

## HIDATIDOSIS HUMANA EN EL ORIENTE ECUATORIANO: INFORME DE LOS PRIMEROS DOS CASOS

Dr. RONALD GUDERIAN H.<sup>1</sup>; Dr. KEVIN R. KERRIGAN,<sup>2</sup>;  
Dra. MARTHA E. CHICO H.<sup>3</sup>; Dr. ANGEL GUEVARA E.<sup>1</sup>  
Dr. GALO HIDALGO B.<sup>1</sup>

1.- *Departamentos de Investigaciones Clínicas y Patología – Hospital Vozandes, Quito.* 2.- *Departamento de Cirugía, Hospital Vozandes del Oriente Shell, Provincia de Pastaza.* 3.- *Unidad de Inmunología, Instituto de Investigaciones, Universidad Central, Quito, Ecuador.*

### RESUMEN:

Se informan dos casos de hidatidosis humana, en pacientes procedentes del Oriente; la localización de los quistes, en el primer caso fue hepática–mesentérica y en el segundo caso hepática. Los casos descritos, se constituyen en los primeros de hidatidosis humana informados desde el Oriente; con ellos, alcanza a 11 la cifra de casos comunicados en el país. Finalmente, se sugiere estudios epidemiológicos complementarios para establecer programas de control adecuados. (Revista F.C.M. 13 (3-4): 36 , 1988)

### INTRODUCCION:

La hidatidosis es una enfermedad ciclo–zoonótica, causada por infección de la fase larvaria (quiste hidatídico) de un cestodo perteneciente a la familia taeniidae género Echinococcus(1). El género Echinococcus comprende cuatro especies que pueden causar la enfermedad: E. granulosus, E. multilocularis, E. oligarthus y E. vogeli (2). La enfermedad se halla en muchos sitios del mundo, principalmente donde existen perros como animales domésticos o son utilizados para reunir el ganado (3). Desde 1926 se han detectado casos de hidatidosis humana autónoma en el Ecuador; desde entonces, se han reportado un total de 9 casos (4,5). Curiosamente, los casos informados fueron localizados principalmente en la sierra (provincias de Pichincha y Azuay) y en la costa (provincias de El Oro, Guayas, Manabí y Esmeraldas) (5,6). No existen informes de la presencia de hidatidosis humana en la Región Oriental Ecuatoriana. En

este informe se presentan dos casos de hidatidosis humana en las provincias orientales de Morona Santiago y Pastaza.

### PRESENTACION DE LOS CASOS

#### Caso No. 1.

Paciente indígena, raza Shuar, sexo masculino, 20 años de edad, procedente de la comunidad Taisha, provincia de Morona Santiago, referido al Hospital Vozandes del Oriente en Shell, provincia de Pastaza con los siguientes problemas: desnutrición severa, anorexia, dolor abdominal intenso a nivel del cuadrante superior derecho desde hace 4 meses y malestar general.

Examen físico: hombre joven con apariencia de estar muy enfermo, caquéctico con una masa epigástrica palpable (6-8cm), rígida y no dolorosa.

Examen radiológico: Se realiza serie ra-

diológica gástrica y presenta una imagen que semeja a un divertículo gástrico desde la curvatura menor del estómago.

Intervención quirúrgica: La masa palpable era un agrandamiento del segmento medio del lóbulo hepático derecho, adherido firmemente a la curvatura menor del estómago. Después de liberar el estómago, se encontró en el lóbulo derecho una gran cavidad (del tamaño de una pelota), llena de alimentos, e intercomunicada directamente con el estómago mediante una apertura más grande, consistente con un divertículo gástrico. En una inspección adicional, se encontraron y extirparon varias masas blancas grandes del mesenterio (ganglios) del yeyuno para estudios histopatológicos.

Examen histopatológico: Macroscópicamente se trata una masa de 4.5 cm. de diámetro mayor, superficie externa algo desflecada e irregular que viene rota, abierta en un lado, mostrando su constitución quística, con cavidad multiloculada, conteniendo material gelatinoso amarillento, (figura 1). El examen en fresco del material gelatinoso muestra numerosos escolex.

Microscópicamente se trata de un quiste hidatídico: se ve por fuera algo de tejido linfoide, luego una capa de tejido fibroso, luego la limitante externa del quiste, su interna, las yemas abortivas en el interior, numerosos escolex con su aparato succionador y la doble hilera de ganchos (Figura 2). Diagnóstico: quiste hidatídico (*Echinococcus granulosus*) de ganglio mesentérico. Tratamiento: El paciente fue tratado con albendazol y presentó una notable recuperación.

En conclusión, se cree que el paciente tuvo un quiste hidatídico solitario del hígado que se desgastó dentro del estómago, vertiendo el contenido al tracto intestinal. El escolex liberado invadió los ganglios linfáticos del yeyuno y desarrolló un quiste hidatídico mesentérico.

