

PUBLICACIÓN ANTICIPADA

Publicación anticipada

El Comité Editor de la Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo aprobó para publicación este manuscrito, teniendo en cuenta la revisión de pares que lo evaluaron y levantamiento de observaciones. Se publica anticipadamente en versión pdf en forma provisional con base en la última versión electrónica del manuscrito, pero sin que aún haya sido diagramado ni se le haya hecho la corrección de estilo. Siéntase libre de descargar, usar, distribuir y citar esta versión preliminar tal y como lo indicamos, pero recuerde que la versión electrónica final y en formato pdf pueden ser diferentes.

Advance publication

The Editorial Committee of the Journal Cuerpo Medico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo approved this manuscript for publication, taking into account the peer review that evaluated it and the collection of observations. It is published in advance in a provisional pdf version based on the latest electronic version of the manuscript, but without it having been diagrammed or style corrected yet. Feel free to download, use, distribute, and cite this preliminary version as directed, but remember that the final electronic and pdf versions may differ.

Citación provisional /Dávila-Hernández CA. Equinococosis esplénica primaria con breve revisión de literatura: A propósito de un caso. Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet]. 11 de junio de 2023 [citado 11 de junio de 2023];16(1). DOI: [10.35434/rcmhnaaa.2023.161.1833](https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2023.161.1833)

Recibido / 9/01/2022

Aceptado / 08/05/2023

Publicación en Línea / 11/06/2023



Equinococosis esplénica primaria con breve revisión de literatura: A propósito de un caso

Primary splenic echinococcosis with brief review of the literature: About a case

Carlos A. Dávila-Hernández ^{1, 2, a}

⁽¹⁾ Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza”, EsSalud, Ica, Perú

⁽²⁾ Universidad Nacional “San Luis Gonzaga”, Facultad de Medicina Humana “Daniel Alcides Carrión”, Ica, Perú

^(a) Médico Internista

Correspondencia:

Nombre: Carlos Alberto Dávila Hernández

Dirección: Calle: Los Claveles N° 240 – Urb. La Moderna – Ica, Perú

Celular: 955678588

Correo: dh39130@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1737-9873>

Contribución de autor

C.D.H: Recolección de datos, redacción de borrador inicial, redacción, revisión y edición de la versión final.

Conflictos de interés: el autor no refiere tener potenciales conflictos de interés con respecto al presente estudio.

Financiamiento. el presente estudio fue autofinanciado por los autores.

RESUMEN

Introducción: La equinocosis esplénica es una enfermedad zoonótica adquirida de forma accidental por el humano como huésped intermediario. **Reporte de caso:** paciente mujer de 26 años de edad, con dolor abdominal localizado en hipocondrio izquierdo, moderada intensidad, calmaba con antiespasmódicos endovenosos; antecedente de dolor abdominal de larga data y procedente de región de Huancavelica, Perú hace 6 años. En examen clínico del abdomen: ruidos hidroaéreos; presentes, simétrico, blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio izquierdo, impresiona esplenomegalia, timpanismo conservado; en ecografía menciona quiste hidatídico a nivel del bazo – Gharbi IV; en tomografía abdominopélvica con contraste muestra bazo con lesión quística heterogénea, de pared parcialmente calcificada y áreas de densidad grasa que se extiende hasta ligamento gastroesplénico, con diámetro de 73 mm x 54 mm; concluyendo equinocosis extrahepática (equinocosis esplénica), realizándose esplenectomía total. **Conclusión:** enfermedad rara, incluso en áreas endémicas, que plantea desafíos para su diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave: hipocondrio izquierdo, equinocosis esplénica, tomografía axial computarizada. **Fuente:** DECS - BIREME

SUMMARY

Introduction: Splenic echinococcosis is a zoonotic disease accidentally acquired by humans as an intermediate host. **Case report:** a 26-year-old female patient with abdominal pain located in the left hypochondrium, moderate intensity, calmed with intravenous antispasmodics; a history of long-standing abdominal pain and from the Huancavelica region, Peru, 6 years ago. On clinical examination of the abdomen: hydro-air sounds; present, symmetrical, soft, depressible, painful on palpation in the left hypochondrium, impression of splenomegaly, preserved tympany; the ultrasound mentions a hydatid cyst at the level of the spleen – Gharbi IV; Contrast-enhanced abdominal and pelvic tomography shows a spleen with a heterogeneous cystic lesion, with a partially calcified wall and areas of fatty density that extend to the gastrosplenic ligament, with a diameter of 73 mm x 54 mm; concluding extrahepatic echinococcosis (splenic echinococcosis), performing total splenectomy. **Conclusion:** rare disease, even in endemic areas, which poses challenges for its diagnosis and treatment.

