

HIDATIDOSIS INTRACRANEAL

A. Rodríguez Loffredo, J.J. Gigliotti, M. Salvatore y D. Manzano López

Servicio de Neurocirugía, Hospital Francés, Buenos Aires

ABSTRACT

Hydatidosis is a rare disease. Some reports have showed that 300 new cases per year were detected in Argentina. The etiologic agents were the Echinococcus Granulosus and Techinococcus Multilocularis. In certain areas of the world is an endemic disease. In South America, Uruguay has the highest mortality rate (96/100.000); in Argentina the mortality rate is 2,7/100.000. Hydatidosis affects the brain in 1-3% of the cases; in the endemic areas it represents 2-3% of all the intracranial mass lesions. It may produce symptoms of intracranial hypertension, focal signs and/or seizures. The diagnosis can be done with specific laboratory tests, CAT and MRI. Surgery with Dowling's technique is the treatment of choice. In this study we show the pre and post operative images of a case that was operated in our service on December 1996

Key words: *Echinococcus granulosus, Intracranial Hydatidosis, MRI.*

Palabras clave: *Echinococcus granulosus, Hydatidosis intracranial, IRM.*

INTRODUCCIÓN

Los quistes hidatídicos intracraneales son una patología infrecuente, cuyo agente causal es el "Echinococcus Granulosus" y el "Echinococcus Multilocularis". Este agente tiene como huésped definitivo al perro, gato y zorro; y como huésped intermediario a los vacunos, ovinos, porcinos y roedores. Al hombre se lo considera un huésped accidental, el cual se contagia a través de aguas y verduras que están en contacto con perros y gatos infectados.

