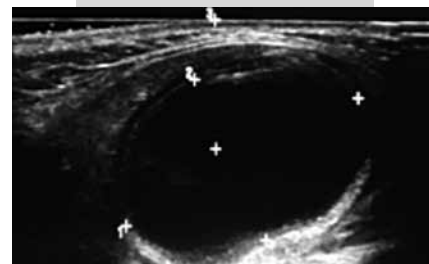


# Quiste hidatídico submandibular en pediatría: correlación ecográfica-patológica



**Fabiola Evangelista-Ricci,<sup>1</sup> Sonia Pereyra-López<sup>2</sup>**

## INTRODUCCIÓN

En el Perú, la hidatidosis es una enfermedad endémica en 17 de los 24 departamentos del país. Es una infección causada por el parásito *Echinococcus granulosus*. Predominantemente, se presenta en las zonas rurales y, en la población pediátrica, el sexo masculino es el más afectado. La sintomatología depende de la localización y el órgano afectado. Al inicio es asintomática, sin embargo, cuando el crecimiento es mayor, presenta síntomas como dolor y efecto de masa. Antes solo se pensaba en este diagnóstico cuando procedían de las zonas endémicas. En la actualidad se están presentando casos autóctonos de Lima.

Las localizaciones más frecuentes de quiste hidatídico (QH) en la edad pediátrica, en el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), son el pulmón y el hígado. Los QH adquieren mayores dimensiones cuando afectan los pulmones. En el adulto, el órgano más afectado es el hígado. Sin embargo, cuando logra pasar los sinusoides hepáticos y el filtro pulmonar, alcanza la vía arterial y

puede localizarse en cualquier parte de la economía humana: región muscular, escroto, suprarrenal, cerebral, glándulas submaxilares, estructuras óseas, región ocular y ovarios, entre otros. Es decir, la afectación de sitios anatómicos más distantes o localizaciones muy inusuales y extremadamente raras son debidas a una diseminación hematológica. (p. ej. riñón, bazo, hueso, cerebro).<sup>3</sup>

Los hallazgos ecográficos en la glándula submaxilar son la presencia de una imagen quística, el signo de “la doble pared”, así como el “signo del nevado”. Generalmente, no se plantea el diagnóstico de hidatidosis, por su incidencia baja; pero es importante tenerlo como diagnóstico diferencial.

La enfermedad hidatídica debe incluirse en el diagnóstico diferencial cuando se identifica una lesión quística en un paciente que vive o ha venido de un área en la que la enfermedad es endémica.<sup>3</sup> Así, la morbilidad se incrementa con un diagnóstico definitivo tardío, sin lograr la mejoría, aun, con múltiples esquemas de antibióticos.

## CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Evangelista-Ricci F, Pereyra-López S. Quiste hidatídico submandibular en pediatría: correlación ecográfica-patológica. Rev Per Radiol. 2019;19:67-70.

## CORRESPONDENCIA

Fabiola Juana Evangelista-Ricci  
fabibat@yahoo.com

1 Médico radiólogo; asistente del departamento de Diagnóstico por Imágenes, Instituto Nacional de Salud del Niño.

2 Médico patólogo. Servicio de Patología, Instituto Nacional de Salud del Niño.

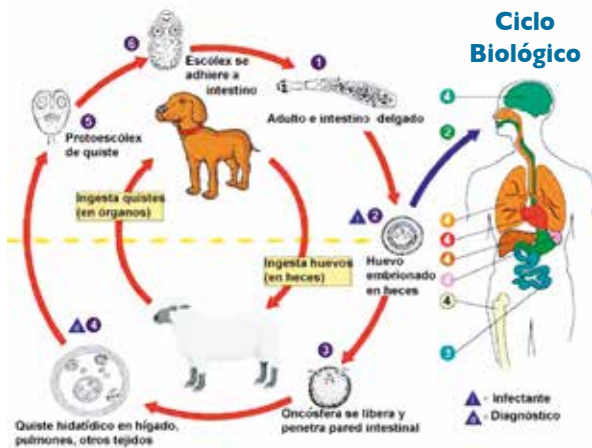


Figura 1. Ciclo de transmisión de *Echinococcus granulosus*. Fuente: CDC (Centers for Disease Control and Prevention, 2018).<sup>9</sup>

### CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una niña de 12 años de edad, sexo femenino, procedente del distrito de Ancchohuayllo, provincia de Chincheros, departamento de Apurímac. Tenía un tiempo de enfermedad de 4 años, caracterizado por tumoración submandibular derecho y aumento progresivo de tamaño, móvil y de superficie lisa. Al inicio asintomático; luego, se agrega dolor a la palpación. Antecedente epidemiológico: crianza de animales domésticos. Antecedentes patológicos sin importancia.