Key words: left hypochondrium, splenic echinococcosis, computed axial tomography. **Source:** MESH-NLM

INTRODUCCIÓN

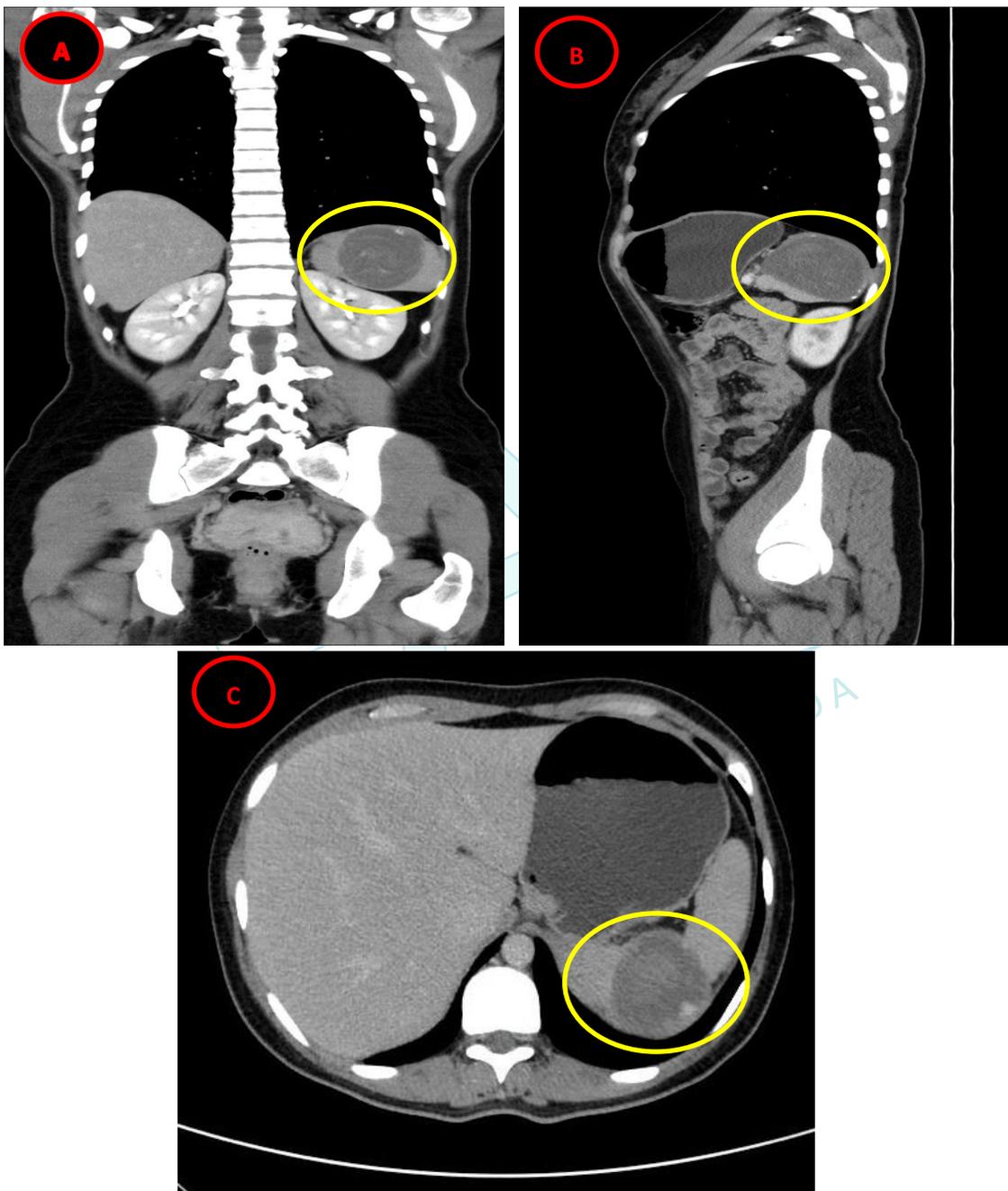
La equinococosis esplénica (EE) es una enfermedad zoonótica adquirida de forma accidental por el humano como huésped intermediario, es causada por las larvas del parásito que pertenece a la clase: Cestoda, al género: *Echinococcus*, especie: *granulosus* (1). Esta enfermedad es endémica en ciertas áreas geográficas, especialmente en América del Sur (Argentina, Uruguay, Chile, Brasil, Perú), Australia, Nueva Zelanda, Asia, Norte de África y Sur de Europa (2). Puede afectar a cualquier órgano, aunque las localizaciones más frecuentes son: el hígado (70 al 80% de los quistes) seguido de los pulmones (15 al 20% de los quistes) y, en tercer lugar, el bazo (0,5 al 8%), otras localizaciones como la ósea, cutánea, renal, mediastínica, cerebral son excepcionales (3). La EE puede presentarse como lesión única (equinococosis primaria o primitiva) o con afectación simultánea del hígado y otras vísceras internas (equinococosis secundaria) (4); la presentación primaria y ubicación en el bazo es una rara entidad, representa solo el 1-2% de todas las formas (5). Considerar que la equinococosis es llamada también hidatidosis, hidatosis, quiste hidatídico, enfermedad hidatídica, equinococosis quística, entre otros (1). Se reporta el siguiente caso para conocimiento:

REPORTE DEL CASO

Paciente mujer de 26 años de edad, que ingresa en reiteradas oportunidades a la emergencia del hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” - EsSalud – Ica, por el tópico de medicina, con 2 horas de enfermedad, por presentar dolor abdominal, tipo cólico, localizado en hipocondrio izquierdo, sin irradiación, de 7/10 según escala del dolor, que no calmaba con tratamiento vía oral de clorhidrato de Pargeverina 10 mg más clonixinato de lisina 125 mg (plidan compuesto NF) pero si al tratamiento endovenoso con metamizol 1 gr más escopolamina butil bromuro 20 mg (Buscapina compositum), sin náuseas, sin vómitos, sin fiebre; sin antecedente de enfermedad crónica, ni operación quirúrgica, solo dolor abdominal de larga data (sin estudios). Al examen clínico: presión arterial (PA): 90/60 mmhg, frecuencia cardíaca (FC): 90 latidos/minutos, frecuencia respiratoria (FR): 18 respiraciones/minuto, temperatura (T°): 36,7°C, sato2: 98% con Fio2: 21%; con piel sudorosa, fría; murmullo respiratorio: bueno en ambos hemitórax; ruidos cardíacos, rítmicos, con tendencia a la taquicardia; ruidos hidroaéreos: presentes; simétrico, no circulación colateral, blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio izquierdo, impresiona esplenomegalia, timpanismo conservado; puño percusión lumbar (-) bilateral; despierta, quejumbrosa, Glasgow: ao:4 rv:5 rm:6 15/15, no signos meníngeos. Se amplían estudios solicitando paraclínicos, hemograma: leucocitos 8,75/mm³ (VN: 5 – 10/mm³); hemoglobina: 13,3 g/dl (VN: 13 – 16 g/dl); hematocrito: 40,1% (VN: 36 – 45 %); eosinófilos: 8,3% (VN: 0 – 4%); plaquetas: 276/mm³ (VN: 150 – 450/mm³); amilasa: 72 U/l (VN: 30 – 125 U/l); glucosa: 89,3 mg/dl (VN: 70 – 110 mg/dl); urea: 25,7 mg/dl (VN: 5 – 45 mg/dl); creatinina: 0,71 mg/dl (VN: 0,3 – 1,4 mg/dl); sodio: 142 mmol/L (VN: 136 – 145 mmol/L); potasio: 4,04 mmol/L (VN: 3,5 – 5,1 mmol/L); grupo sanguíneo: O y factor Rh: positivo; tiempo de coagulación: 8 minutos (VN: 5 – 10 minutos); tiempo de sangría: 2 minutos (VN: 2 – 7 minutos); sedimento

