



CASO DEL MES SEICAT

**Autores: Lourdes Martínez Encarnación
Ángela Fernández Plaza
Juan Manuel Castañeda Iglesias**

Servicio: Radiodiagnóstico.

Hospital: HGU Santa Lucia. Cartagena.



PRESENTACIÓN

- Paciente asintomático de 64 años que remiten por Rx de tórax patológica en la evaluación preanestésica para herniorrafia inguinal derecha.
- No antecedentes familiares de interés.
- Antecedentes patológicos:
 - Originario de Marruecos.
 - No AMC. No HTA. DM. Niega hábitos tóxicos. No relaciones sexuales de riesgo.
 - Nefrectomía izquierda en 2009.
- EF: Peso 53 Kg., talla 167cm. TA: 100/60. AC: normal. Auscultación pulmonar: hipofonesis generalizada.
- ECG: Normal
- Analítica: Sin hallazgos relevantes.

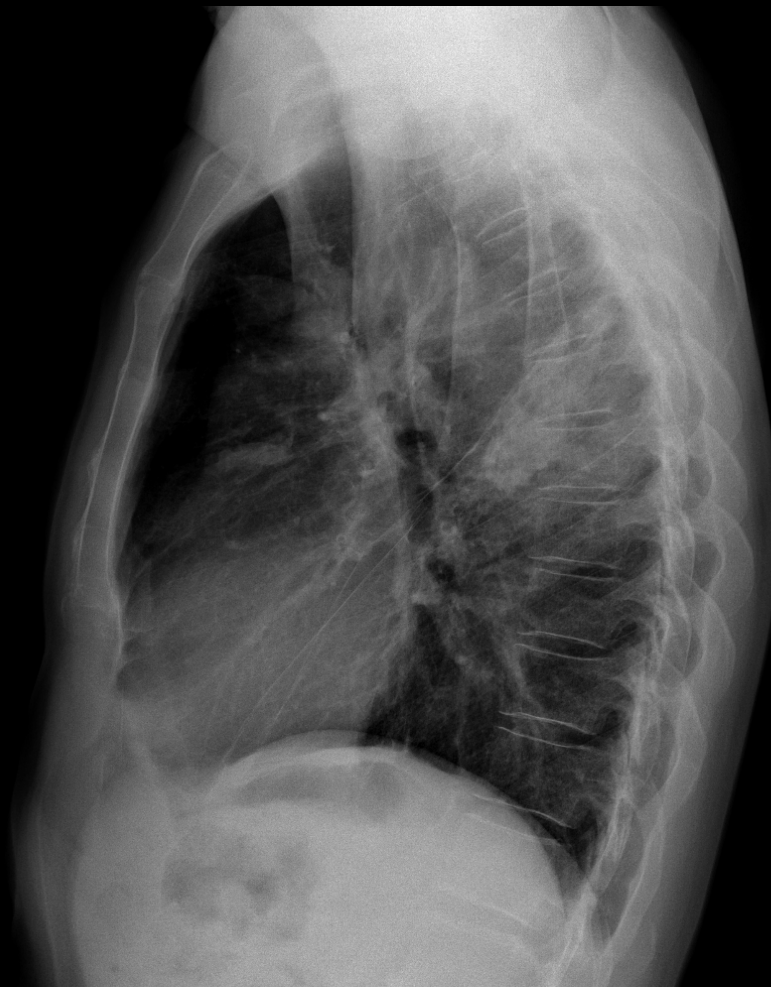


Figura 1: Radiografías PA y L de tórax.

