

Hidatidosis cardíaca diagnosticada por ecocardiografía bidimensional

J. M. Richard* / G. Suárez** / F. Pérez Lorente** /
I. Martínez Trabanco* / C. Morís* / A. Cortina*

RESUMEN

Presentamos un caso de quiste hidatídico intramiocárdico calcificado, inicialmente diagnosticado de enfermedad coronaria, que debutó con dolor precordial y alteraciones sugestivas de isquemia en el electrocardiograma. El diagnóstico de hidatidosis se sospechó en la radiografía de Tórax y se confirmó por ecocardiografía bidimensional y ventriculografía izquierda. La coronariografía fue normal y se realizó tratamiento quirúrgico con éxito.

Introducción

La enfermedad hidatídica se debe a la formación de quistes, uni o multilobulados, por crecimiento de los embriones de la *Tenia Echinococcus*. Esta parasitosis aún es endémica en ciertas regiones de España, siendo las localizaciones hepática y pulmonar las más frecuentes. La afectación cardíaca es rara, citándose entre el 0,5 % y el 2 % del total^{1,2} y aunque el primer caso fue descrito hace más de un siglo³, todavía no llegan a 150⁴ los casos recogidos en la literatura mundial.

El diagnóstico debe basarse en la

radiografía de tórax, la ecocardiografía bidimensional^{5,6}, la tomografía axial computerizada y el cateterismo cardíaco, dada la inespecificidad de la clínica y del ECG.

En el caso que presentamos, el paciente ingresó en una Unidad Coronaria por dolor precordial prolongado junto con alteraciones del ECG sugerentes de isquemia. Posteriormente, en un Ecocardiograma-2D se visualizó un quiste intramiocárdico de paredes calcificadas. Se realizó cateterismo cardíaco, sin hallar lesiones obstructivas en las arterias coronarias ni alteraciones del movimiento regional en la ventriculografía izquierda.

Descripción del caso

Varón de 47 años de edad, con antecedentes de tabaquismo severo, hipertensión arterial y contacto con perros. Dos años antes del ingreso consultó por molestias en región cervical, interescapular y precordial, por lo que se le realizó un ECG en el que aparecieron ondas Q en cara inferior. Desde entonces siguió tratamiento con Nifedipina.

El día del ingreso en la Unidad Coronaria presentó varios episodios de dolor precordial en reposo, el último de 7 horas de duración, que cedió espontáneamente sin responder a la medicación antianginosa utilizada. A la exploración física no había datos patológicos, salvo roncus diseminados en la auscultación pulmonar. No hubo elevación enzimática ni cambios en los ECG sucesivos al del ingreso: rit-

mo sinusal, onda Q con T negativa en II, III y aVF, y T negativa y simétrica de V₄-V₆. La analítica de sangre y orina, incluyendo hemograma, proteinograma, lípidograma y anticuerpos anti-equinococo fue totalmente normal. En la radiografía de tórax se observaba una masa esférica calcificada subdiafragmática y otra similar a nivel de la silueta cardíaca izquierda. En la ecografía abdominal se localizó un quiste calcificado en el bazo.

En la ecocardiografía-2D, tanto en proyección apical de 4 cámaras (figura 1) como en la paraesternal de eje largo, se visualizó claramente un quiste, de paredes calcificadas, a nivel del ápex del ventrículo izquierdo y zonas adyacentes del septo interventricular. La contractilidad global y segmentaria fueron normales.

Con el diagnóstico de hidatidosis cardíaca y esplénica, se practicó cateterismo cardíaco, con lo que se comprobó en la ventriculografía el hallazgo de la ecocardiografía. En la coronariografía no había lesiones obstructivas.

El enfermo fue intervenido quirúrgicamente bajo circulación extracorpórea, reseccándose un quiste hidatídico miocárdico de 4 cm de diámetro, localizado en el ápex del ventrículo izquierdo y zonas adyacentes del septo. No hubo complicaciones y la evolución posterior, a los 6 meses, es satisfactoria.

