

# QUISTE HIDATÍDICO CEREBRAL EN NIÑOS EN EL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA

## A PROPÓSITO DE UN CASO

DANIEL GUILLÉN, PATRICIA CAMPOS, ILDAURO AGUIRRE, DANIEL PORTURAS, PEDRO NORIEGA, MARCOS ALVA, ALFREDO FUENTES-DÁVILA, WESLEY ALABA

---

**RESUMÉN** - Se presenta el caso de una niña de 12 años de edad con siete meses de evolución de signos focales e hipertensión endocraneana progresiva. Con ayuda de la TAC se diagnosticó tumoración quística gigante compatible a hidatidosis cerebral. Se realizó craneotomía y extirpación del quiste sin complicaciones. La hidatidosis cerebral es rara, su diagnóstico es clínico-tomográfico y el tratamiento siempre es quirúrgico.

**PALAVRAS-LLAVE:** hidatidosis, cerebro, niños, hipertensión endocraneana, tumor quístico.

### **Cerebral hydatidosis in children in Cayetano Heredia Hospital (Lima, Peru): case report**

**SUMMARY** - Case report of a 12 years old female child who developed in the last seven months focal neurological signs and progressive intracranial hypertension. CT scan showed a giant cystic tumor, and cerebral hydatidosis has been diagnosed. The hydatid cyst was surgically removed without complications. Cerebral hydatidosis is rare, its diagnosis is clinical and tomographic, and the treatment is always surgical.

**KEY WORDS:** hydatidosis, brain, children, intracranial hypertension, cystic tumor.

---

La enfermedad por *Echinococcus granulosus* en el sistema nervioso central es de ocurrencia inusual, siendo las localizaciones hepática y pulmonar las más frecuentes. Presentamos la siguiente revisión a propósito del único caso infantil con compromiso neurológico diagnosticado en nuestro hospital.

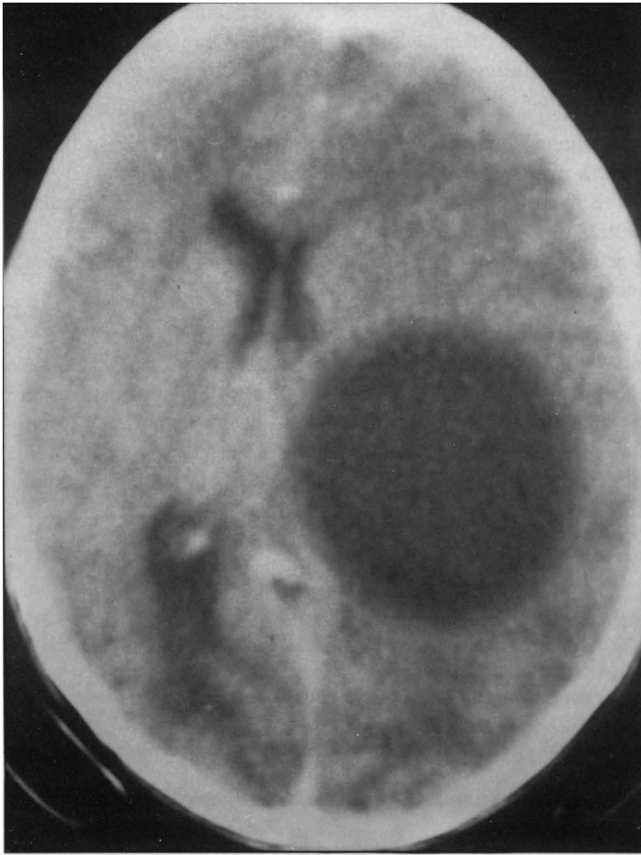
### **CASO**

En enero-1993, en el Servicio de Pediatría se atendió JMS, una niña de 12 años de edad, natural y procedente de Pacaraos (sierra de Lima), con una enfermedad de siete 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 (D), y en los últimos quince días de enfermedad se presentó vómitos. Al examen se le encontró indiferente, orientada, con hemiparesia D, signos de frontalización, hiperreflexia D, 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 parietooccipital izquierda (Fig 1). Así se inició 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 9x6x7 cm con escólices viables en su interior. En el cuarto día postoperatorio

---

Servicios de Pediatría y Neurocirugía, Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú. Aceite: 8-otubro-1993.

Dra. Patricia Campos - Avenida 2 de Mayo 649, San Isidro - Lima - Peru.



*Fig 1. Paciente JMS. TAC: tumoración única, quística, esférica, gigante, con escasa reacción inflamatoria en la región parietooccipital izquierda.*

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. A la actualidad la paciente esta asintomática (sin secuelas motoras ni de funciones superiores) y continua con su tratamiento anticonvulsivante.

### COMENTARIOS

La echinococosis es una enfermedad de distribución mundial, y se ha reportado mayor incidencia en países como Australia, Nueva Zelanda, Argentina, Alaska y España<sup>1</sup>. La afectación del sistema nervioso es rara (0.2 a 2.2%), sin embargo cuando ocurre es más frecuente en niños (50 a 75%)<sup>1,6</sup>.