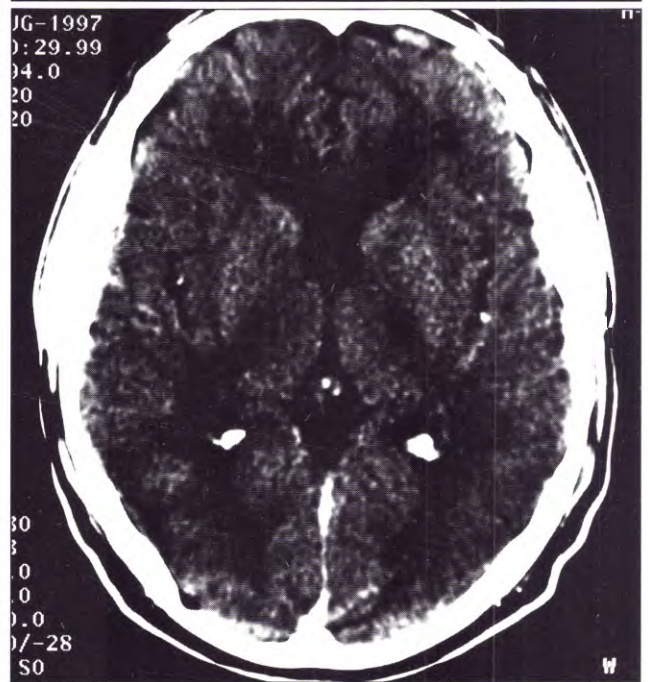
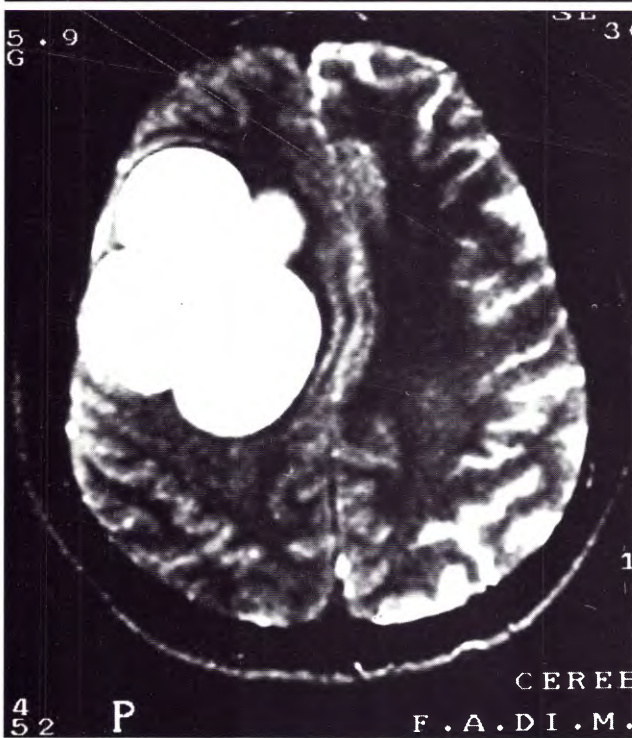
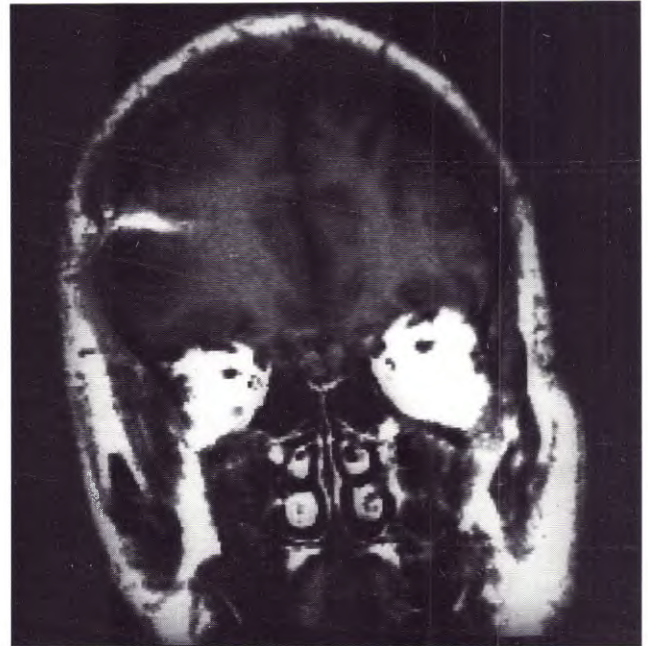
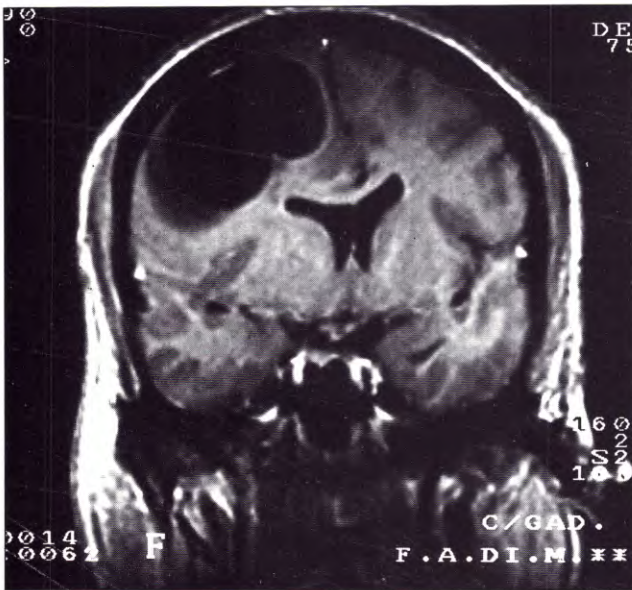
Existen en el mundo ciertas áreas endémicas que son las siguientes: América del Sur, Australia, Europa Central, Medio Oriente, India, Norte de Japón, Alaska y Siberia. En lo que se refiere a la Argentina, sus áreas endémicas se dividen en cinco regiones: Sudeste de Buenos Aires, La Pampa y Río Negro; Santiago del Estero, Córdoba, Catamarca, La Rioja, San Juan y San Luis; Mendoza, Neuquén, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego; Corrientes y Entre Ríos y Salta y Jujuy.

En nuestro país se detectan aproximadamente 300 casos nuevos por año, siendo más frecuente en el sexo masculino entre 20 y 40 años. En América del Sur, el país con más alta tasa de mortalidad, es el Uruguay con 9,6/100.000 habitantes, siendo esta tasa en Argentina de 2,7/100.000 habitantes.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RADIOLÓGICAS

Es una enfermedad que afecta fundamentalmente al hígado en un 75%, luego le sigue el pulmón 22%, riñón 3%, hueso 2%; la afectación cerebral comprende el 1 al 3%, conformando el 2,3 al 3,4% de las lesiones ocupantes intracraneales (en áreas endémicas).

