

Quistes hidatídicos aislados en pericardio

MARÍA J. SAVINI¹, JORGE A. LAX², SHIGERU KOZIMA³, NÉSTOR JACOB⁴, ROBERTO NEME⁵, LUIS A. VIDAL⁶

RESUMEN

La hidatidosis es una enfermedad parasitaria producida por la larva de *Echinococcus granulosus*, que está ampliamente difundida en regiones rurales de nuestro país. El compromiso cardíaco es raro, 0,5%-2%; la localización más frecuente es el septum interventricular. Describimos un paciente que presentó múltiples quistes pericárdicos en ausencia de otras localizaciones. El hallazgo de estos quistes en estudios por imágenes (ecocardiograma y tomografía), sumados a la epidemiología, nos llevaron a la sospecha diagnóstica. Se confirmó mediante pruebas serológicas. Se realizó tratamiento con albendazol, 800 mg/día, y resección quirúrgica de los quistes. La recurrencia ocurre en el 11% de los casos y puede prevenirse con tratamiento con drogas antiparasitarias.

REV ARGENT CARDIOL 2004; 72: 157-159.

Recibido: 10/2003

Aceptado: 1/2004

Dirección para separatas: María

J. Savini,

e-mail: julietasavini@yahoo.com.ar

Palabras clave

> *Echinococcus granulosus* - Quistes hidatídicos - Pericardio

INTRODUCCIÓN

La hidatidosis es una enfermedad parasitaria producida por la larva de *Echinococcus granulosus*. Está ampliamente difundida en regiones rurales de la Argentina, principalmente en la Patagonia.

El compromiso cardíaco es raro (0,5%-2%) y ocurre en aquellos pacientes en quienes el parásito invade el miocardio a través de la circulación coronaria; la localización más frecuente es el septum interventricular. (1)

Describimos un paciente que presentó múltiples quistes pericárdicos en ausencia de otras localizaciones.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente de 49 años, tabaquista, oriundo de Rosario del Tala (provincia de Entre Ríos), trabajador rural dedicado a pastoreo y esquila de ovejas. Comienza dos meses previos a la consulta (agosto 2002) con dolor torácico tipo puntada de costado, decaimiento general y pérdida de peso de 10 kg, por lo que consulta a otra institución donde se evidencia derrame pericárdico severo con imágenes compatibles con quistes, sin signos de taponamiento cardíaco. Con

diagnóstico presuntivo de pericarditis hidatídica, se inició tratamiento con albendazol, 800 mg/día, y fue derivado a nuestro hospital.

Ingresa lúcido, afebril, orientado en tiempo y espacio, sin foco motor, compensado hemodinámicamente. El examen clínico no reveló datos patológicos, con TA 110-80 mm Hg y frecuencia cardíaca de 80 lpm. Los exámenes de laboratorio se detallan en la Tabla 1. El electrocardiograma y la radiografía de tórax se muestran en las Figuras 1 y 2.

La ecografía abdominal y la tomografía axial computarizada toracoabdominopelviana (Figuras 3 y 4) y cerebral descartaron la presencia de quistes en otras localizaciones. Se realizó la prueba de Elisa para hidatidosis con resultado positivo. Se continuó con tratamiento con albendazol y se procedió a punzar el pericardio con guía ecográfica, obteniéndose líquido pericárdico denso, tinción de Gram negativa y cultivos negativos. El estudio de líquido quístico confirmó la presencia de escólex compatibles con hidatidosis y negatividad de células neoplásicas. Se realizó cinecoronariografía que evidenció arterias coronarias sin lesiones angiográficamente significativas. Confirmado el diagnóstico de hidatidosis pericárdica, se derivó al paciente para resolución quirúrgica. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico.

División Cardiología Hospital Municipal Cosme Argerich.

¹ Residente de Cardiología, Hospital Municipal Cosme Argerich.

² Médico Sección Ecocardiografía, Hospital Municipal Cosme Argerich.

