

# Quiste hidatídico cerebral en niños en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. A propósito de un caso.

Cerebral hydatide cyst in children at the Hospital Nacional Cayetano Heredia. A case report.

AGUIRRE Ildauro, NORIEGA Pedro, GUILLEN Daniel, PORTURAS Daniel, CAMPOS Patricia, ALVA Marcos, FUENTES DAVILA Alfredo, ALABA Wesley.

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad por *Echinococcus granulosus* en el sistema nervioso central es de ocurrencia inusual, siendo las localizaciones hepáticas y pulmonar las más frecuentes.

Presentamos la siguiente revisión a propósito del único caso infantil con compromiso neurológico diagnosticado en nuestro hospital.

## Caso Clínico

En enero de 1993, en el Servicio de Pediatría se atendió a una niña de 12 años de edad, natural y procedente de Paracaos (Sierra de Lima), con una enfermedad de 7 meses de evolución caracterizada por cefalea global de grado leve, a partir del quinto mes, esta molestia se intensifica añadiéndose pérdida progresiva de la fuerza en el hemicuerpo derecho, y en los últimos quince días de enfermedad, vómitos. Al examen se le encontró indiferente, orientada, con hemiparesia derecha, cráneo timpánico, papiledema bilateral y anisocoria. Se procedió a corregir la hipertensión endocraneana y se realizó tomografía axial computarizada de cerebro (TAC) y ecografía abdominal diagnosticándose hidatidosis cerebral y hepática respectivamente. En la TAC se evidenció una tumoración única, quística, esférica, gigante, con escasa reacción inflamatoria en la región parieto occipital izquierda ([Figura N°1](#)). Así se inició el tratamiento con albendazol. Al séptimo día se realizó la craneotomía con extirpación del quiste por la técnica de Dowling y Orlando (parto del quiste), sin complicaciones; se encontró un quiste de 9x6x7cms. Con escólices viables en su interior ([Figura N°2](#)); en el cuarto día post operatorio la paciente presentó crisis parcial compleja que se trató con carbamazepina. El arco V y el Western Blot fueron negativos.

Al cuarto mes de evolución se realizó la extirpación del quiste hepático de similares dimensiones, habiendo recibido un mes de tratamiento con albendazol. En la actualidad la paciente está asintomática (sin secuelas motoras ni de funciones superiores) y continúa con su tratamiento anticonvulsivante.

## **DISCUSIÓN**

La equinococosis es una enfermedad de distribución mundial y se ha reportado mayor incidencia en países como Australia, Nueva Zelanda, Argentina, Alaska y España (1). El compromiso del sistema nervioso es raro (0.2 a 2.2%), sin embargo cuando ocurre es más frecuente en niños (50 a 75%) (1) (2).

La mayoría de los quistes hidatídicos en el encéfalo se encuentran como lesiones únicas, subcorticales grandes esféricas ú ovales, son de crecimiento lento y con escasa reacción inflamatoria circundante lo que permite tamaños gigantescos (1).

Con menor frecuencia las lesiones son múltiples y en estos casos pueden ser secundarias a embolización por ruptura de quiste intracardíaco (1) (3), accidentes quirúrgicos (2, 4, 5, 6), muy raramente primarios (7). Se describe que la localización más común es la parieto occipital (1), sin embargo se ha encontrado quistes en todos los lóbulos cerebrales, ventrículos, cerebelo y médula (1) (8). Asimismo casi siempre que hay compromiso en el sistema nervioso se encuentran quistes en otros órganos (1) (7).

Como en el caso que motiva la revisión, el antecedente epidemiológico asociado a una evolución crónica de signos focales e hipertensión endocraneana, deben hacer sospechar el diagnóstico de quiste hidatídico cerebral, que de no recibir atención adecuada conducirá invariablemente a la muerte (2, 5, 6, 9). Actualmente el diagnóstico no reviste mayor dificultad con el uso de la TAC cerebral, no siendo necesaria la Resonancia Magnética Nuclear, ya que la imagen es muy sugestiva. En los casos de quistes múltiples se describe menor tamaño del quiste y mayor área de edema (4, 10). Las pruebas inmunológicas (Western Blot y arco V) pueden dar falsos negativos cuando las paredes del quiste están intactas. En el diagnóstico diferencial debe considerarse al cisticerco gigante y el astrocitoma quístico (1).

El tratamiento quirúrgico es el de elección; por algún tiempo se recomendó la punción del quiste previa a su extirpación, sin embargo para todos está claro que la técnica ad hoc es la de Dowling y Orlando (parto del quiste) que consiste en hacer la extracción intacta del quiste para evitar resiembras; a pesar de ello se reporta de 30 a 40% de rupturas accidentales y hasta el 10% de recurrencias que requieren nueva cirugía (5, 6, 9). En la literatura se ha definido el éxito del tratamiento médico con albendazol para la equinococosis, no teniendo los mismos resultados cuando hay compromiso nervioso (11, 12, 13); en el caso que se presenta aunque se demostró la viabilidad de los escólices, esto no permite sacar conclusiones generales.

En recientes publicaciones se ha señalado 28% de secuelas.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Bell We, Mac Cormick WF. Infecciones neurológicas en el niño. Ed. Salvat, 2 ED. 1987.
2. Jimenez-Mejías ME, et al. Cerebral hidatidosis: Análisis of series of 23 cases. MedChin (Barc). 1991; 97 (4): 125-33.

3. Byard RW, Bourne AJ. Cardiac echinococcosis with fatal intracerebral embolism. *Arch Dis Child* 1991; 66(1): 155-6.
4. Demir, et al. Cerebral hydatid cysts: CT findings. *Neuroradiology*. 1991; 33(1): 24-4.
5. Krajejewski R, Stelmasiak Z. Cerebral hydatid cysts in children. *Child-Nerv-Syst*. 1991; 7(3):154-5.
6. Hamdi A, et al. Hydatid cysts of the brain. A propos of series of 14 cases. *Ann Chir* 1990; 44(3): 226-30.
7. Cataltepe O, et al. Unusual presentation of cerebral hydatid disease in children. *Br J Neurosurg Rev* 1991; 14 (3): 231-4.
8. Copley IB, et al. Unusual presentation of cerebral hydatid disease in children. *Br J Neurosurg* 1992; 6(3): 203-10.
9. Lunardi P, et al. Cerebral hydatidosis in childhood: a retrospective survey with emphasis on long term follow-up.
10. Nurchi G, et al. Multiple cerebral hydatid disease case report with magnetic resonance imaging study. *Neurosurgery* 1992; 30(3): 436-8.
11. Horton RJ. Chemotherapy of Echinococcus infection in man with albendazole. *T. Roy Soc Trop Med H.* 1989; 83:97-102.
12. Saimot Ag. Et al. Albendazole as a potential treatment for human hydatidosis. *Lancet*, 1983; Sep 17 p 652-2.
13. Todorov T. Albendazole treatment of human cystic echinococcosis. *T Roy Soc Med H.* 1988; 82:453-459.