

Tránsito hepatotorácico pleural

Sr. Director: La hidatidosis pleural secundaria es una complicación de la hidatidosis hepática o pulmonar¹⁻². Su presentación clínica puede ser florida o insidiosa³⁻⁴; de cualquier forma constituye una circunstancia poco habitual, por lo que presentamos este caso.

Paciente de 93 años diagnosticado cinco décadas antes de hidatidosis hepática con intento fallido de drenaje quirúrgico, que posteriormente quedó asintomático. En el último año fue ingresado en otro hospital por dolor torácico derecho que se interpretó como dolor parietal. Se observó la existencia de elevación diafragmática derecha, y no se había constatado traumatismo previo. En relación con un episodio de náuseas, cefalea transitoria y alteración de la prueba dedonariz, visitó el servicio de neurología donde se diagnosticó de probable ACV cerebeloso (TAC craneal normal). Posteriormente por presentar fiebre de 3 semanas principalmente vespertina y escasa tos con expectoración blanquecina, fue tratado domiciliariamente con amoxicilina con lo que en principio cedió la fiebre, pero por reaparecer la misma y deterioro progresivo del estado general acudió al hospital.

La exploración clínica evidenciaba hipertermia (38 °C), taquipnea ligera, destacando en el tórax, matidez, disminución de las vibraciones y del murmullo vesicular en base de hemitórax derecho. Analíticamente se objetivó leucocitosis con desviación izquierda sin eosinofilia y gasometría arterial normal para su edad. En radiografía de tórax se constataba la elevación de diafragma ya mencionada, cuya mitad externa hacía silueta con imagen compatible con derrame pleural, no existiendo en el ingreso anterior. Radiografía de abdomen donde se observaba un borde hepático inferior circular en consonancia con la hidatidosis ya conocida.

Sin sospechar relación entre la enfermedad pleural y la afección infradiafragmática, se practicó toracocentesis diagnóstica con control ecográfico, tras intento previo a ciegas fallido, y se obtuvo líquido claro como agua de roca cuyas características eran: proteínas ausencia glucosa 0,1 g/l; LDH, 8 U/l; leucocitos ausencia; GR 20/mm; ausencia de fibrina. No disponemos de otros datos de laboratorio. El estudio anatomopatológico del líquido no evidenció elementos celulares, membranas ni otros restos parasitarios. En la ecografía se nos confirmaba la existencia del quiste hidatídico y su posible rotura en la cavidad torácica. Se practicaron TAC toracoabdominal y RM que se informaron como hidatidosis hepática con alteraciones en la porción superior a su cápsula y derrame

pleural con imágenes nodulares indicativas de vesículas hijas (figs. 1a y b).

El paciente evolucionó bajo tratamiento antibiótico o coincidiendo con el mismo a la normotermia, mejoró su estado general, decidiéndose una actitud expectante.

Queremos reseñar que la obtención de líquido pleural como agua de roca nos debe sugerir hidatidosis pleural a pesar de que por sus características, escasez o ausencia de proteínas y LDH baja⁵⁻⁶ pudiera encuadrarse dentro de los exudados pleurales.

M.R. Robles, E. Cintora
y J.M. Merino***

Secciones de Aparto Respiratorio
y * Medicina Interna. Servicio de Medicina.

** Servicio de Radiodiagnóstico.
Hospital Civil. Bilbao.



Figs. 1 y 2. Quiste hidatídico hepático. Derrame pleural con vesículas hijas.



1. Avellanosa P et al. Tránsitos hepatotorácicos. III Reunión Nacional de la Asociación Española de Hidatología 1982; 187-191.
2. Marcial MA, Marcial Rojas RA. Parasitic Diseases of the liver. En: Schiff L, Schiff RE, eds. Diseases of the Liver. Filadelfia, JB Lippincott Company, 1987; 1.186-1.188.
3. García-Sancho Martín L. Hidatidosis pulmonar. En: Durán Sacristán et al, eds. Tratado de patología y clínica quirúrgica (I). Buenos Aires, Interamericana, 1983; 1:973.
4. Pedro Pons A, Parasitosis e infecciones del hígado. Patología y clínica médicas (I) Barcelona, Ed. Salvat 1978; 811.
5. Pérez Gallardo M. Epidemiología (hidatidosis pulmonar). PAR 1984; 18:13-23.
6. Magldi P. Cuerpos extraños y parásitos. En: Hoss W, ed. Enfermedad de las vías biliares y del páncreas. Madrid, ed. Científico-Médica, 1980; 114-115.