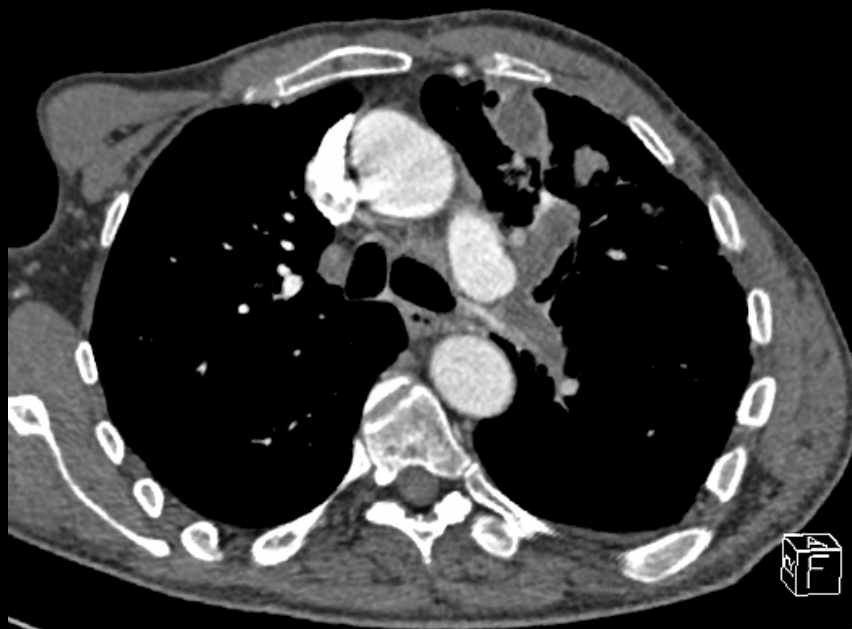


2010

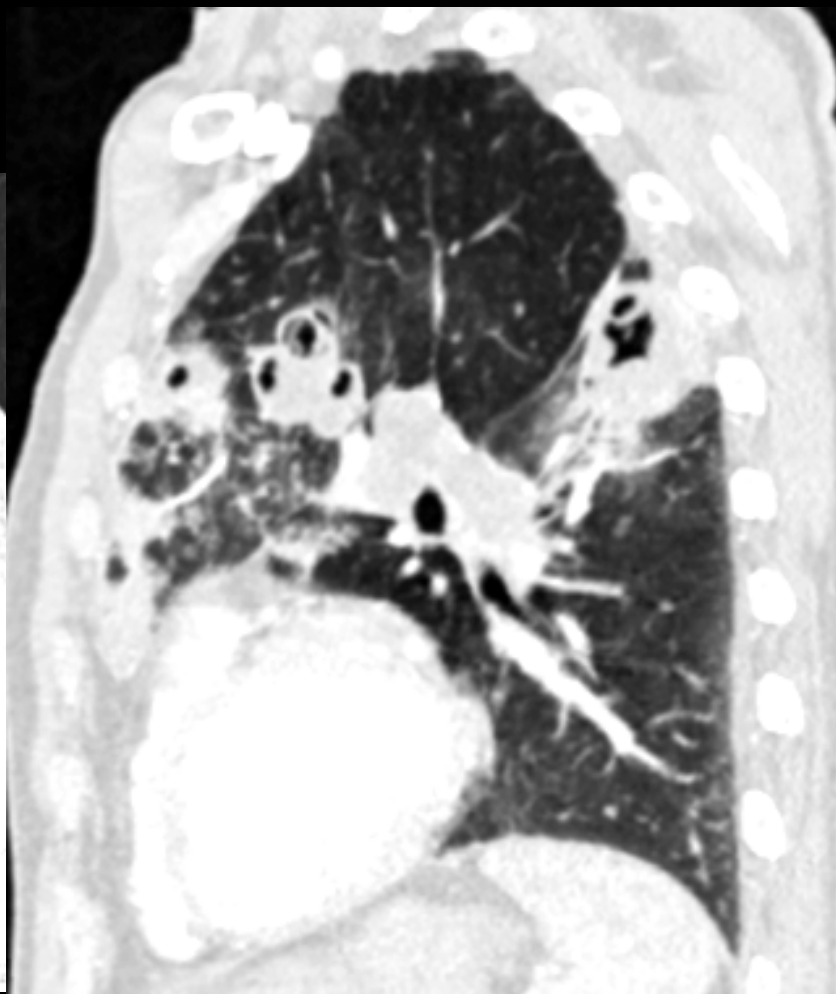
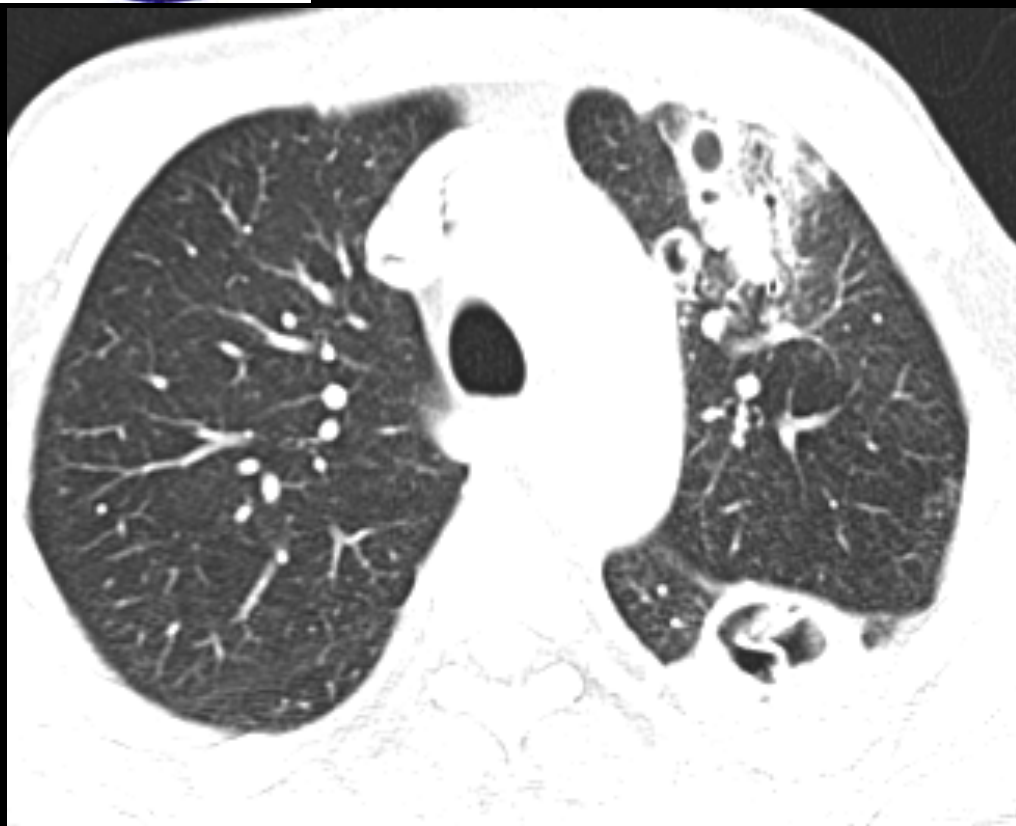


