Quiste hidatídico tiroideo sintomático. Caso clínico

Juan Antonio Pérez P¹, Orlando Felmer E¹,
Cristian Carrasco E², Mauricio Gabrielli N¹,
Carmen Torrijos C¹, Juan Antonio Bastías N³.

Thyroid hydatid cyst. Report of one case

We report a 64 year-old male, living in a rural area, with a history of a thyroid nodule subjected to a fine needle aspiration 18 years ago. He consulted this time for a goiter associated to dyspnoea and dysphagia. A chest X-ray and a neck CAT scan showed a calcified nodule in the superior mediastinum of thyroidal origin, that displaced airways and blood vessels and a small thyroid nodule of uncertain origin. A thyroid scintigram showed a cold right thyroid nodule. The patient was operated, performing a subtotal thyroidectomy. A calcified nodule measuring 8x6x6 cm and another nodule measuring 10 mm were found during the surgical exploration. The pathological examination of the surgical piece disclosed a calcified hydatid cyst and a focal nodular hyperplasia. The patient remains asymptomatic seven months after surgery (Rev Méd Chile 2008; 136: 896-9).

(Key words: Echinococcosis; Thyroidectomy; Thyroid nodule)

Recibido el 18 de julio, 2007. Aceptado el 4 de septiembre, 2007.

¹Instituto de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Subdepartamento de Cirugía, Hospital Clínico Regional de Valdivia. Valdivia. Chile. ²Instituto de Histología y Patología, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Subdepartamento de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Regional de Valdivia. ³Escuela de Medicina, Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile.

La hidatidosis humana es una enfermedad parasitaria causada principalmente por el estado larvario de la tenia *Echinococcus granulosus*¹⁻⁸. Esta patología, común en muchos países, habitualmente afecta hígado o pulmón^{2,5,9}. Entre las localizaciones raras se encuentra la hidatidosis tiroidea, la cual es de muy baja frecuencia¹⁰⁻¹⁹.

La manifestación habitual de un quiste hidatídico ubicado en la glándula tiroides es un nódulo tiroideo solitario asintomático, que puede mantener esta condición por varios años. Sin embargo, dependiendo de su tamaño, velocidad de crecimiento, vitalidad, relación con órganos vecinos y

eventuales complicaciones puede ocasionar diversa sintomatología^{6,13,17}. Las pruebas de función tiroidea habitualmente son normales¹⁴. El análisis imagenológico es complejo, por lo cual el diagnóstico puede ser resultado de un hallazgo intraoperatorio o histopatológico^{5,6,10,12}.

Comunicamos el caso de un hombre portador de un quiste hidatídico tiroideo de larga evolución, que por compresión de estructuras vecinas produjo sintomatología y cuyo diagnóstico fue realizado por el estudio histopatológico del espécimen operatorio.

CASO CLÍNICO

Correspondencia a: Dr. Juan Antonio Pérez P. Arturo Günther 1664. Valdivia. Chile. Fono: 63 214883.
E mail: jperez@uach.cl

Hombre de 64 años, obrero agrícola proveniente de zona rural. En mayo de 2006 fue derivado a

policlínico de endocrinología con diagnóstico de bocio calcificado sintomático. Portaba una radiografía de cuello que mostraba una imagen calcificada a nivel del lóbulo tiroideo izquierdo. Refirió antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento y de una punción de un nódulo tiroideo, 18 años atrás, del cual se aspiró líquido claro.

En la anamnesis relató disnea de esfuerzo y disfagia de un año de evolución. En el examen se palpó una masa supraclavicular izquierda, dura, indolora, que incursionaba con la deglución y que se proyectaba hacia tórax. En los exámenes destacó perfil tiroideo y hemograma normales. La radiografía de tórax mostró una imagen intratorácica calcificada, que desplazaba la tráquea y aorta hacia la derecha. El cintigrama tiroideo concluyó un gran nódulo frío en los 2/3 inferiores del lóbulo izquierdo. La tomografía computada (TC) de cuello y de tórax reveló un nódulo en el mediastino superior de origen tiroideo (sugere de adenoma calcificado) con desplazamiento de la vía aérea y vasos (Figura 1) y un pequeño nódulo tiroideo derecho de naturaleza incierta.