³ Médico Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Municipal Cosme Argerich.

⁴ Médico Infectólogo, Hospital Municipal Cosme Argerich.

⁵ Jefe de Unidad de Internación Cardiología, Hospital Municipal Cosme Argerich.

⁶ Jefe de Cardiología, Hospital Municipal Cosme Argerich.

Tabla 1
Exámenes de laboratorio

Fecha	16/08/02	23/09/02
Hematocrito	29%	30%
Glóbulos blancos	9.500	8.700
Neutrófilos	73,4%	72%
Linfocitos	26%	25%
Eosinófilos	9%	10%
Plaquetas	290.000	420.000
ESD	10 mm	8 mm
Urea	0,28 g/dl	0,30 mg/dl
Creatinina	0,87mg/dl	0,39 mg/dl
BiD	0,42 mg/dl	0,36 mg/dl
BiT	0,98 mg/dl	0,66 mg/dl
GPT	31 U/L	25 U/L
GOT	18 U/L	20 U/L
Prot. Totales	7,3 g/dl	7,5 g/l
Albúmina	3,47 mg/dl	3,55 mg/dl
Colesterol	107 mg/dl	110 mg/dl
Colesterol-HDL	29 mg/dl	25 mg/dl
Colesterol-LDL	64 mg/dl	64 mg/dl
T Quick	115%	109%
KPTT	35 seg	31 seg

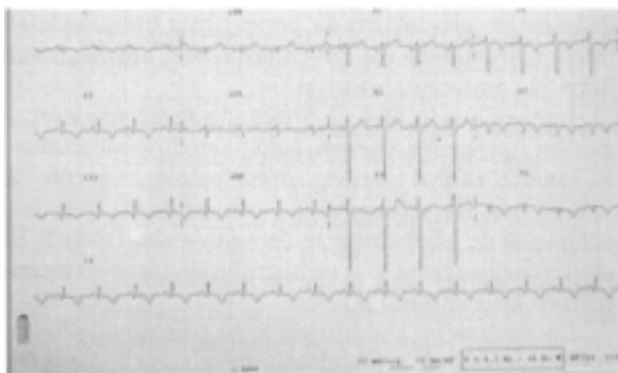


Fig. 1. Electrocardiograma de ingreso. Muestra ritmo sinusal, bajo voltaje en el plano frontal, fibrosis inferior y lateral, con escasa progresión de R en precordiales derechas.

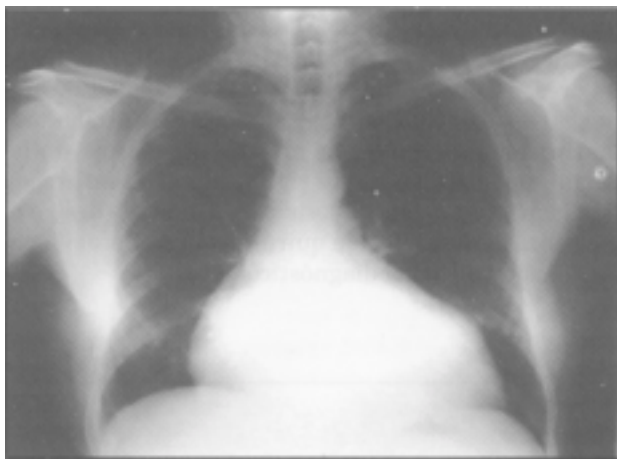


Fig. 2. Radiografía de tórax anteroposterior que muestra cardiomegalia (índice C/T aumentado) observándose en el borde inferior izquierdo imágenes multilobuladas. Hipovascularización pulmonar.

