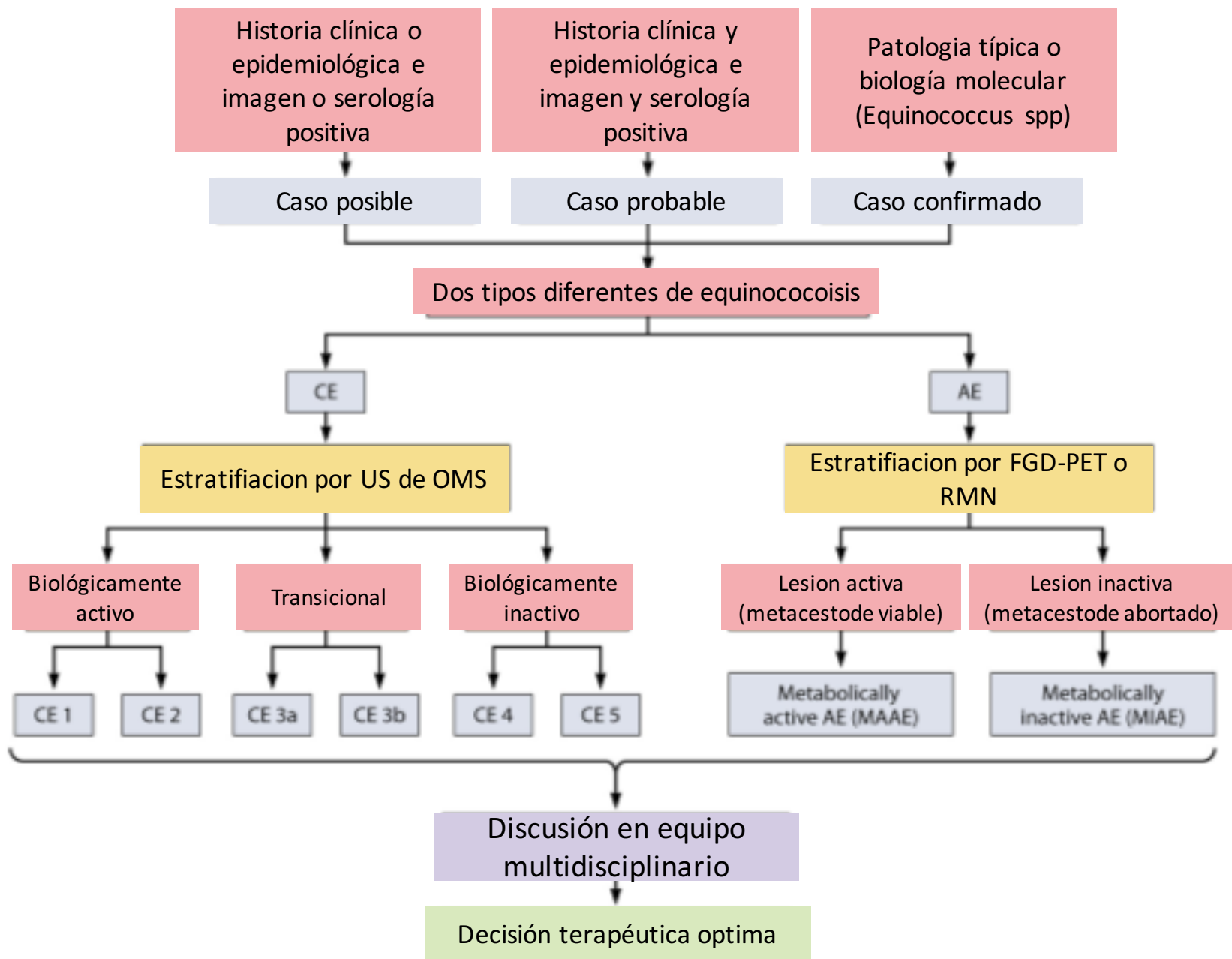


Clasificación ecográfica de OMS-IWGE

- CL: CL unilocular con contenido anecoico, la pared puede ser no visible
- CE1: Unilocular, quiste simple con contenido anecoico, pared visible. Arena hidatica o signo de tormenta de nieve
- CE2: Multivesicular, quiste multiseptado, vesículas hijas tipo panal de abejas.
- CE3: Quiste unilocular que puede contener vesículas hijas, contenido anecoico con membrana laminar indiferenciada de las vesículas hijas
CE3a: membranas flotantes pueden mostrar signo de lirios en agua
CE3b: Vesículas hijas con matriz solida
