

Tratamiento de la hidatidosis

Dr. Héctor Freilij*

Tradicionalmente la hidatidosis fue considerada como una enfermedad cuyo único tratamiento era la cirugía tradicional, con un grado variable de mortalidad, morbilidad y recurrencia. Desde hace dos décadas se han implementado nuevas formas de tratamiento con excelentes resultados para el paciente y con menor costo: los parasiticidas orales y una técnica mínimamente invasiva denominada PAIR.

En sus comienzos, los benzimidazólicos se emplearon en pacientes inoperables por tener múltiples quistes o alguna enfermedad con alto riesgo quirúrgico o bien aquéllos estaban ubicados en sitios difícilmente abordables. Los primeros ensayos fueron con mebendazol en 1970 y once años más tarde se incorporó el albendazol (ABZ), que demostró ser más eficaz que el primero.

El ABZ fue desarrollado para el tratamiento de helmintiasis en animales y en 1978 se empleó para igual fin en el ser humano. Actualmente hay muchas experiencias en distintos países que han utilizado esta droga como único tratamiento de la hidatidosis. El análisis de los resultados están en un trabajo de R. Horton, quien realizó una excelente recopilación de numerosas publicaciones, incluyendo 3.760 pacientes tratados con ABZ.¹ La respuesta al tratamiento se basó en las modificaciones de las imágenes de los quistes a lo largo del tiempo. Se tomó en cuenta la clasificación en seis tipos ecográficos descritos por Gharbi, dado que existe una cierta correlación entre la característica del quiste y la viabilidad de su contenido.

En base a los cambios ecográficos producidos luego de la medicación, a los pacientes se los definió como: a) curado, desaparición de toda imagen; b)

mejorado, los quistes se modifican hacia estadios no viables, c) sin cambios, d) empeoramiento, crecimiento del quiste.

Las conclusiones más relevantes de este importante trabajo fueron:

- En los pacientes infectados no se observó diferencia entre los sexos.
- La media de los pacientes tratados fue de 46 años de edad (rango 6-86).
- Localización de los quistes, evaluados en porcentaje decreciente: hígado, pulmón, peritoneo, otros.
- Respuesta al tratamiento (porcentaje aproximado): curados 30, mejorados 46, sin cambios 22, empeorados 2.

Esto demostró que aproximadamente el 76% de los pacientes se benefició con este parasiticida. Al analizar la respuesta frente a distintos tiempos de uso de la medicación, la recomendación fue que debería indicarse por 3 meses.

Nahmias, en un seguimiento durante 3 a 7 años de 68 pacientes tratados con ABZ, mostró los siguientes resultados: se curó el 41% y mejoró el 45% de los quistes hepáticos; en la localización pulmonar se curó el 72%.² Este porcentaje de curación también fue observado por Todorov en 52 pacientes con quistes pulmonares, empleando el mismo parasiticida.³ Estos trabajos remarcan la excelente respuesta de los quistes pulmonares a los parasiticidas.

A su vez, otro autor demostró que el uso combinado del ABZ con praziquantel, tiene mejores resultados terapéuticos que el empleo de ABZ solo.⁵

Para evaluar la respuesta al tratamiento, mejor que las modificaciones ecográficas es estudiar la viabilidad del contenido del quiste por métodos biológicos. Esto fue realizado por un cirujano español, el Dr. Gil Grande, quien evaluó la viabilidad de los quistes extraídos de

*Ver artículos
relacionados en
las páginas
448 y 487*

* Laboratorio de Parasitología y Chagas. Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez". Ciudad de Buenos Aires.
freilij@sinectis.com.ar

pacientes con hidatidosis abdominal.⁴ Un grupo de ellos fue intervenido sin tratamiento (grupo A), otros recibieron previamente ABZ durante 30 días (grupo B) y otros durante 90 días (grupo C). En el grupo A se observó la viabilidad en el 50% de los quistes, 28% en el B y sólo 6% en el C. Esta es la más clara demostración de la eficiencia del ABZ en la hidatidosis.