Actual

Figura 2: Rx PA de tórax comparativas.



*Figura 3: TC de tórax con
contraste i.v.
Ventana de mediastino. Plano axial.*



*Figura 4: TC de tórax con ventana de pulmón.
Planos axial y MPR sagital.*



LECTURA RADIOLOGICA 1

- *Rx de tórax PA y Lateral (Figura 1):*

Lesiones cavitadas, de morfología lobulada localizadas tanto en el segmento anterior del LSI como en el apical del LSI (visible en Rx lateral).

No derrame pleural ni alteraciones en el hemitórax contralateral.

- *Rx de tórax PA comparativa (Figura 2):*

En Rx previa de 2010 se observan lesiones nodulares parahiliares izquierdas que han confluido y se han cavitado en Rx actual.



LECTURA RADIOLÓGICA 2

- TC de tórax con contraste i.v. con ventana de mediastino (Figura 3) y pulmón (Figura 4):

Lesiones nodulares, hipodensas (20 UH), homogéneas, localizadas en segmento anterior del LSI y apical del LII con presencia de nivel hidroaéreo y signo del menisco. Algunas de estas lesiones ocupan la arteria lobar superior izquierda y sus ramas segmentarias, sin visualizar permeabilidad distal.

En la ventana de pulmón se observan lesiones cavitadas, con septos curvilíneos en su interior.



DISCUSIÓN

En nuestro caso se identifican dos lesiones que se localizan en el segmento anterior del LSI y en el segmento apical del LII, como hallazgo incidental en una placa de tórax preoperatoria. Tras revisar las Rx previas, se aprecia que las lesiones, que ya existían, han confluido y se han cavitado en el momento actual.

Diagnostico diferencial:

- Dentro del diagnostico diferencial de lesiones cavitadas, podemos descartar el proceso neofornativo ya que la lesión ya era visible en una Rx antigua.
- Por otra parte, habría que considerar dentro de las opciones diagnósticas enfermedades autoinmunes (artritis reumatoide, vasculitis como el Wegener...). No obstante el paciente no presentaba clínica extrapulmonar ni marcadores que sugiriesen patología sistémica de esta índole.