urinario: leucocitos: 1 – 3 por campo, hematíes: 0 – 1 por campo, bacterias: escasos; prueba antigénica para SARS-CoV-2: no reactiva; el informe de la ecografía abdominal completa, indica: que a nivel del bazo se observa imagen quística, que mide 67 mm x 60 mm, de contenido heterogéneo, concluyendo: quiste hidatídico a nivel del bazo – Gharbi IV, se indica hospitalizar en sala de observación adultos para completar estudios y calmar el dolor abdominal; paralelamente se amplía historia clínica con esposo, manifestando que migraron hace 6 años del departamento de Huancavelica y que tienen varios años laborando en agro-exportadora de esta ciudad; luego se solicita tomografía abdominopélvica con contraste indicando: bazo con lesión quística heterogénea, de pared parcialmente calcificada y áreas de densidad grasa que se extiende hasta ligamento gastroesplénico, con diámetro de 73 mm x 54 mm; concluyendo: equinococosis extrahepática (equinococosis esplénica) (**Figura 1**), así mismo el informe de la tomografía torácica con contraste indica: órganos tomográficamente de características normales; y la prueba de Western Blot para equinococosis da como resultado que es: reactivo; se inicia tratamiento con antiparasitario vía oral: albendazol 10 mg/kg/día, dos veces al día, luego del almuerzo y la cena (rico en grasas); al mismo tiempo es evaluada por cirujano de turno, quien indica completar prequirúrgicos y programación electiva; en sala de operaciones le realizaron esplenectomía total, sin complicaciones; y después del alta médica continuo con tratamiento antiparasitario por dos meses más; al control semanal, luego quincenal y posteriormente mensual, con buena evolución; el informe de anatomía patológica confirmó el diagnóstico de equinococosis esplénica, actualmente con seguimiento en el consultorio externo de infectología, donde se le realizan exámenes serológico e imagenológicos con resultados favorables; además de realizarle prevención de otras patologías similares con énfasis en cambios de estilo de vida.

Figura 1: Vistas de tomografía axial computarizada de Equinococosis esplénica. Los círculos en amarillo encierran la lesión quística heterogénea, de pared parcialmente calcificada y áreas de densidad grasa que se extiende hasta ligamento gastroesplénico, compatible con: Equinococosis Esplénica; en tomografía axial computarizada abdominopélvica s contraste, (A) vista coronal; (B) vista sagital; (C) vista horizontal.



DISCUSIÓN

La equinocosis esplénica primaria (EEP), es una zoonosis mundial conocida desde la época de Hipócrates de Cos (460 – 380 a. C.) quien observó que los quistes hidáticos podían irrumpir en la cavidad abdominal de los seres humanos, tras la observación post mortem de bovinos y cerdos, los comparó con “tumores de agua”; ya que los términos Echinococcus e Hidatídico provienen del griego y significan "erizo" y "gota de agua" (6). El primer caso reportado de equinocosis esplénica fue descrito por Bartelot en el año de 1790, después de practicar una necropsia. (7). En Latinoamérica, los países más afectados son Uruguay, Argentina, Brasil, Perú, Bolivia y Chile, donde representan un grave problema de salud pública (8).

El Perú tiene alta incidencia, en ciertos departamentos con Junín, Cerro de Pasco y Huancavelica, con 14 a 34 casos por cada 100 000 habitantes, pero no reportan la localización esplénica, sino la hepática y pulmonar por ser las más frecuentes (9). En referencia a nuestro caso coincide la procedencia de la paciente: Huancavelica, Perú.

La localización esplénica de la equinocosis, es poco frecuente debido a que el embrión hexacanto del parásito, se abre paso a través de la pared intestinal hasta los vasos tributarios de la vena porta, llegando al hígado (75%) y pulmón (15%) por vía venosa, a diferencia del resto de órganos (10%) que lo hacen por vía arterial, entre ellos el bazo (10,11). En relación a nuestro caso se entiende como llegó a la víscera en mención.

La EE representa del 0,5 al 8% de todos los casos de equinocosis, mientras que la EEP representa del 1,5 al 3,5% de los casos de equinocosis abdominal y casi siempre se descubren de manera incidental (12,13). A diferencia de nuestro caso que fue por dolor abdominal crónico.

