

HIDATIDOSIS INTRA-TORÁCICA EXTRAPULMONAR: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Autores: Fábregas Varelo, Laura; Mindiola, Edith; Turcios, Luz Ángela;
Zambrano Ronquillo, María José; Cassaglia, Pablo; Malagrini, Ramiro*

Institución: Servicio de TC y RM, DASA-Diagnóstico Maipú, Clínica Bazterrica
CABA, Buenos Aires, Argentina
laurich37@gmail.com

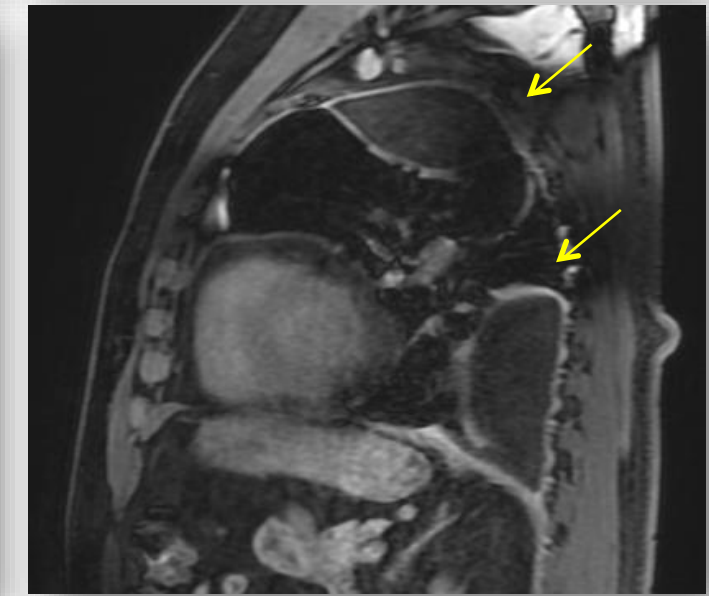
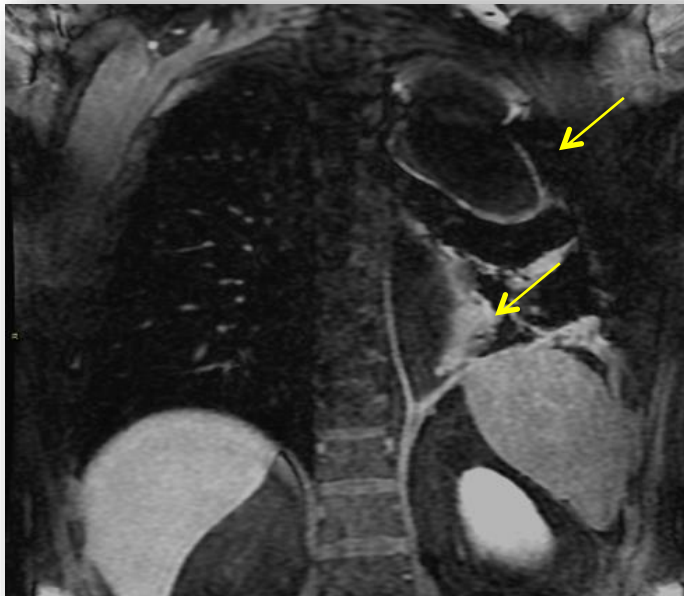
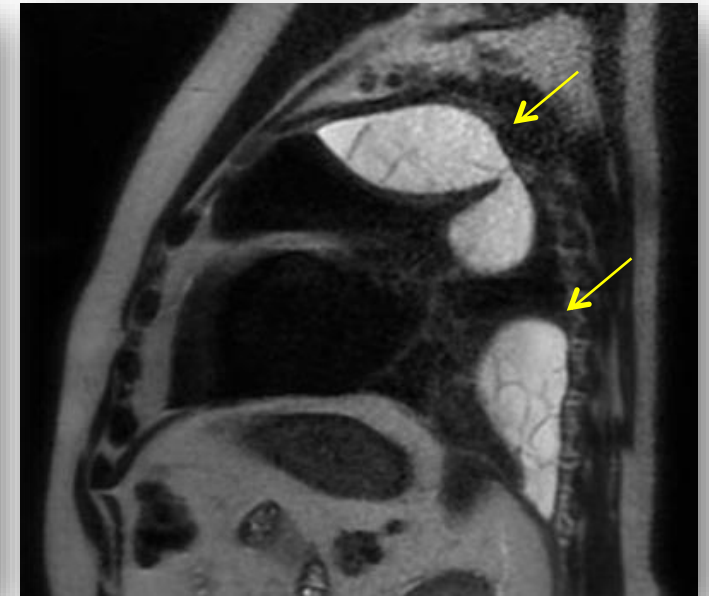
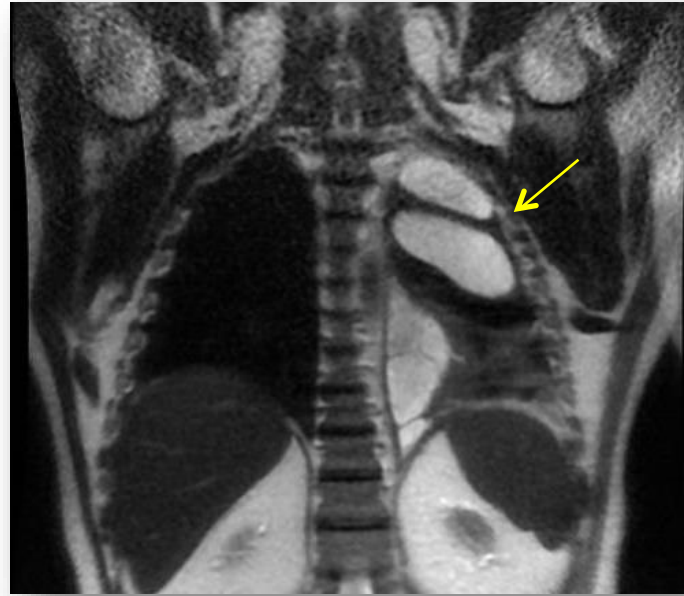
Presentación del caso

