

DERRAME Y GRANULOMATOSIS PLEURAL SECUNDARIOS A QUISTE HIDATÍDICO INTRAPLEURAL

Daniel Etxeberria*, Julio Oteiza*, Juan Manuel Casas*, Ivan Méndez*, Jerónimo Hernandez**, Fco Javier Jiménez***
*M Interna Complejo Hospitalario Navarra (CHN) de Pamplona. **M Interna Hospital Comarcal Bidasoa, ***Radiología CHN

OBJETIVO

Presentación de un caso muy infrecuente de derrame y granulomatosis pleural secundarios a un quiste hidatídico intrapleural

MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción del caso clínico de una paciente atendida en el Sº de Medicina Interna (MI) A del CHN

RESULTADOS

Se trata de una paciente de 51 años con antecedente de hidatidosis vertebral desde 1982, 9 intervenciones quirúrgicas de columna por dicho motivo, y paraplejía y pérdida sensitiva descendente desde metámeras dorsales secundaria. Sin clínica por la hidatidosis durante más de un año por lo que está en tratamiento de mantenimiento con Albendazol 400mg/12h, a meses alternos para prevenir la toxicidad hepática. Además lleva tratamiento con pregabalina, baclofeno y fentanilo por dolores de columna y extremidades.

Acude por cuadro de tos seca, distermia y dolor en costado derecho de 5 días de evolución con fiebre de 39°C el último día. En la radiografía de tórax se objetiva velamiento de todo el pulmón derecho por derrame pleural. El líquido pleural es un exudado con eosinofilia (leucocitos 9680/mm³, 65% de polinucleares con 11% de eosinófilos), con ADA normal y baciloscopia negativa. Los cultivos y citologías son negativos, así como el mantoux y los estudios de serología y autoinmunidad. El TAC toracoabdominal muestra un derrame pleural extenso, con un quiste hidatídico intrapleural en la base derecha (Fig. 1). Las vértebras dorsolumbares aparecen desestructuradas como secuela de los antecedentes de hidatidosis y cirugía. También presenta un quiste hidatídico no complicado de unos 4cm en el lóbulo izquierdo hepático, alejado de la pleura.

La paciente recibe levofloxacino durante una semana y no presenta fiebre durante el ingreso. Se coloca tubo de drenaje pleural y se administran fibrinolíticos, drenándose 1000ml durante 9 días. Además se pauta el tratamiento con albendazol. A pesar de los tratamientos persiste el derrame pleural en cuantía similar, por lo que finalmente la paciente es intervenida por Cirugía Torácica. En la intervención se constata loculación del derrame pleural y se requiere decorticación en varias zonas. En el estudio anatomopatológico de los fragmentos pleurales se constata inflamación crónica granulomatosa con células gigantes, epiteloides, macrófagos, linfocitos y focos con PMN y numerosos eosinófilos. En relación a los granulomas se observa la presencia de material necrótico y fragmentos de membranas del quiste hidatídico.

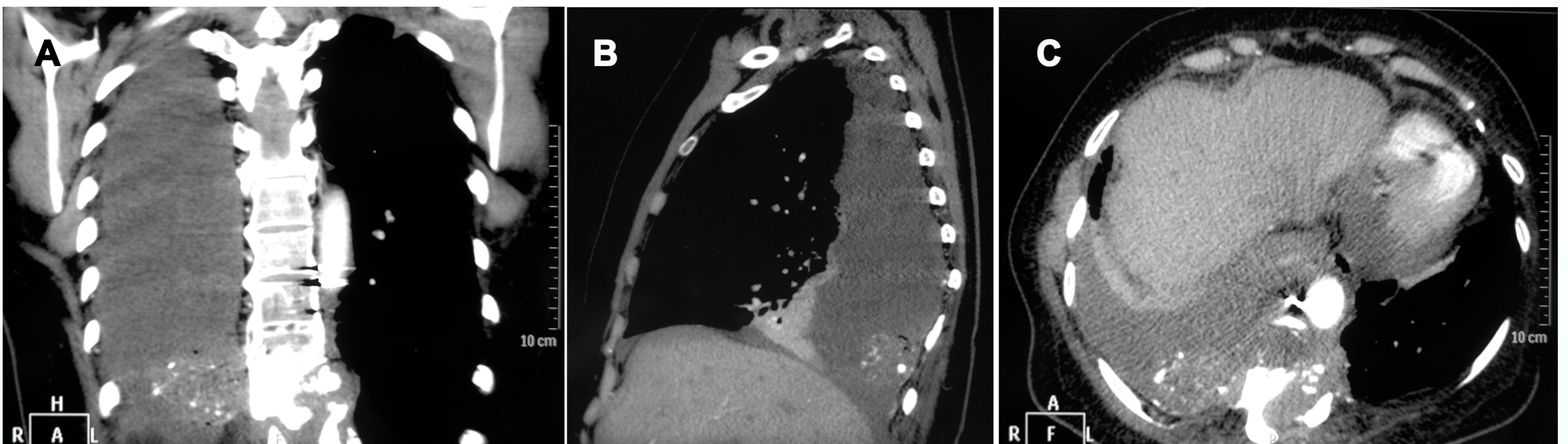


Fig. 1. **A** Imagen coronal que muestra el quiste hidatídico en la base pulmonar derecha adyacente a la 11ª vértebra dorsal, de aspecto irregular. **B** En el corte sagital se aprecia la extensión del derrame pleural. En la base y posterior vemos el quiste. **C** Corte axial con el quiste hidatídico y la vértebra dorsal desestructurada. Hay distorsión en las imágenes por dispositivos metálicos en las vértebras.

DISCUSIÓN

El derrame pleural eosinofílico (>10% eosinófilos en líquido pleural) es poco frecuente en la enfermedad hidatídica, y se suele producir por rotura de quistes hepáticos, pulmonares o mediastínicos. Es muy infrecuente que exista un quiste hidatídico intrapleural que origine el derrame pleural. Teniendo en cuenta los antecedentes de la paciente la principal sospecha es que este quiste se haya originado a partir de una diseminación desde vértebras adyacentes.

Cuando un quiste hidatídico se rompe dentro del espacio pleural con frecuencia se produce un cuadro agudo de dolor torácico, disnea e incluso reacción anafiláctica. Sin embargo nuestra paciente presentó un cuadro con poca sintomatología y evolución tórpida que permitió el desarrollo de una reacción inflamatoria granulomatosa en la pleura. Esta presentación pudo verse favorecida por la falta de sensibilidad a nivel de metámeras dorsales y porque la paciente llevaba tratamiento crónico con analgésicos y albendazol.

CONCLUSIÓN

- A pesar del correcto tratamiento médico y quirúrgico, un cuadro de hidatidosis diseminada con afectación vertebral es una enfermedad de muy difícil resolución y puede recidivar a lo largo de los años.
- Ante un caso de derrame pleural en un paciente con el antecedente de hidatidosis vertebral hay que considerar la posibilidad de proliferación de quistes a nivel intrapleural.
- La hidatidosis intrapleural puede originar una inflamación granulomatosa de la pleura que haga necesario el tratamiento quirúrgico.