La afección del SNC se manifiesta por: cefaleas, vómitos, alteraciones visuales (disminución de la agudeza visual, papiledema, atrofia óptica secundaria), déficit motor y/o sensitivo y síndrome de hipertensión endocraneana. En distintas series, se ha observado que en la distribución intracraneal hay un franco predominio por la afección de los lóbulos parietales (35%), seguido por los lóbulos frontales (11%) y por último los lóbulos occipi-



tales (5%). Además, las lesiones pueden ser únicas o múltiples e intradurales (intracerebrales) o extradurales (extracerebrales).

La sintomatología general puede estar dada por: febrícula, astenia, broncoespasmo y exantema urticariano. Presenta además un "síndrome biológico", que se manifiesta en los estudios de laboratorio por: a) aumento de la ERS; b) fijación del complemento (reacción de Weinberg) 40 al 70% son (+); c) reacción intracutánea de Casoni; d) Arco 5 (DD5); e) hemaglutinación indirecta y f) Western Blot.

En cuanto a las imágenes radiológicas, las mismas pueden revelar:

1. Rx: signo de la cascada o de Macewen.
2. TC: a) masa quística esférica; b) densidad similar al LCR, menos del 1% se calcifican; c) poco o sin edema perilesional ni refuerzo en anillo a menos que este infectado; d) generalmente provocan distorsión ventricular y desplazamiento de la línea media; e) en general es único y f) el ritmo de crecimiento es aproximadamente 1 a 5 cm. por año.
3. IRM: a) edema del quiste evidencia regional,

edema perilesional y b) puede mostrar (mejor que en la TC) un refuerzo en anillo (Figs. 1 a 4).

TRATAMIENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO

Cuando se diagnostica una masa intracra-neal con las características antes descriptas, el tratamiento de elección es el quirúrgico. Existe una técnica, ampliamente utilizada, la "Técnica de Dowling", que consiste en la disección del quiste con solución salina hipertónica. Con esta técnica se pueden extirpar los quistes sin romperse en aproximadamente un 63% de los casos y un 37% se rompen durante la cirugía. Sin ruptura quística se puede irrigar el lecho quirúrgico con solución salina hipertónica y además se puede realizar una inyección intraquística (para eliminar larvas residuales) con alguna de estas soluciones: a) formalina al 10%; b) nitrato de plata al 0,5%; c) peróxido de hidrógeno al 1% y d) solución iodada.

En cuanto a las complicaciones quirúrgicas observadas, son: a) colecciones subdurales; b) crisis convulsivas; c) shock anafiláctico (por volcado de fluido quístico); d) meningitis; e) recurrencia local; f) quiste porencefálico y g) múltiples recurrencias (quistes en el espacio epidural y en el diploe).

Luego del tratamiento quirúrgico, el tratamiento médico consiste en el uso aislado o combinado (de acuerdo a distintas series) de tres tipos de drogas, las cuales son: a) albendazol; b) mebendazol y c) prazicuantel. En algunas comunicaciones se ha utilizado el Interferón gamma, pero éste aún no es utilizado ampliamente.

Bibliografía

1. Canbolat A, Onal C, Kaya U y Coban T: Intracranial extradural hydatid cysts: report of three cases. **Surg. Neurol.** 41(3): 230-234, 1994
2. Coltorti E, Varela Diaz: Detection of antibodies against Echinococcus Granulosus are 5 antigens by double diffusion test. **Roy. Soc. Trop. Med. Hyg** 72. 1987.
3. Iacona A et al: Enzyme linked immunosorbent assay (ELISA) in the serodiagnosis of hydatid disease. **Am. J. Trop. Med. Hyg.** 1980.
4. Sanford: Guide to antimicrobial therapy. p. 91. Edición 1997.
5. Schmid M, Samonigg H, Stoger H, Sternthal MH, Wilders-Truschnig M y Reisinger EC: Use of interferon gamma and mebendazole to stop the progression of alveolar hydatid disease: case report. **Clin Infect Dis.** 20(6): 1543-1546, 1995
6. Topsakal C, Aydin Y y Sahin Y: Cerebral alveolar hydatidosis: case report. **Surg. Neurol.** 45(6): 575-581, 1996