Con el diagnóstico de bocio multinodular intratorácico calcificado sintomático se envió al servicio de cirugía para resolución de su patología, donde se decidió realizar una tiroidectomía.

En la exploración cervical se constató que el lóbulo izquierdo de la tiroides estaba prácticamente reemplazado por un nódulo calcificado, de 8x6x6 cm, proyectado en su mayor parte a

mediastino, y existía otro nódulo de 10 mm, intracapsular en el lóbulo derecho. No se encontraron adenopatías sospechosas regionales. Se realizó una tiroidectomía casi total con remanente laminar glandular a nivel de la cápsula posterior derecha.

La biopsia diferida informó que el nódulo del lóbulo izquierdo correspondía a un quiste hidatídico tiroideo calcificado (Figura 2), con focos de osificación y el nódulo derecho a una hiperplasia nodular focal del tiroides.

Se realizó la notificación de hidatidosis y se practicó una ecotomografía abdominal que no mostró imágenes sugerentes de quiste hidatídico. Después de 7 meses de realizada la cirugía el paciente permanece asintomático y sin evidencias clínicas ni radiológicas de recidiva o hidatidosis en otros órganos.

COMENTARIO

La hidatidosis humana es una enfermedad parasitaria común en muchos países. Es causada principalmente por el estado larvario de la tenia *Echinococcus granulosus*, constituyendo la principal zoonosis en Chile¹⁻⁸. En nuestro país constituye una enfermedad endémica². Su incidencia se estima entre 7,5 y 8,3 casos por 100.000 habitantes, lo que se traduce en más de 300 casos nuevos y 30 a 40 muertes cada año³⁻⁵. La décima región se ubica en el tercer lugar nacional con una incidencia y

Figura 1. Tomografía computada muestra en el mediastino superior una imagen ovoidea, bien definida, de 55 cm, hipodensa central con calcificación gruesa periférica.

Figura 2. Se observa tejido tiroideo hialinizado junto a una cápsula fibrosa calcificada. En el extremo superior izquierdo se aprecia lámina de quitina. H-E 4x.

mortalidad de 48 y 0,3 casos x 100.000 habitantes, respectivamente^{6,7}.

El quiste hidatídico puede encontrarse en casi todas las partes del cuerpo, pero es más frecuente en hígado y pulmones^{2,5,9}. Otros órganos afectados ocasionalmente incluyen cerebro, músculos, riñones, corazón, páncreas, glándulas suprarrenales y tiroides^{5,6,11-17,19}. Las localizaciones no habituales pueden ser de difícil diagnóstico y deben ser sospechadas cuando se asocian a hidatidosis pulmonar o hepática¹⁴.

La región cervical es una ubicación excepcional aun en países en que la hidatidosis es endémica, y el desarrollo de un quiste hidatídico en la tiroides sin otra localización asociada es extremadamente infrecuente^{5,13,15-17}. En la literatura, entre los años 1965 y 2005, se habían publicado 51 casos provenientes de 20 países⁹.

La rareza de la enfermedad en la glándula se explicaría porque, pese a que la tiroides posee un alto flujo sanguíneo, el calibre de sus vasos es pequeño y están angulados respecto a las carótidas, aspectos que impiden que se atrapen la gran mayoría de los embriones hexacanto, que son los causantes de la hidatidosis^{9-11,13}.

La presentación clínica de la hidatidosis tiroidea usualmente no se diferencia de la del bocio nodular eutiroideo^{6,17}. Su expresión es un nódulo tiroideo solitario que no provoca molestias y que puede plantear el diagnóstico diferencial con neoplasias⁵. Con frecuencia el parásito se tolera durante muchos años, puede involucionar, calcificarse y morir sin haber producido ninguna molestia; no obstante, puede surgir sintomatología dependiendo del tamaño del nódulo, vitalidad, localización y compromiso de órganos vecinos que puede provocar compresión mecánica, situación ocurrida en nuestro caso en que el quiste por su gran volumen y calcificación comprimió tráquea y esófago⁶. La radiología simple puede sugerir el diagnóstico en el caso de quistes calcificados, mostrando una opacidad anular característica.