- CE4: Contenido degenerativo heterogéneo o hiperecoico, no vesículas hijas. Signo de la bola de lana.
- CE5: Quistes con calcificaciones en la pared, puede ser parcial o total

Clasificación ecográfica de OMS-IWGE





Manejo

Siempre quirúrgico



- Sintomático
- Complicados (ruptura: contenida, comunicante o directa)
- CE2-CE3b
- >5cm
- Múltiples vesículas hijas
- Con efecto de masa
- En comunicación con árbol biliar
- Crecimiento de 25% anual

Mas compleja la conducta en CE3 (transicional).

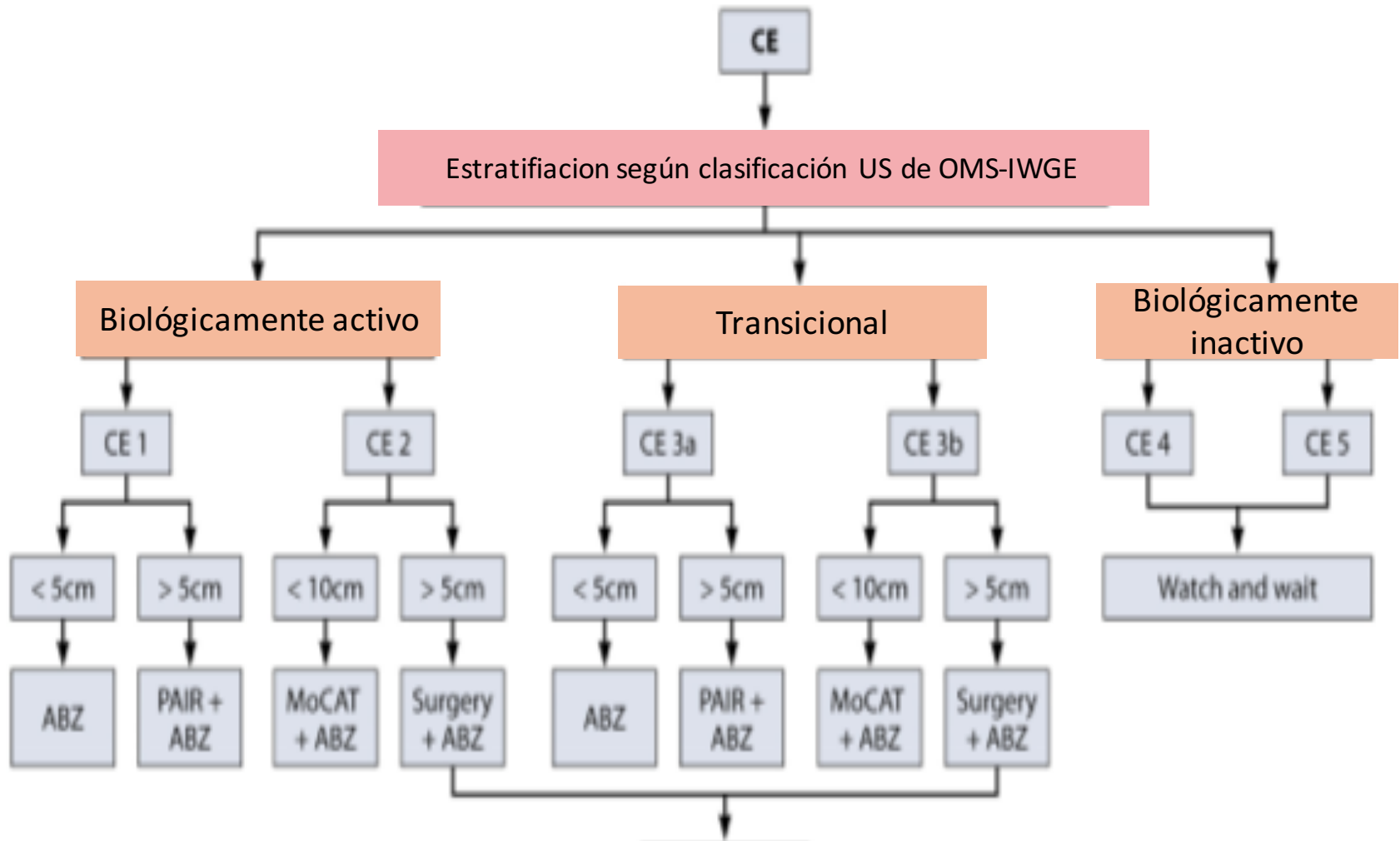
Wen H, et al. Clin Microbiol Rev 32:e00075-18