DISCUSIÓN

- De este modo, el proceso infeccioso parece la opción más probable. Además, la presencia de septos lineales en el lecho de los quistes recuerda a la enfermedad parasitaria visualizada con más frecuencia en otros órganos como el hígado.
- Ante los hallazgos se revisa la historia clínica del paciente, y se comprueba que la nefrectomía realizada en otro centro en 2009 fue secundaria a pielonefritis crónica evolucionada asociada a alteraciones compatibles con quistes hidatídicos. Además, la serología para hidatidosis fue positiva.
- Dados estos antecedentes, la evolución y aspecto de las lesiones, el diagnóstico más probable es el de hidatidosis pulmonar múltiple.
- El paciente mantiene actualmente tratamiento farmacológico con Albendazol, y se encuentra en lista de espera para tratamiento quirúrgico.



DIAGNÓSTICO FINAL

Hidatidosis pulmonar



DESCRIPCIÓN DE LA ENTIDAD

La hidatidosis o equinococosis es una enfermedad clasificada dentro de las ciclozoonosis, siendo endémica en ciertas regiones de Eurasia, África, Australia y Sudamérica. España es uno de los países europeos con tasas más altas.

Es producida por el parasitismo de la larva del *Echinococcus granulosus*, cuyo ciclo biológico necesita del perro como huésped principal y de la oveja como intermediario. El hombre es un huésped intermediario accidental. Cuando el huevo es ingerido, el embrión se libera de su membrana, atraviesa la pared intestinal y es arrastrado por el torrente circulatorio.

En el 65-75% de los casos se aloja en el hígado. En un 23-30% salta la barrera hepática y puede llegar al pulmón por la circulación sanguínea o bien puede haber extensión directa a través del diafragma.

El diagnóstico generalmente se basa en la identificación del quiste mediante técnicas de imagen y en la detección de anticuerpos séricos específicos contra el parásito mediante pruebas inmunológicas.

El diagnóstico de certeza requiere la visualización directa del escólex del cestodo o tenia.



DESCRIPCIÓN DE LA ENTIDAD

La enfermedad se produce por quistes que se forman alrededor del parásito. En estudios de imagen, se identifican como lesiones esféricas, bien definidas, homogéneas, de densidad similar al agua.

Son bilaterales en un 20% de los casos y predominan en segmentos posteriores de lóbulos inferiores. Presentan tabicaciones curvas de un grosor aproximado de 2 a 10 mm y raramente calcifica su pared.

