

HIDATIDOSIS CEREBRAL CON MÚLTIPLES QUISTES

G. Troccoli, E. D'Annuncio y O. Gutiérrez

Servicio de Neurocirugía Hospital "Dr. J. Penna", Bahía Blanca

RESUMEN

La hidatidosis cerebral es poco frecuente (2-3% de los casos) siendo habitualmente quistes únicos. La multiplicidad de lesiones es excepcional.

Presentamos una paciente de 62 años con enfermedad hidatídica en hígado y dos quistes cerebrales. Se descartaron otras lesiones. Se extirparon quirúrgicamente utilizando la técnica de Dowling ("parto del quiste") con evolución favorable de la paciente.

La afección hidatídica múltiple del cerebro es muy rara, originándose en embolias de quistes cardíacos o ruptura espontánea de una lesión cerebral. La lenta evolución clínica, la presencia de quistes extracerebrales y las imágenes radiológicas muy características previenen al cirujano con respecto a la etiología, permitiendo la extirpación de la lesión sin ruptura de la misma.

Palabras clave: hidatidosis, cerebro, quistes múltiples

SUMMARY

Cerebral manifestation of Hydatidosis can be found in a 2 to 3% of neurosurgical cases.

The authors present a 62 years old female patient with liver compromise by several hydatid cysts and two other cysts located in the brain that were removed using Dowling's technique (cyst delivery), with good outcome after surgery. It is concluded that a slow clinical course, the presence of cysts outside of the brain and characteristic neuroradiologic images contribute to diagnosis cerebral hydatidosis.

Key words: Brain, Hydatidosis, multiple cysts

INTRODUCCIÓN

La hidatidosis o equinococosis es causada por la larva del *Echinococcus granulosus* y se manifiesta en el hombre por quistes en el hígado, pulmón, corazón y cerebro, ocurriendo en el Sistema Nervioso sólo en el 2-3% de los casos^{10,15}. Los quistes hidatídicos cerebrales son habitualmente únicos,

siendo múltiples en casos excepcionales^{6,13}.

Presentamos un paciente portador de 2 quistes hidatídicos cerebrales.

MATERIAL Y MÉTODO

Presentación del caso

Paciente de 62 años, de sexo femenino, sin antecedentes clínicos significativos, que ingresa al servicio por cuadro de convulsiones focalizadas

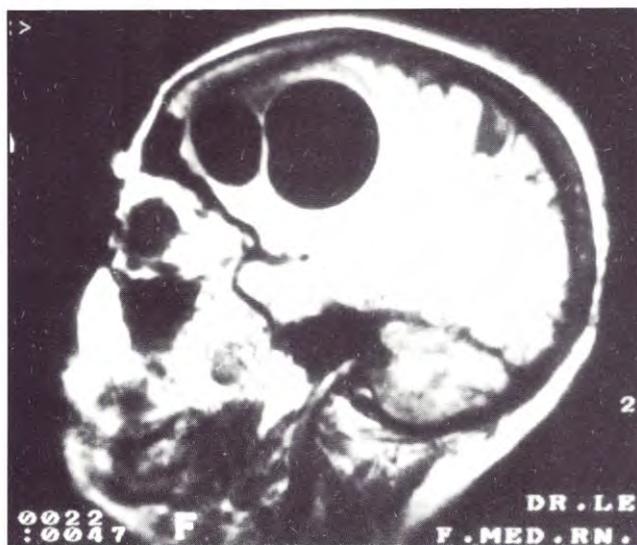


Figura 1

en hemisfero izquierdo con posterior generalización, vómitos y cefalea de 4 meses de evolución. A su ingreso se encontraba vigil, levemente desorientada, con un síndrome frontal leve, edema de papila y hemiparesia leve izquierda. Se realizó una IRM cerebral constatándose 2 imágenes quísticas contiguas frontoparietales derechas, hipointensas en T1 e hiperintensas en T2, con mínimo refuerzo periférico luego del contraste y leve edema perilesional (Fig. 1).

La sospecha de enfermedad hidatídica fue corroborada por el hallazgo ecográfico de quistes hidatídicos en hígado, no encontrándose lesiones en pulmón ni corazón.

Fue operada de los quistes cerebrales utilizando la técnica descrita por Dowling, realizando amplia craneotomía y extirpando las lesiones ("parto del quiste"). Se constató que se trataba de dos quistes independientes, resecano uno a continuación del otro. Se suministró albendazol en forma profiláctica. La paciente evolucionó satisfactoriamente con remisión de los síntomas.

DISCUSIÓN

El *Echinococcus granulosus* en su forma adulta habita en el intestino de perros y lobos. Los huéspedes intermedios del parásito (hombre, cerdo, oveja y otros animales domésticos) adquieren la enfermedad ingiriendo alimentos o líquidos contaminados con huevos, los que liberan los embriones luego de la ingesta y éstos penetran la mucosa intestinal ingresando al torrente sanguíneo. Desde aquí acceden a varios órganos (hígado,

pulmón, corazón, hueso y cerebro) donde desarrollan los quistes^{3,10, 15}.