Discusión

En el proceso de esta infestación, el hombre es un huésped intermedio,

* Servicio de Cardiología. Hospital "Ntra. Sra. de Covadonga". Facultad de Medicina. Oviedo.

** Sección de Cardiología. Hospital "Virgen Blanca". León.

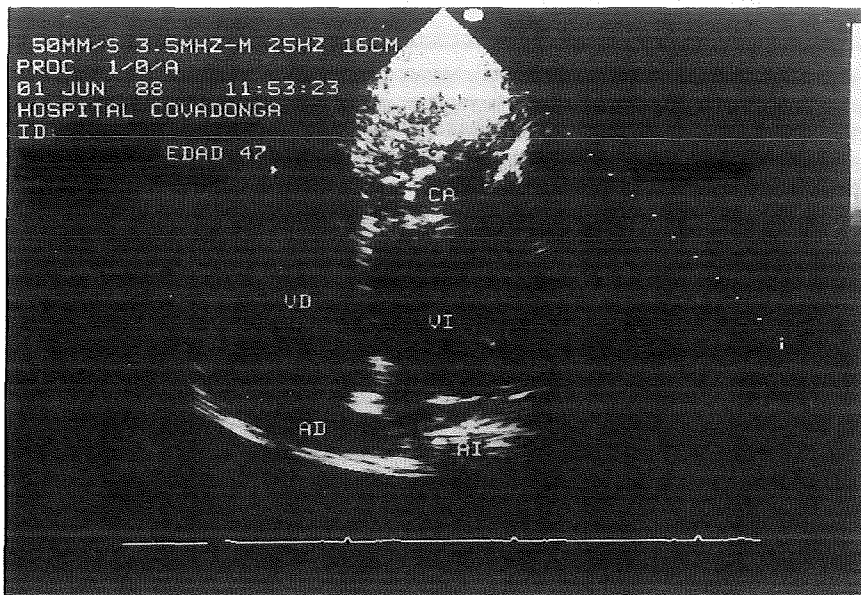


Fig. 1.—Ecardiograma en la proyección apical cuatro cámaras. Abreviaturas: CA = Quiste con paredes calcificadas; VA = Ventriculo derecho; AD = Aurícula derecha; VI = Ventriculo izquierdo; AI = Aurícula izquierda.

que se contamina al ingerir huevos del parásito en alimentos contaminados por heces del perro, que es el huésped usual y en el que se completa el ciclo. Tras pasar el filtro hepático y pulmonar, el parásito alcanza y coloniza el miocardio, formando quistes, en general de más de 5 cm de diámetro⁷. Estos suelen localizarse en el ventrículo izquierdo⁸, y con el tiempo degeneran y se calcifican. La ruptura de un quiste es la evolución más grave, pudiendo llevar a un shock anafiláctico si se rompen a la cavidad ventricular o a una pericarditis con eventual taponamiento si lo hacen hacia el pericardio. El síntoma más frecuente es el dolor torácico, en el 39% de los casos^{9,10} y en la mayoría de ellos se debe a rotura hacia el pericardio y pericarditis secundaria¹¹. En general, los síntomas se deben a compresión de estructuras¹², aunque no siempre están presentes¹³. En nuestro caso, concurrieron alteraciones del ECG y dolor precordial, junto con una imagen calcificada en la silueta cardíaca de la radiografía de tórax, por lo que podía pensarse en un aneu-

risma calcificado del ventrículo izquierdo. Sin embargo, la escocardiografía-2D, demostró un quiste calcificado lo que, junto con la presencia de otro similar en el bazo, apuntaba el diagnóstico de hidatidosis, como se confirmó en el acto quirúrgico. Antes de la cirugía, se realizó un cateterismo cardíaco, para descartar enfermedad coronaria asociada, dados los factores de riesgo coronario del enfermo, sin que aparecieran lesiones en las coronarias ni aneurismas o áreas de hipomotilidad en el ventrículo izquierdo.

