

Masa en epigastrio y aumento del perímetro abdominal

Bodega-Ocón M.¹, Ojeda-Jiménez MC.², Fernández-Díaz G.³, Marqueta-García O.⁴, Garófano-Mota JM.⁵, Bodega-Quiroga I.⁵

Sanid. mil. 2023; 79 (2): 136-137, ISSN: 1887-8571

RESUMEN

Un paciente de 38 años ingresó en urgencias tras 5 días de dolor y distensión abdominal difusos, náuseas y vómitos. La exploración física reveló sensibilidad leve, una masa epigástrica y fiebre leve. Las pruebas de laboratorio mostraron un aumento de los valores de proteína C reactiva y gamma-glutamyl traspeptidasa. La tomografía computerizada realizada confirmó el diagnóstico.

PALABRAS CLAVE: Dolor abdominal, masa hepática, clínicamente silente.

Epigastric mass with increased abdominal girth

SUMMARY

A 38-year-old male patient was admitted to the emergency room after 5 days of diffuse abdominal pain and distention, nausea, and vomiting. Physical examination revealed mild tenderness, an epigastric mass and low-grade fever. Laboratory tests showed an increase in C-reactive protein and gamma-glutamyl transpeptidase. The CT scan performed confirm the diagnosis.

KEYWORDS: Abdominal pain, Liver mass, Clinically silent.

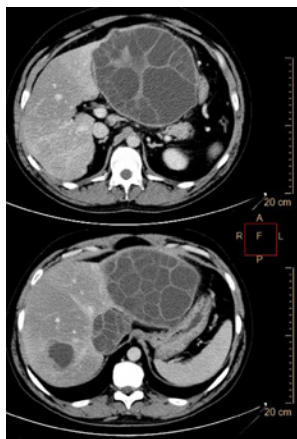
PRESENTACIÓN

Paciente varón de 38 años, sin antecedentes personales de interés, acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal difuso, más focalizado en epigastrio, de 5 días de evolución, sin relación con la ingesta, asociado a sensación de aumento del perímetro abdominal, náuseas y vómitos. La última deposición, 4 días antes del ingreso, fue de características normales. No presenta fiebre ni síndrome disúrico, pero sí sensación distérmica. No refiere antecedentes de pérdida de peso ni viajes recientes al extranjero.

Al momento de la exploración el abdomen se encuentra distendido, palpándose una masa en epigastrio con dolor a ese nivel sin defensa, ni signos de irritación peritoneal. T^a: 38,2.º C. Resto sin hallazgos significativos.

En la analítica destaca una PCR de 32,20 mg/dl, GPT: 61U/L, GGT: 303 U/l, y hemograma dentro de parámetros normales.

Se realiza TC abdominal urgente cuyas imágenes se muestran en la figura, en cortes axiales (izquierda) y corte coronal (derecha).



1. Estudiante de Medicina. Universidad CEU-San Pablo. Madrid, España.
2. Capitán médico. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Central de la Defensa. Madrid, España.
3. FEA Cirugía General y del Aparato Digestivo. Profesor clínico de la Universidad de Alcalá. Hospital Central de la Defensa. Madrid, España.
4. Coronel médico. Profesor clínico de la Universidad de Alcalá. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Central de la Defensa. Madrid, España.
5. Coronel médico. Profesor asociado de la Universidad de Alcalá. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Central de la Defensa. Madrid, España.

Recibido: 20 de septiembre de 2022.

Aceptado: 11 de enero de 2023.

DOI: 10.4321/S1887-85712023000200013.

Diagnóstico: hidatidosis hepática

DISCUSIÓN

En la TC abdominal se observa la completa ocupación del lóbulo hepático izquierdo por una masa multiquística de 15x15x15 cm con lesiones de características radiológicas similares en el lóbulo caudado, con dimensiones de 7x6x7 cm y en el segmento VII-VIII de 4x4x3 cm. La masa del lóbulo hepático izquierdo comprime y desplaza el estómago.

Con el diagnóstico de presunción de hidatidosis hepática complicada el paciente ingresa a cargo del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo y se inicia tratamiento con albendazol a dosis de 400 mg/12 h vía oral. Durante su estancia en planta evoluciona favorablemente, desaparece el dolor abdominal, pero mantiene febrícula durante las 72 horas posteriores al ingreso. Se realiza ColangioRMN que descarta fistulización de los quistes a la vía biliar (estadio CE2 de WHO/IWG). La hemaglutinación para hidatidosis da un resultado positivo. El paciente es dado de alta al 7º día del ingreso, afebril y asintomático, con Albendazol vía oral y con las consideraciones para el tratamiento posterior que se analizarán a continuación.