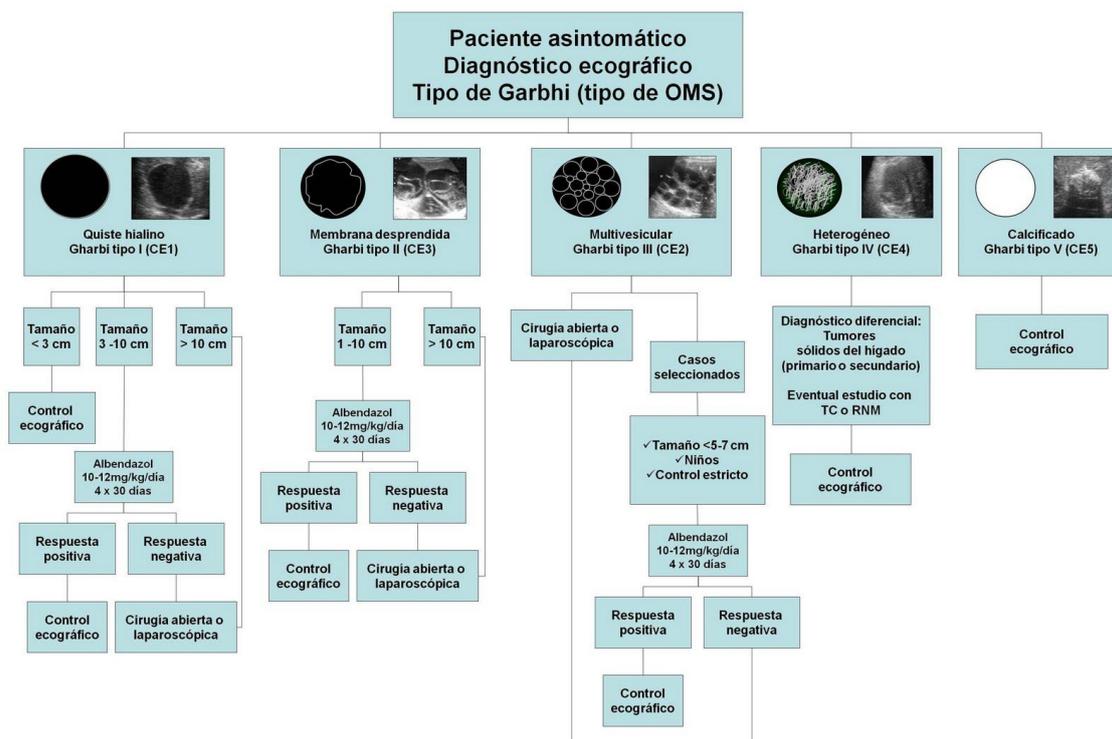
La sintomatología es vaga por largos periodos (de 5 a 20 años), pero cuando la EEP alcanza un tamaño considerable, puede presentar dolor tipo inespecífico en el hipocondrio izquierdo; lo que nos puede ayudar a establecer el diagnóstico (14). Lo que sucedió en nuestro caso.

El diagnóstico se basa en la historia clínica, el examen físico, las imágenes (la ecografía abdominal se utiliza como tamizaje de esta patología, ya que presenta una sensibilidad del 90% al 95% y una especificidad del 93% al 100%; la tomografía axial computarizada abdominal tiene mayor sensibilidad y potencia para el número, tamaño, topografía, detección y evaluación de las complicaciones de la EEP) y, en algunos casos, la serología de apoyo (15). En relación a nuestro caso se hizo con imágenes y serología.

Las opciones de tratamiento incluyen: cirugía, terapia percutánea, terapia con medicamentos y monitoreo (16,17). La planificación del tratamiento se lleva a cabo de acuerdo con la clasificación diagnóstica de la OMS. El albendazol solo puede ser suficiente para los quistes CE1 y CE3a < 5 cm de diámetro. Mientras que la terapia percutánea más albendazol se prefieren para los quistes mayores de 5 cm. Los quistes de tipo CE2 y CE3b se tratan con cateterismo o cirugía (18). El monitoreo suele ser suficiente para los tipos de quistes inactivos CE4 y CE5 (19,20). Sin embargo, la terapia con medicamentos y percutánea tienen un alto índice de recidivas (3). Con respecto a nuestro caso se decide por la cirugía, para evitar las recaídas.

En conclusión, la EEP es una enfermedad rara, incluso en áreas endémicas, lo que plantea desafíos para su diagnóstico y tratamiento. La mayoría de los casos son asintomáticos, y se confirman mediante estudios de imagen. Se recomienda la cirugía, ya que es un medio que resuelve por completo esta patología, pues previene las recidivas. Debe incluirse en el diagnóstico diferencial de las patologías quísticas del bazo.