La afectación cerebral es rara: 2-3% de los casos^{10,15}. En el cerebro los quistes son primarios, únicos y grandes. Excepcionalmente son múltiples, siendo su origen secundario a partir de embolia de quistes cardíacos o por ruptura espontánea o quirúrgica de un quiste cerebral^{6, 13}.

La afección del Sistema Nervioso es mucho más frecuente en niños y adolescentes que en adultos (2, 5-7:1)^{1,8}.

Los quistes tienden a ubicarse en los hemisferios cerebrales y suelen adquirir gran tamaño, por lo que sólo los cubre una delgada capa de corteza cerebral^{1, 14}. Su crecimiento es muy lento (1 cm por año)⁷.

Clínicamente son de lenta evolución, produciendo asimetría craneana en niños⁵, hipertensión endocraneana, convulsiones y déficits focales. La reacción de Casoni y el test de fijación del complemento positivos junto con eosinofilia indican hidatidosis extracerebral en casi el 90% de los casos¹⁵.

La tomografía computada evidencia una imagen hipodensa (similar al LCR) sin modificación luego del contraste y con poco edema perilesional^{9,11}. La resonancia magnética demuestra una imagen hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 con mínimo refuerzo periférico con contraste y leve edema perilesional (Dr. C. Bauni, comunicación personal).

El tratamiento es quirúrgico¹², debiendo realizarse los mayores esfuerzos para extirpar el quiste sin romperlo debido a que los escólices pueden contaminar el tejido cerebral vecino generando recurrencias o una reacción alérgica¹⁵. La técnica empleada fue descrita inicialmente por Dowling⁴ y consiste en realizar una amplia craneotomía y disecar el quiste del tejido circundante con irrigación salina, maniobras reiteradas de Valsalva y descenso de la cabeza ("parto del quiste")². Puede emplearse albendazol como terapia complementaria, desde antes de la cirugía (profilaxis en caso de ruptura) y continuando luego de la misma en dosis de 15 mg/kg durante tres meses⁷.

Bibliografía

1. Abada, M; Galli, I; Baousallah, A y colaboradores: Hydatid cysts of the brain: Diagnostic and Therapeutic Problems in 100 cases. *Neurochirurgie* 23: 195, 1977.
2. Arana-Iñiguez, R y López-Fernández JR: Parasitosis of the Nervous System with Special Reference to

- Echinococcosis. *Clin Neurosurg* 14: 123, 1967.
3. Ayres CM; Davey, LM y German, W.J.: Cerebral Hydatidosis: Clinical Case Report with a Review of Pathogenesis. *J Neurosurg* 20: 371, 1963.
 4. Carrea, R; Dowling, E Jr y Guevara, JA: Surgical Treatment of Hydatid Cysts of Central Nervous System in the Pediatric Age (Dowling's technique). *Childs Brain* 1: 4, 1975.
 5. Cataltepe, O; Tahta, K; Coloak, A y colaboradores: Multiple Cerebral Hydatid Cysts. *Neurosurg Rev* 14: 231, 1991
 6. Gordillo, I; Millán, JM; Escudero, N y colaboradores: Mutiple Intracranial Hydatid Cysts. *Neuroradiologie* 8: 285, 1986.
 7. Greenberg, MS: *Handbook of Neurosurgery*. 3rd ed 1994, pp 251-301.
 8. Lunardi, P; Missori, P; De Lorenzo, N y colaboradores: Cerebral Hydatidosis in Childhood: A Retrospective Survey with Emphasis on Long-term Follow-up. *Neurosurgery* 29: 515, 1991.
 9. Ozgen, T; Erbeni, A; Bertan, V y colaboradores: The Use of Computerized Tomography in the Diagnosis of Cerebral Hydatid Cysts. *J Neurosurg* 50: 339, 1979.
 10. Ramsey, PG y Florde, JJ: Cestode Infections. In Braunwal, E ed: *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 11th ed New York, Mc Graw-Hill, 1987, pp.825-829.
 11. Rudwan MA y Khaftaji, S: CT of Cerebral Hydatid Disease. *Neuroradiology* 30: 496, 1988.
 12. Saiidi, P y Nazarian, I: Surgical Treatment of Hydatidic Cyst. *N Engl J Med* 248: 1346, 1971.
 13. Sharma, A y Abraham J: Multiple Giant Hydatid Cysts of the Brain. Case Report. *J Neurosurg* 57: 413, 1982.
 14. Sharma, SC y Ray, RC: Primary Hydatid Cyst of the Brain in an Adult: Report of a Case. *Neurosurgery* 23: 374, 1988.
 15. Verdura, J: Parasitic Diseases of the Central Nervous System. En: Youmans JR (ed): *Neurological Surgery*. W.B. Saunders Company. 1996, vol 5 pp 3255-3265.