El PAIR es una técnica mínimamente invasiva que se realiza bajo control tomográfico, es útil en las localizaciones hepáticas. La sigla enumera los pasos del procedimiento: punción, aspiración, inyección (sustancia escolicida) y reaspiración del quiste. La conclusión de un trabajo multicéntrico realizado en las provincias de Río Negro y Neuquén en 38 pacientes mayores de 14 años de edad tratados con PAIR fue muy interesante.⁶ En comparación con la cirugía convencional, el PAIR produjo menor morbilidad, un tiempo de internación más reducido y un costo 2,6 veces menor; además, los pacientes pudieron reincorporarse a los 3,5 días a sus tareas habituales.

En un trabajo hindú, el PAIR demostró tener mejores resultados que la cirugía convencional.⁷

En conclusión, para considerar las distintas opciones de tratamiento deben tenerse en cuenta varias características del quiste: tamaño, localización, número, tipo (estado evolutivo).

Los niños suelen tener quistes de menor tamaño y más vitales, esto los hace más susceptibles a la medicación. Por lo tanto, el ABZ parecería ser la primera opción terapéutica. En quistes de mayor tamaño o infectados, es preferible el PAIR. La cirugía convencional quedaría para aquellos quistes con comunicación con la vía biliar o que compriman algunas estructuras. También debe pensarse frente a un paciente cuya familia genere dudas para cumplir el tratamiento oral durante 3 a 4 meses. De todos modos, se propone indicar el ABZ antes y después de la

cirugía por los riesgos de ruptura y diseminación de los protoscólices.

Cualquiera sea el tipo de tratamiento establecido, el paciente debe tener un seguimiento estricto para el control evolutivo. Debe realizarse algún estudio por imágenes: ecografía, TAC o radiografía cada 3 a 6 meses. Las modificaciones pueden observarse rápidamente o al cabo de varios meses. El seguimiento por técnicas serológicas (ELISA, HAI, etc.) puede ser de cierta utilidad en algunos pacientes.

A la luz de estas experiencias y de las posibilidades del centro asistencial, se deberían tener presentes estas distintas variables frente al diagnóstico de hidatidosis.

Para finalizar, quisiera comentarles una reflexión de un cirujano infantil durante un acalorado diálogo acerca de las diferentes indicaciones para esta parasitosis: "¿Por qué no usar un medicamento si se trata de una enfermedad infecciosa?". ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Horton R. Albendazol in treatment of human cystic echinococcosis: 12 years of experience. *Acta Tropica* 1997; 64:79-93.
2. Nahmias J, Goldsmith R et al. Three to 7 years follow up after albendazol treatment of 68 patients with cystic echinococcosis. *Ann Trop Med Parasitol* 1994; 88:295-304.
3. Todorov T, Vutova P et al. Benzimidazoles in treatment of pulmonary echinococcosis. XIX Cong Intern Hidatidología. Bariloche, 2000.
4. Gil Grande LA, Rodríguez Caabeiro F et al. Randomized controlled trial of efficacy of albendazol in intra-abdominal hydatid disease. *Lancet* 1993; 342:1269-72.
5. Cobo F, Yarnoz C et al. Abendazol plus praziquantel vs. albendazol alone as a pre-operative treatment in intra-abdominal hydatidosis. *Trop Med Int Health* 1998; 3: 462-6.
6. Pelaez V, Kugler C et al. Tratamiento de quistes hidatídicos hepáticos por aspiración percutánea e inyección de solución salina hipertónica: Resultados de un trabajo cooperativo. *Bol Chil Parasitol* 1999; 5 [s/d].
7. Khuroo MS, Vani N et al. Percutaneous drainage with surgery for hepatic hydatid cysts. *N Engl J Med* 1997; 337:881-7.