Bhutani N, et al. Annals of Medicine and Surgery 36 (2018) 99–105

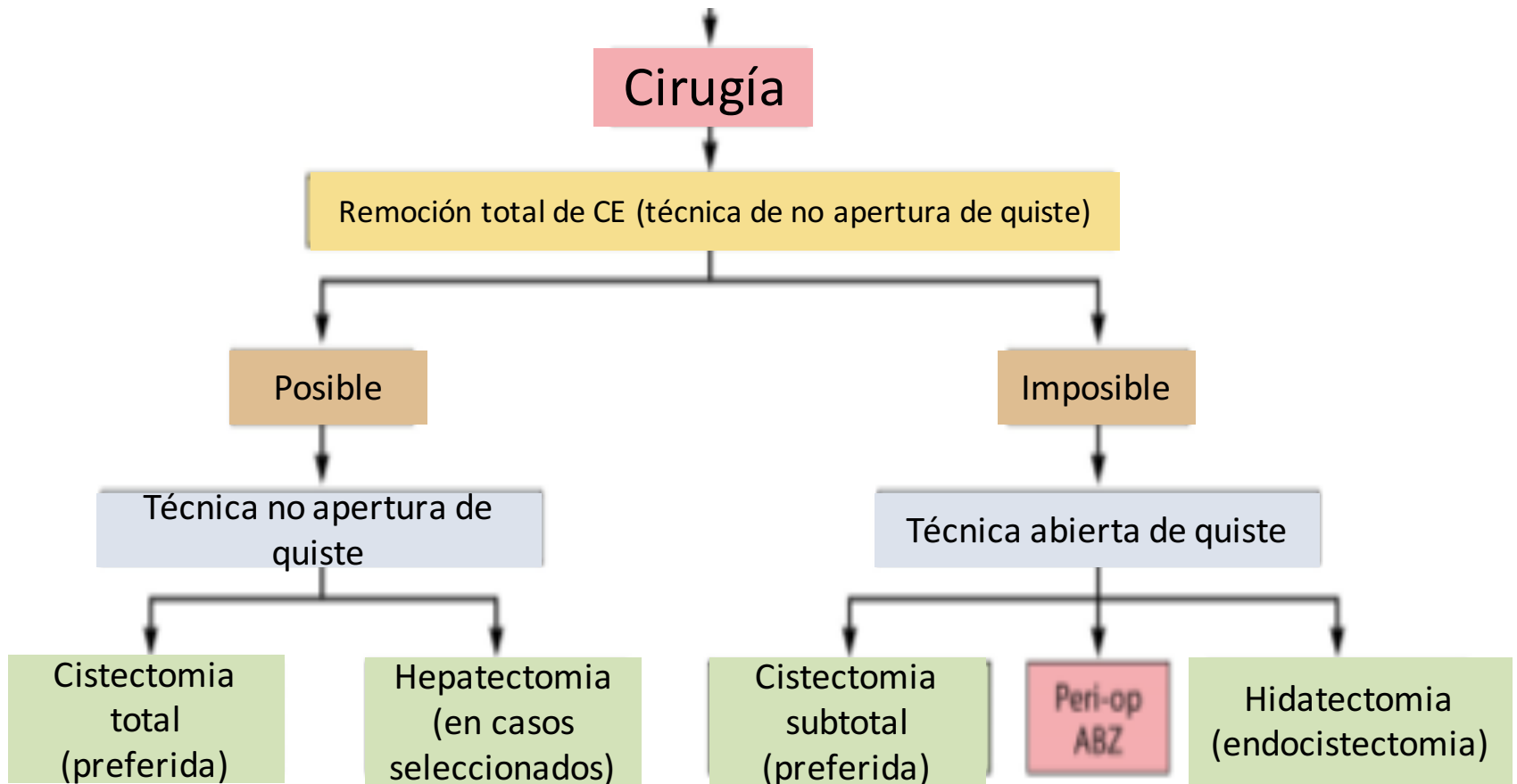
Keon B, et al. ANZ J Surg. 2017



Manejo en pacientes asintomáticos



Manejo en pacientes asintomáticos



Regímenes de antiparasitarios:



Resecable



1-3 meses antes
MNM 7-15 días



1 semana-3 meses
posteriores (6 meses
en complicados)



No resecables



3-6 meses
Hasta 2 años



Alergia a
albendazol o
efectos adversos



Mebendazol

Dosis: Albendazol: 10-15mg/Kg/día (Dosis MXM 800mg/día).

Mebendazol: 50-70mg/Kg/día.

Administración con comidas ricas en grasas.

Charles H, et al. En: Mandell, et al. 2015, p3407-3417

Wen H, et al. Clin Microbiol Rev 32:e00075-18.

Bhutani N, et al. Annals of Medicine and Surgery 36 (2018) 99–105

Horton J. [Fundam Clin Pharmacol](#). 2003 Apr;17(2):205-12

Shams UB, et al. [Saudi J Gastroenterol](#). 2011 Sep-Oct;17(5):343-7



Seguimiento en caso de tratamiento médico:

1-6-12 semanas en 3 primeros meses

Cada tres meses en primer año

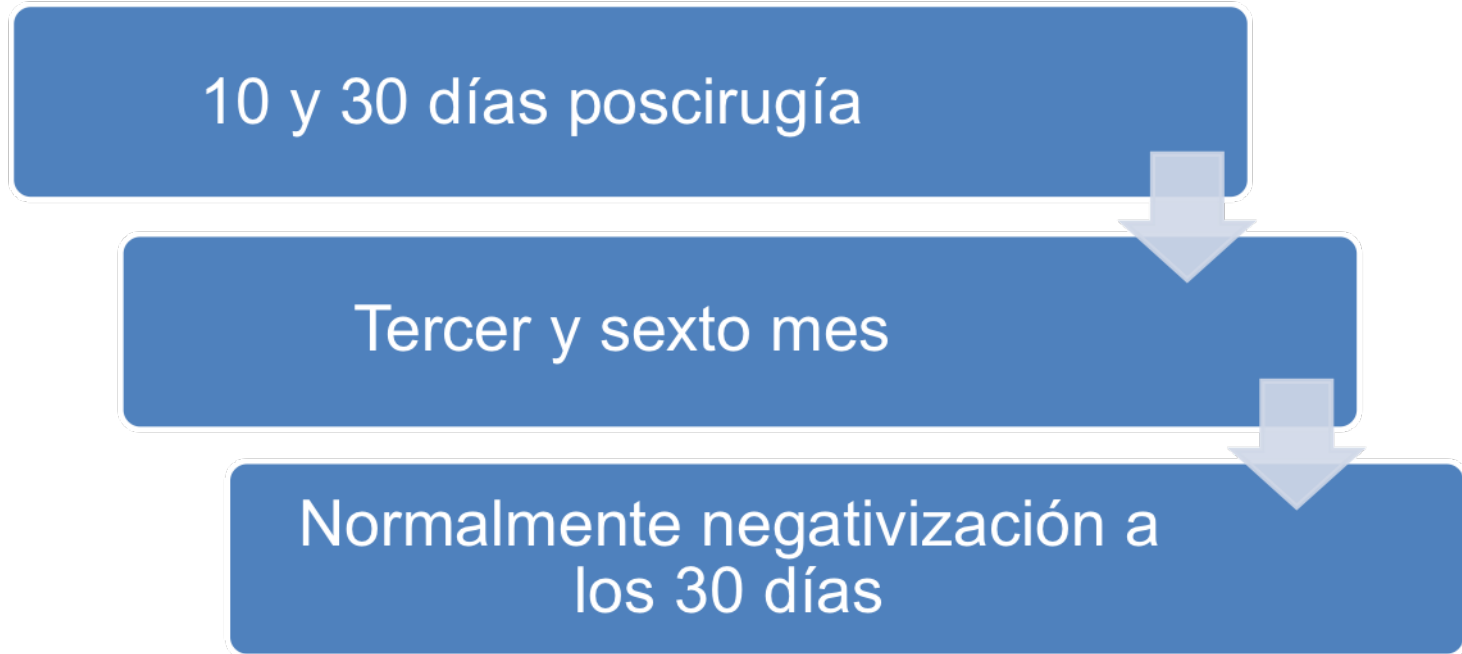
Cada 6 meses en segundo año

Como seguirlo?

- Por efectos adversos de albendazol: Hemograma y transaminasas
- Por riesgo de recurrencia: Serología (en caso de solo tto medico hasta negativización de IgE), curva IgG DO/CO, US, TAC

Ecografía bianual hasta los 10 años en caso de no recibir conducta de observación y espera

Seguimiento en caso de tratamiento quirúrgico:



Como seguirlo?

- Por efectos adversos de albendazol
- Serológica: Curva IgG DO/CO, IgE
- Definición de tiempo de tratamiento

Albendazol



Que tenemos que vigilar?

<1%



- Anemia
- Leucopenia
- Hipercolesterolemia
- Proteinuria
- Alopecia
- Toxicidad hepática (puede llegar a falla hepática y cirrosis)



Si efectos adversos suspender durante 15 días y repetir paraclínica



Prevención:

Control ambiental

- Evitar alimentación de perros con alimentos contaminados
- Dosis mensual con praziquantel
- Posibles vacunas (EG95) en ovejas



Que trae el siglo XXI?



Equinococosis: Enfermedad parasitaria/Enfermedad olvidada