Debido a que el algoritmo actual de estudio de los bocios nodulares, que contempla la ecotomografía y la punción aspirativa, es factible plantear en el preoperatorio el diagnóstico de quiste hidatídico de tiroides, al evidenciar el carácter quístico del nódulo a través del ultrasonido, un líquido color agua de roca en el aspirado de la

punción y la presencia de vesículas prolíferas, ganchitos, escólices o restos de membranas en su estudio microscópico^{5,6,10}.

La punción del quiste conlleva el riesgo potencial de desencadenar una reacción anafiláctica por sensibilización previa y de diseminación subcutánea, muscular o fascial^{1,5,9,13,14}. A pesar que ésta habitualmente no se recomienda, prácticamente todos los casos reportados en la literatura han sido puncionados y existe acuerdo en que el riesgo de reacción anafiláctica es ínfimo⁵⁻¹⁰. Cada vez que se practica punción percutánea es recomendable realizar tratamiento quimioterápico con albendazol, que se continuará con dos ciclos de 30 días posterior a la cirugía¹⁰.

Respecto a la imagenología, el quiste hidatídico tiroideo es de difícil diagnóstico, debido a su carácter poco homogéneo¹⁰. La ecotomografía muestra típicamente una lesión quística solitaria o múltiple de carácter hipocogénico o anecogénico, y eventualmente puede mostrar vesículas hijas en su interior^{5,10,12}. La TC proporciona mayores detalles respecto a la presencia de tabicaciones o calcificaciones, mientras que la resonancia magnética podría complementar la información¹⁰. El cintigrama tiroideo ordinariamente revela un nódulo hipocaptante¹²⁻¹⁴.

En nuestro caso, el paciente presentó un bocio sintomático, el estudio imagenológico no orientó a etiología hidatídica, siendo su diagnóstico el resultado del estudio histopatológico del espécimen operatorio.

Los test de inmunodiagnóstico como ELISA y Western Blot son de utilidad, pero presentan falsos negativos debido a que existen pacientes que no están sensibilizados al antígeno¹⁰⁻¹⁴.

El diagnóstico citológico de quiste hidatídico se establece, como se mencionó previamente, ante la presencia de protoescólex o ganchos o fragmentos de membrana laminada. En su interpretación existe consenso que la presencia de partes del parásito establece un diagnóstico de certeza y el hallazgo exclusivamente de membrana laminada sólo constituye una sospecha diagnóstica, situación que no es infrecuente puesto que algunos quistes son estériles o se han aspirado en su totalidad¹⁻¹⁸.

La cirugía es la base de la terapia del quiste hidatídico, siendo indispensable realizar la resección completa de la lesión mediante una tiroidec-

tomía subtotal o total^{5,9,10,12,14}. Cuando la cirugía no está indicada se emplea el método PAIR, que implica punción, aspiración, inyección de protoescolicida y reaspiración del quiste^{5,10}.

El valor de los benzoimidazólicos aún permanece en discusión¹⁰. En comunicaciones aisladas se han reportado casos de disminución del tamaño y ocasionalmente eliminación del parásito, pero en grandes series no se ha logrado demostrar un beneficio real¹⁴. Hasta el momento, albendazol y mebendazol se usan como terapia neoadyuvante posterior a la cirugía, en casos inoperables y cuando existe sospecha de diseminación. En el caso presentado no utilizamos antiparasitarios, puesto que se trató de un quiste muerto y por ende biológicamente inerte¹⁰.

En conclusión, el quiste hidatídico tiroideo es una entidad rara, de difícil diagnóstico, que habitualmente se presenta como un nódulo tiroideo asintomático. Sin embargo, dependiendo de su tamaño, localización y complicaciones puede originar diversa sintomatología, tal como en nuestro caso en que ocasionó disnea y disfagia por compresión de tipo mecánico sobre la vía aérea-digestiva superior. Los exámenes imagenológicos preoperatorios no fueron concluyentes y el diagnóstico fue establecido por el examen histopatológico del espécimen quirúrgico. Por último, cada nuevo caso de hidatidosis debe ser considerado un fracaso en el rol preventivo en salud.