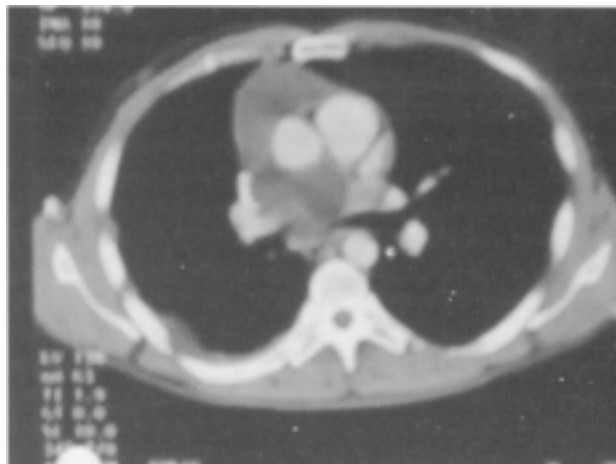


Fig. 3. Tomografía computarizada. Muestra imágenes quísticas múltiples que comprometen la cavidad pericárdica.



Fig. 4. Tomografía computarizada. Muestra imágenes quísticas múltiples que comprometen la cavidad pericárdica. Se observa hiperdensidad compatible con calcificación (flecha).

DISCUSIÓN

La hidatidosis cardíaca es una entidad muy poco frecuente (0,5%-2%); las localizaciones hepática (75%) y pulmonar (15%) (2) son las más frecuentes. *Echinococcus granulosus* está diseminado por todo nuestro país (3) y es albergado por el intestino del perro y de otros mamíferos carnívoros; éstos expulsan los huevos contaminando el suelo, pastos y verduras, incluso el agua, por lo que son adquiridos por huéspedes intermediarios ovinos, porcinos, bovinos y accidentalmente el hombre. El huevo ingerido llega a la primera porción del intestino delgado donde se libera el embrión hexacanto, que después de atravesar la circulación hepática y pulmonar llega por medio de la circulación coronaria o por vía linfática al miocardio y la localización más frecuente es el septum interventricular. Al producirse el crecimiento del quiste se disgregan las

fibras miocárdicas, las cuales por isquemia se transforman en tejido necrótico que conformará la adventicia del quiste. El traumatismo constante al que están sometidos los quistes hace que la rotura sea frecuente (28-38%) (4) y ocurre hacia las cavidades cardíacas, otras veces hacia el pericardio con siembra de vesículas hijas, en las hojas de la serosa pericárdica. Este proceso puede llevar a la formación de pericarditis purulenta y muy rara vez a la formación de quistes en el pericardio, lo que nos induce a pensar que en este paciente la pericarditis hidatídica sea secundaria a la implantación cardíaca de los quistes. La hidatidosis cardíaca puede ser asintomática en el 28% de los casos, en tanto que en el resto aparecen síntomas inespecíficos. El diagnóstico debe sospecharse en pacientes con antecedentes de vivir en zonas endémicas, convivir con animales y que además presenten eosinofilia como ocurre con este paciente. En este caso, el ECG reveló fibrosis miocárdica y bajo voltaje. El ecocardiograma (5) evidenció derrame pericárdico severo y presencia de múltiples quistes. La TAC demostró la presencia de quistes y derrame, y permitió descartar otra localización. La presencia de escólex en la punción sumada a las pruebas serológicas confirmó el diagnóstico. La prueba de Elisa IgG es la más específica (99%), con una sensibilidad elevada (94%), para todas las localizaciones y en nuestro paciente el resultado fue positivo. En una serie de 131 pacientes, con seguimiento a 5 años, se observó una evolución clínica favorable cuando los niveles de IgG disminuían durante el primer año. Un aumento de IgG a los 2 a 3 años, después de haber iniciado el tratamiento, sugiere persistencia de infección activa. (6) La prueba de Arco 5, que resultó negativa en nuestro paciente, si bien es específica, no cuenta con las ventajas del método de Elisa.

Dentro de los diagnósticos diferenciales deben mencionarse los quistes celómicos o divertículos pericárdicos, ubicados en la mayoría de los casos en el ángulo cardiopulmonar derecho, presentan un diámetro de 2 a 4 cm, son asintomáticos, pueden estar calcificados, por lo general son únicos y el diagnóstico se realiza por medio de estudios por imágenes.