Describimos el caso de un paciente de 52 años, sin antecedentes de relevancia y residente en zona rural quien consultó por dolor en puntada de costado a nivel del hemitórax izquierdo de semanas de evolución. La radiografía de tórax evidenció la presencia de tenues opacidades de límites precisos y distribución subpleural en dicha topografía, estudio que fue complementado posteriormente por una resonancia magnética (RM) de tórax con gadolinio (Figura A).

Fueron solicitados además, estudios serológicos y valoración por cirugía de tórax para un eventual tratamiento quirúrgico definitivo. El paciente recibió tratamiento farmacológico con albendazol 400 mg cada 12 horas durante 3 meses, observándose remisión de dichas lesiones en los controles por tomografía computada (TC) de tórax (Figura B).

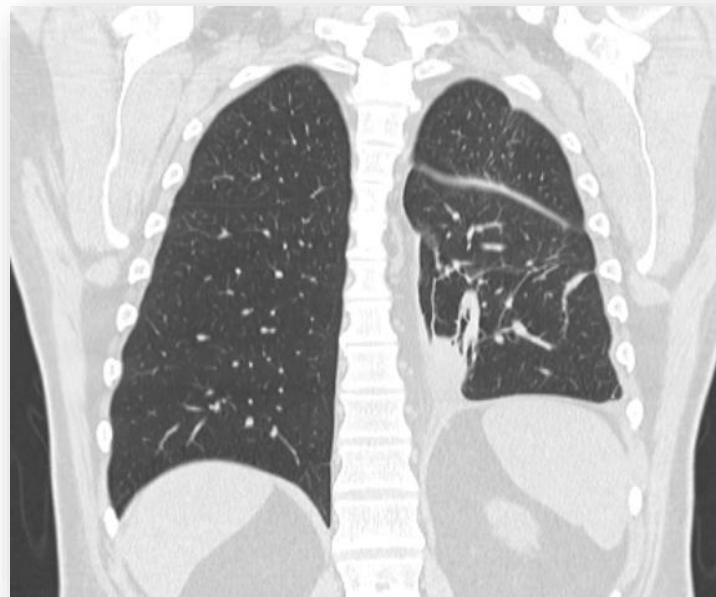
Hallazgos imagenológicos

Figura A, hallazgos por RM con gadolinio: formaciones líquidas bien delimitadas con finos septos en su interior en secuencias T2 y realce post-contraste endovenoso en topografía pleural (flechas), adoptando una configuración “*en menisco*” en proyección cisural y apical sobre el lóbulo superior izquierdo .



Hallazgos imagenológicos

Figura B, hallazgos por TC en ventanas pulmonar y mediastínica: elevación del hemidiafragma izquierdo, asociado a proceso pleuroparenquimatoso basal de aspecto crónico, caracterizado por aparente mínimo derrame pleural con franco engrosamiento cisural y de las hojas pleurales, asociado a bandas densas pleuroadherenciales en lóbulo y en el resto del lóbulo inferior izquierdo.



Discusión

La distribución sistémica de la hidatidosis puede afectar a varios tejidos, siendo la localización hepática la más frecuente (67-89%), seguida por la forma pulmonar (10-15%), mientras que las localizaciones intratorácicas extra-pulmonares constituyen formas inusuales e infrecuentes, descritas en el 7.4% de los pacientes (1), pudiendo comprometer la pleura, el mediastino, el corazón y el diafragma (2).

Estudios previos han descripto que las afectaciones pleurales fueron secundarias a ruptura de quistes pulmonares periféricos o localizados en el domo hepático o a nivel esplénico por migración trans-diafragmática (3), sin embargo, trabajos posteriores han considerado a la hidatidosis pleural como una entidad primaria (4), con una incidencia menor al 1% (5).

Si bien han sido reportados pocos casos de hidatidosis pleural primaria en la literatura, en nuestro caso, la presencia de quistes hidatídicos en la cavidad pleural en ausencia de lesiones primarias pulmonares, hepáticas y/o esplénicas simultáneas o precedentes que puedan explicar la contaminación local, nos ha llevado a considerar dicho diagnóstico por exclusión.

Conclusión

Destacamos la importancia de considerar a esta entidad ante la presencia de hallazgos clínicos y radiológicos compatibles con lesiones quísticas intratorácicas únicas o múltiples en pacientes con antecedentes de residencia en zonas endémicas o actividades laborales asociadas a la exposición del parásito y dentro del diagnóstico diferencial de lesiones quísticas intratorácicas.

Los estudios por imágenes juegan un rol clave en las opciones terapéuticas a fin de evitar las complicaciones de casos identificados tardíamente, aunque la inusual localización intratorácica extrapulmonar y sus eventuales complicaciones pueden plantear un verdadero desafío.

Bibliografía

1. Oğuzkaya F, Akçali Y, Kahraman C, Emiroğullari N, Bilgin M, Şahin A, (1997). Unusually located hydatid cysts: intrathoracic but extrapulmonary. The Annals of thoracic surgery, 64(2), 334-337.
2. Saeedan MB, Aljohani IM, Alghofaily KA, Loutfi S, Ghosh S. (2020). Thoracic hydatid disease: a radiologic review of unusual cases. World Journal of Clinical Cases, 8(7), 1203.
3. Dévé, F. L'échinococcose secondaire de la plevre. J. Chir. 1937, 4, 497.
4. Rakower, J.; Milwidsky, H. Hydatid Pleural Disease. Am. Rev. Respir. Dis. 1964, 90, 623–631.
5. Erkoc, M.F.; Oztoprak, B.; Alkan, S.; Okur, A. A Rare Cause of Pleural Effusion: Ruptured Primary Pleural Hydatid Cyst. BMJ Case. Rep. 2014, 2014, bcr2013202959.

Las imágenes del presente trabajo fueron obtenidas del archivo digital de Dasa-Diagnóstico Maipú.