La equinococosis quística o hidatidosis es una zoonosis producida por la larva del cestodo *Echinococcus* siendo el subtipo *granulosus* el que infecta a los humanos con mayor frecuencia. Estos corresponden a huéspedes intermediarios en el ciclo del parásito que maduran en el intestino delgado de ciertos cánidos y se reproducen en las vísceras sólidas de algunos herbívoros como las ovejas. Los humanos se infectan fundamentalmente por contacto con las heces de los perros infectados¹.

El último informe epidemiológico del Instituto Carlos III informa que, en España, se declararon 42 casos autóctonos en el año 2019 (Tasa de Incidencia [TI] de 0,12), 33 casos en 2020 (TI: 0,11) y 15 casos en 2021 (TI: 0,05). Además, se notificaron 10 casos importados en ese trienio. Solo 10 CCAA presentaron casos entre 2019 y 2022, siendo Castilla y León y Castilla la Mancha las que registraron las mayores cifras, 25 y 15 respectivamente, en términos absolutos².

La clínica es silente la mayoría de las veces, no existiendo manifestaciones hasta que el tamaño produce compresión de órganos vecinos (el estómago en nuestro caso) o se manifiestan complicaciones como la fistulización a la vía biliar o la ruptura del quiste a la cavidad peritoneal.

La prueba de imagen de elección es la ecografía abdominal y las clasificaciones más ampliamente utilizadas son la de Gharbi y la de WHO/IWG³. En nuestro caso se llegó al diagnóstico por las

pruebas serológicas y la TC abdominal, siendo ésta de elección en aquellas lesiones múltiples, en presencia de complicaciones como fístulas o abscesos y para los quistes en otras localizaciones extraabdominales⁴.

El manejo de la hidatidosis hepática incluye el tratamiento médico, el drenaje percutáneo con aspiración, inyección de sustancias escolicidas y reaspiración (PAIR) y tratamiento quirúrgico.

Aunque no existe consenso en la literatura, la opción de tratamiento que parece imponerse es la de utilizar un benzimidazol, de preferencia el albendazol sobre el mebendazol, previo al tratamiento quirúrgico.

De acuerdo con la revisión realizada por Gómez i Gavara *et al.*⁵ (2015), el tratamiento con albendazol es superior a mebendazol. De igual modo, la administración de albendazol durante tres meses es superior a la administración durante un mes. La única opción que muestra tasas de curación de más del 90 % es la que combina el tratamiento preoperatorio con albendazol tres meses y la intervención quirúrgica posterior.

Siguiendo este esquema, el paciente recibió tratamiento con albendazol durante tres meses con control evolutivo estrecho en consultas externas, posteriormente, se realizó intervención quirúrgica por un equipo con experiencia contrastada en Cirugía Hepato-bilio-pancreática dadas las lesiones de difícil acceso, principalmente la que se localizaba en el lóbulo caudado. Para minimizar el riesgo de recidiva se le administró otro ciclo de tres meses de albendazol.

BIBLIOGRAFÍA

1. Keon B. *et al.* (2018). Hepatic cystic echinococcosis in Australia: an update on diagnosis and management. *ANZ Journal of Surgery* 88, pp. 26-31. DOI: 10.1111/ans.14117
2. Centro Nacional de Epidemiología. (2022). Informe Epidemiológico sobre la situación de la Hidatidosis en España. Años 2019, 2020 y 2021. Madrid, Instituto de Salud Carlos III.
3. WHO Informal Working Group. (2023). International classification of ultrasound images in cystic echinococcosis for application in clinical and field epidemiological settings. *Acta Tropica*. 85 (2), pp. 253-61. DOI: 10.1016/s0001-706x(02)00223-1
4. Armiñanzas, C., Gutiérrez-Cuadra, M. y Fariñas, M. C. (2015). Hydatidosis: epidemiological, clinical, diagnostic and therapeutic aspects. *Revista Española de Quimioterapia* 28 (3), pp. 116-24. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26032995/>
5. Gomez i Gavara, C. *et al.* (2015). Review of the treatment of liver hydatid cysts. *World J Gastroenterol*. 21 (1), pp. 124-31. DOI: 10.3748/wjg.v21.i1.124