- Terapia inmunomediada: IL-17 A recombinante (descenso del crecimiento de metacéstodos en 90%)
- Uso de conocimientos en genómica y proteómica: Polipéptidos (GPCRs) expresados en genes de la pared de metacéstodos, proteasas de serinas, canales iónicos, neuropéptidos.
- Vacunas para hospederos intermediarios, ovejas (EG95)
- Vacunas para hospederos definitivos, perros, aun en estudio, proteínas de genes expresados en protoescolex como candidatos vacunales (familia de genes egM).

Puntos clave:

- Utilizar la clasificación imagenológica de la OMS para definir el manejo.
- Tratamiento quirúrgico:
 - Sintomático.
 - >5cm.
 - Complicado.
 - CE2 a CE3b.
 - Crecimiento mayor al 25% anual.
 - Gran tamaño, efecto de masa.
- Tratamiento médico:
 - <5cm, asintomáticos.
 - Contraindicaciones quirúrgicas.
- Tratamiento pre y post quirúrgico con albendazol.
- Albendazol:
 - Ajustado al peso (10-15mg/K/día).
 - Seguimiento de efectos adversos (hemograma y hepatograma).
- Serología para seguimiento médico y posquirúrgico.
 - IgE y curva de IgG DO/CO.
- Seguimiento médico estandarizado.





Cátedra de Enfermedades Infecciosas, 2019.