REFERENCIAS

- MEDINA M, PAREJA M. Quiste hidatídico de partes blandas. *Rev Esp Patol* 2003; 36: 91-4.
- ÁLVAREZ C, RIVEROS P, MIRANDA R, YARUR O. Quiste hidatídico mediastínico. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Chil Infect* 2007; 24: 149-52.
- ALIAGA F, OBERG C. Epidemiología de la hidatidosis humana en la IXª Región de la Araucanía, Chile 1991-1998. *Bol Chil Parasitol* 2000; 55: 54-8.
- SCHENONE H, CONTRERAS M, SALINAS P, SANDOVAL L, SAAVEDRA T, ROJAS A. Hidatidosis humana en Chile. Seroprevalencia y estimación del número de personas infectadas. *Bol Chil Parasitol* 1999; 54: 70-3.
- VALVERDE C, LAM J, IBÁÑEZ P, CRUZAT C. Hidatidosis cervical: compromiso de tiroides y glándula submaxilar en dos casos. *Rev Méd Chile* 1999; 127: 1108-11.
- PÉREZ JA, PÉREZ A, VALENZUELA M. Quistes hidatídicos primitivos de localización extraabdominal y extra-pulmonar. *Rev Chil Cir* 1999; 51: 341-6.
- SERRA I, ARAYA C, ARANEDA J, SERRA V. Situación actual de la hidatidosis humana en Chile. Dos propuestas de corrección de su notificación. *Rev Méd Chile* 1995; 123: 659-69.
- RAMÍREZ T. Contribución al conocimiento de la epidemiología de la hidatidosis humana en Chile (1969-1979). *Rev Méd Chile* 1982; 110: 1125-30.
- ERBİL Y, BARBAROS U, BASPINAR I, DEVECİ U, KAPRAN Y, BOZBORA A ET AL. Hydatid cyst of the thyroid gland, two case reports. *Infect Dis Clin Pract* 2005; 13: 318-20.
- RAUHOFFER U, PRAGER G, ROMÁN M, AUER H, KASERER K, NIEDERLE B. Cystic echinococcosis of the thyroid gland in children and adults. *Thyroid* 2003; 13: 497-502.
- KIREŞİ DA, KARABAKAÇOĞLU A, ÖDEV K, KARAKÖSE S. Uncommon locations of hydatid cysts. *Acta Radiologica* 2003; 44: 622-36.
- HAMAMCI EO, BESİM H, KORKMAZ A. Unusual locations of hydatid disease and surgical approach. *Anz J Surg* 2004; 74: 356-60.
- GÖKÇE C, PATIROĞLU T, AKŞEHİRLİ S, DURAK AC, KELEŞTİMUR F. Hydatid cyst in the thyroid gland diagnosed by fine-needle aspiration biopsy. *Thyroid* 2003; 13: 987-9.
- ECHENIQUE M. Hidatidosis tiroidea. *Cir Esp* 2000; 68: 80-1.
- OUJIDI A, EL ALAMI MN. Hydatid cyst of thyroid gland. *Ann Chir* 2006; 131: 375-8.
- NALLAR M, MONTEROS M, VAN CAUWLAERT L, VIRGILI E, SARAVIA E. Quiste hidatídico en la glándula tiroides, a propósito de un caso. *Rev Argent Cirug* 2006; 90: 184-5.
- SANTAMARÍA P. Quiste hidatídico en región cervical. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* 1986; 46: 127-9.
- ARORA VK, SINGH N, GUPTA K, BHATIA A. Ziehl-Neelsen stain in the quest for elusive cestode larval hooklets. *Acta Cytol* 1995; 39: 839.
- LIRATZOPOULOS N, EFREMIDOU EI, PAPAGEORGIOU MS, MINOPOULOS GJ, MANOLAS KJ. Primary echinococcus cyst of the thyroid gland. *The Endocrinologist* 2006; 16: 250-1.