#### Caso No. 2

Paciente indígena, raza Quechua, sexo femenino, 40 años de edad, procede de la comunidad Shell, provincia de Pastaza. Acudió

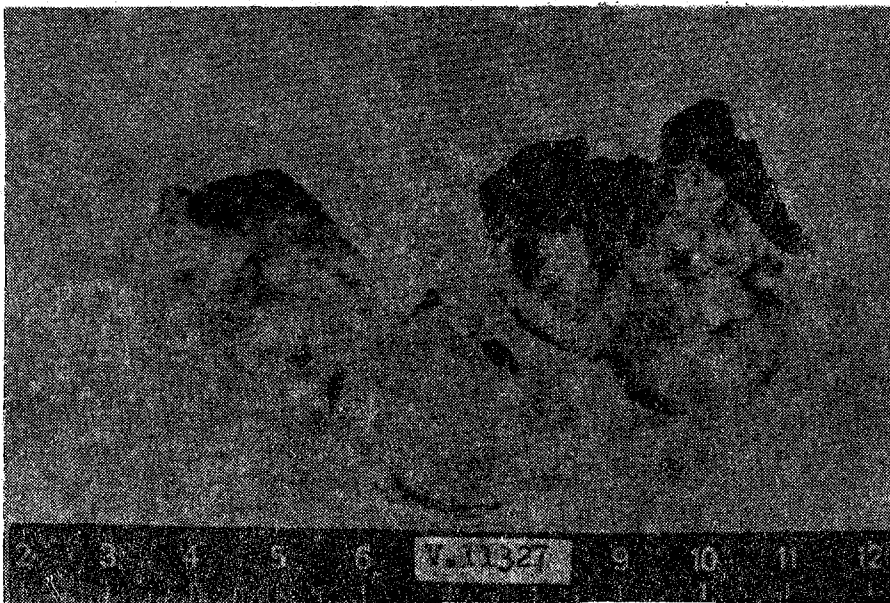


Figura 1.— Aspecto macroscópico del quiste hidatídico ganglionar, correspondiente al paciente Shuar, provincia de Morona Santiago: nótese una cápsula fibrosa superficial y el contenido gelatinoso translúcido (Dr. G. Hidalgo B.)



Figura 2.— *Características microscópicas del quiste hidatídico correspondiente al mismo paciente. Se destacan las vesículas hijas con los escolex y doble hilera de ganchos (Dr. G. Hidalgo B.).*

a la consulta externa del Hospital Vozandes del Oriente con dolor abdominal epigástrico, vómito con sangre por tiempo desconocido.

Examen físico: se detecta la presencia de una masa abdominal nodular a nivel del cuadrante superior derecho asociada con el hígado.

Intervención quirúrgica: Hígado grande con múltiples quistes de 2-3 cm. de diámetro en todos los lóbulos hepáticos. También se encontraron evidencias clínicas de hipertensión portal. Se extirpó un quiste para estudios histopatológicos. Los resultados confirmaron el diagnóstico de hidatidosis. Tres meses después de la cirugía el paciente fallece por hemorragia masiva debida a várices esofágicas. Se estableció un diagnóstico final de múltiples quistes hidatídicos hepáticos, cirrosis y várices esofágicas.

#### DISCUSION:

Con los dos casos reportados desde el

Oriente, se eleva a 11 el número de casos de hidatidosis humana informados en el Ecuador (Tabla 1); de esta manera, la enfermedad se encuentra ahora en todas las zonas geográficas continentales del país Costa, Sierra y Oriente (Figura 3). Esto nos indicaría que el parásito se halla en todo el país, aunque permanece desconocido si el huésped definitivo es diferente para cada región geográfica, y si los animales domésticos, salvajes o semisalvajes actúan como huéspedes intermediarios. Probablemente, los animales domésticos tienen importante función en la propagación de la enfermedad en el Ecuador. Estudios realizados por Mateus (4) demuestran que la prevalencia de quistes hidatídicos en animales domésticos, en 6 comunidades costeras y andinas, varía de la siguiente manera: porcinos 0.1 a 5.1 o/o, ovinos 0.1 a 3.5o/o y bovinos 0.1 a 11.8 o/o; por la costumbre de los perros de comer vísceras disgregadas que contienen quistes hidatídicos, la prevalencia de la