Cabe preguntarse, para concluir, si, a la vista del ecocardiograma-2D, era necesaria la realización de un cateterismo cardíaco previo al tratamiento quirúrgico, dado que ya existen precedentes¹⁴. Nuestra respuesta es afirmativa, vistos los factores de riesgo y el ECG anómalo, para poder descartar una Cardiopatía Isquémica asociada. Esta postura es la más aceptada en la bibliografía^{13,15,16}. Ahora bien, en pacientes jóvenes, sin factores de riesgo coronario, ni dolor precordial y con ECG normal, la duda parece razonable.

DIAGNOSIS OF HYDATID DISEASE OF THE HEART BY TWO-DIMENSIONAL ECHOCARDIOGRAPHY

Summary

A case of calcificated intramyocardial hydatid cyst is presented. The initial diagnosis was coronary artery disease and the onset was chest pain and typical abnormalities of the electrocardiogram. The diagnosis of hydatid disease was suspected from chest roentgenogram and confirmed by two-dimensional echocardiography and left ventriculography. Coronary arteriography was normal and surgical treatment successfully carried out.

Bibliografía

- Murphy TE, Kean BH, Venturini A, et al. *Echinococcus cyst of the left ventricle: Report of a case with review of the pertinent literature.* J Thorac Cardiovasc Surg 61: 443-8, 1971.
- Cheng W. *Hydatidic cyst in the pericardium. A new case and review of the literature.* J Thorac Cardiovasc Surg 30: 56-60, 1982.
- Griesinger W. *Ueber encephalocysten am Herzen.* Arch Physiol Heil 5: 280, 1846.
- Tellez G, Nojek C, Juffe C, et al. *Cardiac echinococcosis: Report of 3 cases and review of the literature.* Ann Thorac Surg 21: 425-30, 1976.
- Oliver J, Pérez L, Ferrufino O, Sotillo L y Núñez L. *Cardiac hydatidic cyst diagnosed by two-dimensional echocardiography.* Am Heart J 104: 164-5, 1982.
- González M, Artaza M, Ortigosa L, et al. *Diagnóstico de los quistes hidatídicos mediante ecocardiografía bidimensional.* Rev Esp Cardiol 35: 557-62, 1982.
- Di Bello R, Urioste HA y Rubio R. *Hydatid cysts of the ventricular septum of the heart: A study based on two personal cases and forty-one observations in the literature.* Am J Cardiol 14: 237, 1964.
- Gibson DS. *Cardiac hydatid cysts.* Thorax 19: 151, 1964.
- Heyat J, Mokhtari H, Dunm M, et al. *Surgical treatment of echinococcal cyst of the heart: Report of a case and review of the world literature.* J Thorac Cardiovasc Surg 61: 755-64, 1971.
- Limacher MC, McEntee CW, Attar M, et al. *Cardiac echinococcal cyst: diagnosis by two-dimensional echocardiography.* J Am Coll Cardiol 2: 574-77, 1983.
- Editorial. *Medical treatment of hydatid disease.* Br Med J 2: 563, 1979.
- Cabello JB, Castaño L, Ledesma C y Ruffilanchas J. *Quiste hidatídico miocárdico complejo con obstrucción subpulmonar.* Rev Esp Cardiol 2: 120-3, 1988.
- O'Connor LF, Tellez G, Montero CG, et al. *Hidatidosis cardíaca: a propósito de 10 casos intervenidos quirúrgicamente.* Rev Esp Cardiol 2: 97-102, 1988.
- De Martini M, Nador F, Binda A, et al. *Myocardial hydatid cyst ruptured into the pericardium; cross-sectional echocardiographic study and surgical treatment.* Eur Heart J 9: 819-24, 1988.
- Dodek A, De Mots H, Antonomic JA y Hodam RP. *Echinococcus of the heart.* Am J Cardiol 30: 293, 1972.
- Heilbrunn A, Kittle CF, Dunm M, et al. *Cardiac echinococcal cyst of the heart and pericardium.* Circulation 27: 219, 1963.