Figura 2: Algoritmo de tratamiento de la Equinocosis en pacientes asintomáticos



Fuente: Manual para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control de la hidatidosis en Chile. Chile: Minsal; 2015.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Vuitton DA, McManus DP, Rogan MT, Romig T, Gottstein B, Naidich A, et al.; World Association of Echinococcosis. International consensus on terminology to be used in the field of echinococcoses. Parasite. 2020;27:41. Disponible en: doi: [10.1051/parasite/2020024](https://doi.org/10.1051/parasite/2020024)
- Giménez M. Cirugía. Fundamentos para la práctica clínico-quirúrgica. 1st ed. Buenos Aires: Médica Panamericana 2014:367-368.
- Chambon C, González D. Hidatidosis Hepática y sus complicaciones. Clínicas Quirúrgicas. Facultad de Medicina, UdelaR. 2018. 6 p. Disponible en: Hidatidosis_hepática_y_sus_complicaciones_CQFM.pdf
- Pérez R, Moro PL, Poggi L, Malpartida O, Barriga H. Hidatidosis esplénica: reporte de cuatro casos. Rev Gastroenterol Perú 1994; 14:150-154.
- Zhuoli Z, Yu Z, Liya X, Mingzhong L, Shengwei L. Case Report: Laparoscopic Excision of a Primary Giant Splenic Hydatid Cyst: Literature Review. Am J Trop Med Hyg 2019; 101(4):821-827. Disponible: doi: 10.4269/ajtmh.19-0400.
- Barroso M: Hidatidosis abdominal extrahepática. Rev Méd Sur 1991; 16: 34-41

7. Prieto M, Marquina T, Mifsut P, Moreno T. Splenic hydatidosis: 5 cases of this location. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011; 29: 634-5. Disponible en: [10.1016/j.eimc.2011.04.003](https://doi.org/10.1016/j.eimc.2011.04.003)
8. McManus DP, Gray DJ, Zhang W, Yang Y. Diagnosis, treatment, and management of echinococcosis. *BMJ*. 2012; 344: 3866-3870.
9. Irabedra P, Salvatella R. El proyecto subregional cono sur de control y vigilancia de la hidatidosis. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2010; 27(4): 598-603.
10. Cebollero MP, Córdova E, Escartín J, Cantín S, Artigas JM, Esarte JM. Hydatid cyst of spleen. *J Clin Gastroenterol* 2001; 33:89-90.
11. Hosn S, Niknejad M, Yap J, et al. Hidatidosis esplénica. Artículo de referencia, Radiopaedia.org (Consultado el 08 de mayo de 2023) <https://doi.org/10.53347/rID-21741>
12. Hoteit A, Alimoradi M, Aljoubaei M, Fakhruddin N, Hammoud N. Primary splenic hydatid cyst treated with laparoscopic spleen preserving surgery: A case report. *Int J Surg Case Rep* 2020; 74:95-98. Disponible doi: [10.1016/j.ijscr.2020.08.010](https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2020.08.010).
13. Manterola C, Claros N. Hidatidosis esplénica. Resultados de una serie de casos consecutiva intervenidos quirúrgicamente [Splenic hydatidosis. Results of a series of consecutive cases undergoing surgery]. *Rev Chilena Infectol*. 2021 Apr;38(2):205-211. Spanish. doi: [10.4067/S0716-10182021000200205](https://doi.org/10.4067/S0716-10182021000200205)
14. Celebi S, Basaranoglu M, Karaaslan H, Demir A. A splenic hydatid cyst case presented with lumbar pain. *Intern Med*. 2006;45:1023-1024
15. Nooghabi AJ, Raoufian K, Motie MR. Concomitant Splenic and Hepatic Hydatidosis: Report of Two Cases and Review of the Literature. *Acta Médica Iránica* 2015;53:74-77.
16. Pérez Bejarano D, Arbo G, Martínez H, Aluán A, Chaparro G. Hidatidosis pulmonar: reporte de casos y preludeo endémico de la equinococosis quística humana en Paraguay. *Rev. cient. cienc. salud* 2023; 5: e5203.
17. Segura-Gago GP, Estela-Reynel R, Calisaya-Sánchez M, Flores-Rodriguez M. Hidatidosis esplénica gigante primaria en una gestante: reporte de caso. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2022;39(4):495-9. doi: <https://doi.org/10.17843/rp-mesp.2022.394.12130>
18. Jarro Sánchez CM, Sandoval Castañeda MM, Baus García CA, Enríquez Cali OA. Estado actual del diagnóstico y tratamiento de la hidatidosis hepática. *Journal of American health* Julio - Diciembre vol. 5. Num. 2 – 2022. Disponible en: <http://www.jah-journal.com/index.php/jah>
19. Akbulut S, Sogutcu N, Eris C. Hydatid disease of the spleen: single-center experience and a brief literature review. *J Gastrointest Surg* 2013; 17(10):1784-95. doi: [10.1007/s11605-013-2303-5](https://doi.org/10.1007/s11605-013-2303-5).
20. Pinto Guerrero, P. (2021). Manejo quirúrgico de la hidatidosis hepática en esta última década: ¿Qué hemos aprendido?. *Revista de Cirugía*, 73(5). doi:<http://dx.doi.org/10.35687/s2452-454920210051237>