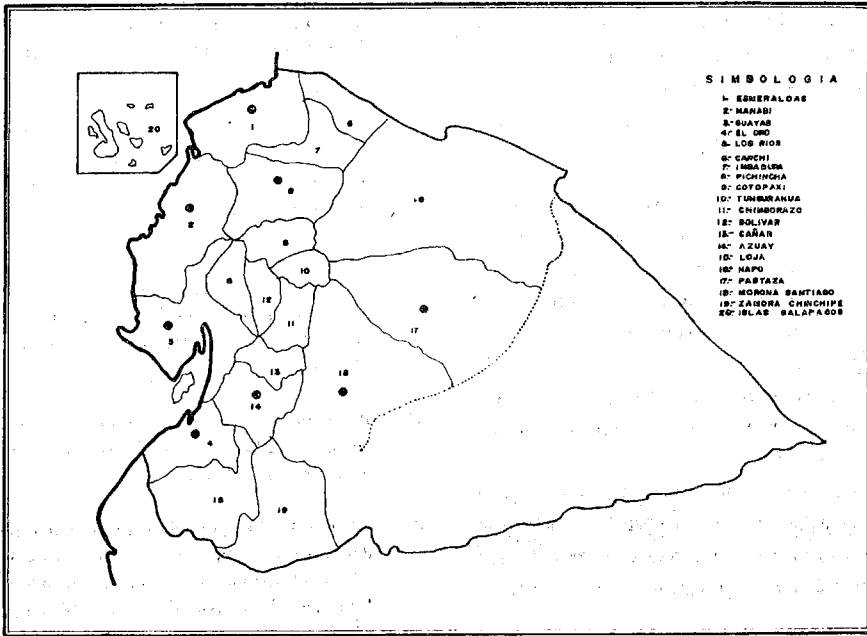


Figura 3.— Distribución geográfica de los casos reportados de hidatidosis en el Ecuador. Las 20 provincias están numeradas. Se indica con un grueso punto negro la localización de los 9 casos autóctonos.

Año	Procedencia	Localización del Quiste
<b>Casos Importados</b>		
1916	Alemania	? ( 7 )
1956	Líbano	Hepática ( 7 )
<b>Casos Autóctonos</b>		
1926	Prov. de Pichincha	Hepática ( 8 )
1954	Prov. de Pichincha	? ( 9 )
1959	Prov. de Azuay	Hepática ( 9 )
1965	Prov. de Guayas	Hepática (10)
1968	Prov. de Manabí	Hepática (11)
1976	Prov. de Esmeraldas	Mesenterio ( 6 )
1985	Prov. de El Oro	Pulmonar ( 5 )
1988	Prov. de Morona S.	Hepática-Mesenterio
1988	Prov. de Pastaza	Hepática (múltiple)

Tabla 1.— Casos de hidatidosis humana informados en el Ecuador hasta 1988

enfermedad puede aumentar.

La fuente de infección de los dos casos descritos en el Oriente se desconoce, existe escaso ganado vacuno y probablemente la infección fue adquirida de animales salvajes lo cual necesita ser investigado.

La mayoría de los quistes de los casos detectados en el Ecuador se localizaron en el hígado, lo que coincide con lo que está reportado en otros países del mundo en donde más de 50 o/o de hidatidosis humana se encontraron en el hígado (3).

Informes recientes de Italia, Perú, Chile y Canadá indicaron una alta prevalencia de hidatosis pulmonar (3).

Como ya lo mencionan Mateus y Lazo (4,6), es necesario realizar un estudio epidemiológico de la infección zoonótica y humana, para establecer un adecuado programa de control.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.— Schmidt, G.D.; Roberts, L.S. **Foundations of Parasitology**. 2da. Edición. C.V. Mosby Company, 1981, p. 378-386.
- 2.— Beaver, P.C.; Jung, R.C.; Cupp, E.W. **Clinical Parasitology**. Novena Edición, Lea & Febiger, Philadelphia, 1984, p. 527-538.
- 3.— Strickland, G.F. **Hunter's Tropical Medicine** Sexta Edición. W.B. Saunders Co, 1984, p. 771-774.
- 4.— Mateus, V.G.; Farias, R.D. Estado actual de la hidatidosis en el Ecuador. **Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical**. 31(1): 77-86, 1978.
- 5.— González, A.H.; Neira, P.O.; Pinos, N.G. Quistes hidatídicos (A propósito de un caso). En resúmenes: VII Congreso Latinoamericano de Parasitología (FLAP), III Congreso Ecuatoriano de Medicina Tropical y Parasitología, 1985, p. 231
- 6.— Lazo, S.R. "Hidatidosis: Exposición Médico Humana" Primer Seminario de Zoonosis. **Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical**. 30(3): 305-313, 1977.
- 7.— Rodríguez M., J.D. **Lecciones de Parasitología Humana**. 2da. Edición. Universidad de Guayaquil, Ecuador, 1956.
- 8.— Merino M. Investigación de la Incidencia de Hidatidosis y Cisticercosis en animales de carnicería del Matadero Municipal de Quito. Tesis Doctoral. Universidad Central, Quito, Ecuador, 1961.
- 9.— Bruno, J.M. Hidatidosis en el Ecuador. **Revista Ecuatoriana de Higiene & Medicina Tropical**. 23(3): 259-266, 1966.
- 10.— Zerega, F. Hidatidosis Alveolar. **Revista Ecuatoriana de Higiene & Medicina Tropical**. 22(2): 115-117, 1965.
- 11.— Esteves, E.; Rodríguez, J.D.; Leone G. Hidatidosis hepática: Exéresis de quiste hidatídico unilocular en un paciente autóctono de Guayaquil. **Memorias de X Jornada Médica. PAMA**, 1968, p. 179.