Otra posibilidad la constituyen los quistes bronco-génicos que por contigüidad invadan el pericardio; están recubiertos por epitelio respiratorio ciliado, con mucus en su interior y pueden causar compresión de la vía aérea. El diagnóstico se confirma por tomografía axial computarizada.

En cuanto al tratamiento, la alcoholización de los quistes no presenta resultados concluyentes hasta el momento. Fue utilizada por algunos grupos en quistes hidatídicos hepáticos. Aunque se han descrito casos de curación con tratamiento médico, no se recomienda para esta presentación de la enfermedad en forma aislada. Nuestro paciente recibió albendazol, 800 mg/día, dado que presenta buena absorción intestinal

y sus metabolitos activos penetran en los tejidos y en los quistes.

La pericarditis hidatídica es de resolución quirúrgica, incluso en los casos asintomáticos, dado que los quistes muertos se calcifican y llevan a la formación de pericarditis constrictiva. (7) Previo a la enucleación de los quistes, éstos deben esterilizarse con solución salina hipertónica, yodo y alcohol. En este paciente se resecaron todos los quistes pericárdicos, incluso un quiste que invadía la arteria pulmonar.

El tratamiento con albendazol debe preceder un mes a la cirugía y realizarse ciclos de 28 días posteriores. (8) La recurrencia ocurre en el 11% de los casos y puede prevenirse con la administración de antiparasitarios. (9)

SUMMARY

Echinococcal Cysts isolated in Pericardium

Echinococcus granulosus is the responsible parasite of hydatidic disease, widely disseminated in our country. The heart is an uncommon localization (0.5-2%), most frequently located at the interventricular septum. We describe a patient who had isolated multiple pericardium cysts. Diagnosis was confirmed with the finding of characteristic cysts in echocardiography and computerized tomography scan in addition to epidemiology and serologic tests. The patient was treated with albendazol 800 mg/d and surgery. The risk of recurrence is 11% and can be prevented by antiparasitic drugs.

Key words: Echinococcus - Echinococcosis - Pericardium.

BIBLIOGRAFÍA

1. Atias-Neghme. Parasitología clínica. Publicaciones Técnicas Mediterráneo 1996; 48:402-403.
2. Shalaby RI, Rajendran U, Majeed OA, Shuhaiber H. Polyvisceral echinococcosis with involvement of the heart and chest wall: follow-up and review of literature. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 1999;5:248-53.
3. Rozenzvit MC, Zhang LH, Kamenetzky L, Canova SG, Guarnera EA, McManus DP. Genetic variation and epidemiology of *Echinococcus granulosus* in Argentina. *Parasitology* 1999;118:523-30.
4. Saidi F. Images in clinical medicine: echinococcal cyst of the pericardium. *N Engl J Med* 1995;333:1572.
5. Oliver JM, Sotillo JF, Domínguez FJ, López de Sa E, Calvo L, Salvador A, et al. Two-dimensional echocardiographic features of echinococcosis of the heart and great blood vessels. Clinical and surgical implications. *Circulation* 1988;78:327-37.
6. Force L, Torres JM, Carrillo A, Busca J. Evaluation of eight serological tests in the diagnosis of human echinococcosis and follow-up. *Clin Infect Dis* 1992;15:473-80.
7. Birincioglu CL, Bardakci H, Kucuker SA, Ulus AT, Arda K, Yamak B, et al. A clinical dilemma: cardiac and pericardiac echinococcosis. *Ann Thorac Surg* 1999;68:1290-4.
8. Morris DL, Dykes PW, Marriner S, Bogan J, Burrows F, Skeene-Smith H, et al. Albendazole- objective evidence of response in human hydatid disease. *JAMA* 1985;253:2053-7.
9. Mottaghian H, Saidi F. Postoperative recurrence of hydatid disease. *Br J Surg* 1978;65:237-42.