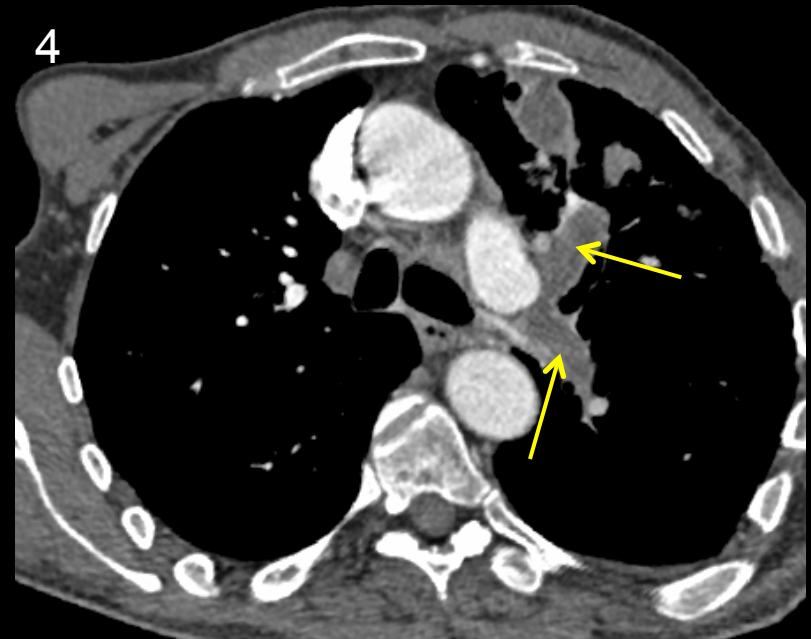
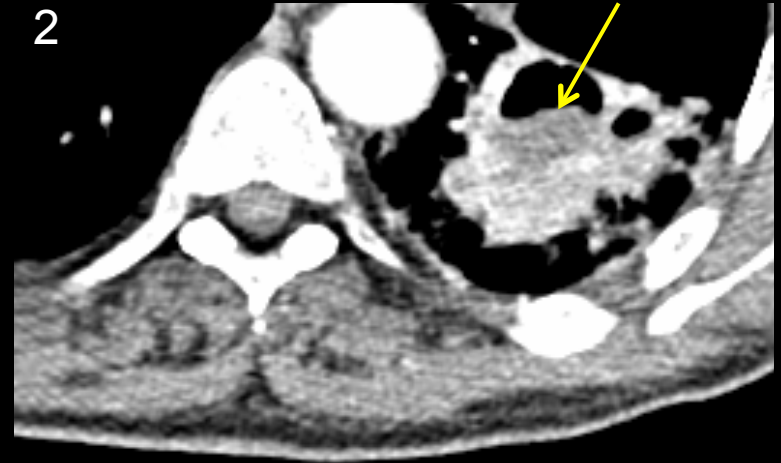
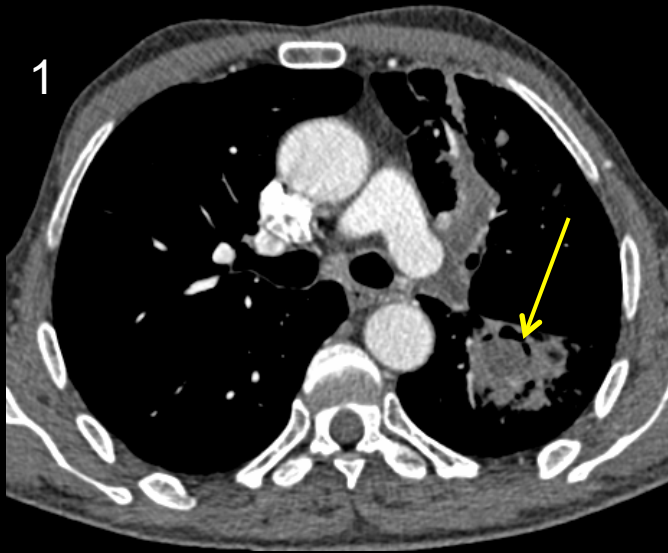
El quiste hidatídico está compuesto por dos capas, el ECTOQUISTE y el ENDOQUISTE. A medida que crecen, comprimen el parénquima pulmonar adyacente, lo que provoca una respuesta inflamatoria del huésped y la formación de una cápsula fibrótica, (PERIQUISTE). Los signos radiológicos característicos son:

- Signo de la media luna: el aire es visible entre el periquiste y el endoquiste (1, flecha).
- Nivel hidroaéreo en el interior del quiste, que indica rotura del mismo y comunicación con la vía aérea (2, flecha).
- Signo del nenúfar o camalote, que se produce porque al pared del endoquiste arrugada flota en el interior del periquiste no colapsado (3, flecha).

La enfermedad hidatídica es una causa rara de embolismo pulmonar, en la que los quistes son los que ocluyen el vaso (4, flechas), sin coágulos o trombosis local asociada.



IMÁGENES COMPLEMENTARIAS





INTERÉS DOCENTE

La enfermedad hidatídica es una patología cuya incidencia ha disminuido notablemente en los últimos años aunque hoy en día todavía dista de estar erradicada en nuestro entorno.

No obstante, la presencia de quistes pulmonares, con o sin nivel hidroaéreo o signos característicos como el 'signo del camalote' o el 'signo de la media luna', junto con los antecedentes clínicos del paciente y los hallazgos en otros órganos afectados, son característicos de la hidatidosis pulmonar.



BIBLIOGRAFÍA

1. Pedrosa I, Saíz A, Arrazola J, Ferreirós J, Pedrosa CS. Hydatid Disease: Radiologic and Pathologic Features and complications. Radiographics. 2000;20:795-817.
2. Polat P, Kantarci M, Alper F, Suma S, Koruyucu MB, Okur A. Hydatid Disease from Head to Toe. Radiographics. 2003;23:475-494.
3. Koul PA1, Koul AN, Wahid A, Mir FA. CT in pulmonary hydatid disease: unusual appearances. Chest. 2000;118:1645-1647.
4. Achour K, Ameer S, Riquet M, Chaouch H. Hydatid pulmonary embolism: A very rare complication of renal hydatid cyst. Rev Mal Respir. 2014;31:82-83.