La mayoría de los quistes hidatídicos en el encéfalo se encuentran como lesiones únicas, subcorticales, grandes, esféricas ú ovals, son de crecimiento lento y con escasa reacción inflamatoria circundante lo que permite tamaños gigantes<sup>1</sup>. Con menor frecuencia las lesiones son múltiples y en estos casos pueden ser secundarias a embolización por ruptura de quiste intracardiaco<sup>1,2</sup>, accidentes quirúrgicos<sup>5-7,9</sup>, muy raro primarios<sup>4</sup>. Se describe que la localización más comun es la parietooccipital<sup>1</sup>, sin embargo se ha encontrado quistes en todos los lóbulos cerebrales, ventrículos, cerebelo y médula<sup>1,3</sup>. Asimismo casi siempre que hay compromiso en el sistema nervioso se encuentran quistes en otros órganos<sup>1,14</sup>.

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<sup>6,7,9,11</sup>.

Actualmente el diagnóstico no reviste mayor dificultad con el uso de la TAC, no siendo necesario la resonancia magnética, ya que la imagen es muy sugestiva. En los casos de quiste múltiples se describe menor tamaño de los quistes y mayor área de edema<sup>5,12</sup>. Las pruebas inmunológicas (Western blot y arco V) pueden dar falsos negativos en los casos en que las paredes del quiste están intactas. En el diagnóstico diferencial debe considerarse al cisticerco gigante y el astrocitoma quístico<sup>1</sup>.

Por último, en relación al tratamiento, el quirúrgico es el de elección. Por algún tiempo se recomendó la punción del quiste previa a su extirpación. Sin embargo existe consenso 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 lo cual se reporta de 30 a 40% de rupturas accidentales y hasta el 10% de recurrencias que requieren nueva cirugía<sup>7,9,11</sup>. La literatura es amplia al describir el éxito del tratamiento médico con albendazol para la equinococosis, no encontrándose los mismos resultados cuando hay compromiso del sistema nervioso<sup>10,13,15</sup>. En recientes publicaciones se ha señalado 28% de secuelas<sup>9</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Bell WE, Mac Cormick WF. Infecciones neurológicas en el niño. Ed 2. Barcelona: Salvat, 1987.
2. Byard RW, Bournc AJ. Cardiac echinococcosis with fatal intracerebral embolism. Arch Dis Child 1991, 66: 155-156.
3. Copley IB, Fripp PJ, Erasmus AM, Otto DD. Unusual presentations of cerebral hydatid disease in children. Br J Neurosurg 1992, 6: 203-210.
4. Cataltepe O, Tahta K, Colak A, Erbeni A. Primary multiple cerebral hydatid cysts. Neurosurg Rev 1991, 14: 231-234.
5. Demir K, Karli AF, Kaya T, Devrinri E, Alkan K. Cerebral hydatid cysts: CT findings. Neuroradiology 1991, 33(1): 22-4.
6. Jimenez-Mejias ME, Castilho-Ojeda E, Cuello Contreras JA, Garcia Gutierrez D, Romero Arce J, Pachon Diaz J. Cerebral hydatidosis: analysis of a series of 23 cases. Med Clin (Barc) 1991, 97: 125-133.
7. Krajejewski R, Stelmasiak Z. Cerebral hydatid cysts in children. Child Nerv Syst 1991, 7: 154-155.
8. Khamlihi A, El Ruahabi A, Amrani F, Assanti D. Development of intracranial hydatid cyst evaluated with x ray computed tomography: a case report. Neurochirurgie 1990, 36: 312-314.
9. Hamdi A, Ayachi R, Gargouri R, Mourad A. Hydatid cysts of the brain; a propos of a series of 14 cases. Ann Chir 1990, 44: 226-230.
10. Horton RJ. Chemotherapy of echinococcus infection in man with albendazole. Trans R Soc Trop Med Hyg 1989, 83: 97-102.
11. Lunardi P, Missori P, Di Lorenzo N, Fortuna A. Cerebral hydatidosis in childhood: a retrospective survey with emphasis on long term follow-up. Neurosurgery 1991, 29: 515-517.
12. Nurchi G, Floris F, Montaldo C, Mastio F, Peltz T, Coraddu M. Multiple cerebral hydatid disease: case report with magnetic resonance imaging study. Neurosurgery 1992, 30: 436-438.
13. Saimot AG, Cremeux AC, Hay JM, Meulermans A, Giovanangeli MD. Albendazole as a potencial treatment for human hydatidosis. Lancet 1983, 2: 652-656.
14. Shants P. Localización de la hidatidosis en el sistema nervioso central. Bol of Sanit Pan Amer 1972, 198-201.
15. Todorov T. Albendazole treatment of human cystic echinococcosis. Trans R Soc Trop Med Hyg 1988, 82: 453-459.