Exámenes de laboratorio: hematócrito 34,4 %; hemoglobina 12,30 g/dL, grupo sanguíneo O, factor Rh+.

Ecografía de partes blandas de la región submandibular derecha: imagen de aspecto quística ovoide, de

#### Clasificación ecográfica

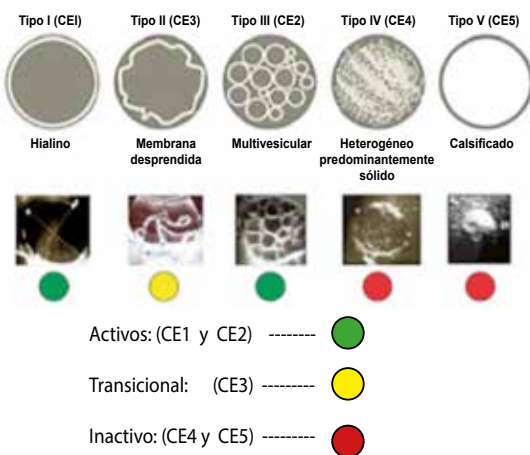


Figura 2. Clasificación ecográfica. Tipos de quistes hidatídicos. Clasificación de Garbhi y su equivalente de la OMS, modificado por Evangelista-Ricci FJ. Fuente: Larrieu, 2017, p. 37.

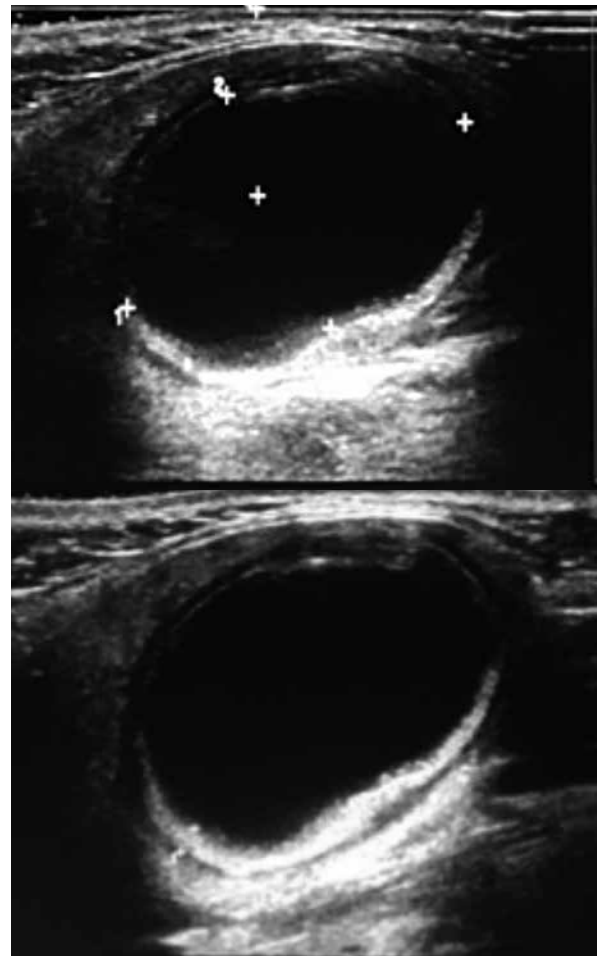


Figura 3. Ecografía submaxilar derecha. Imagen quística ovoidea, de paredes engrosadas, con refuerzo posterior y discreto sedimento en su interior. Se evidencia el "signo de la doble pared".



Figura 4. Radiografía de tórax: normal.



Figura 5. Macroscopía de pieza operatoria. A) Formación tisular parduzca de 4,2 x 3,3 x 1,1 cm, superficie lisa, consistencia renitente, con peso de 7 g. B) Laminaciones de la glándula submaxilar que muestran una membrana blanco nacarada en la zona central, mejor vista en el último corte.

contornos definidos, de 22 x 15 mm de diámetro, con refuerzo acústico posterior; grosor de pared de 1,6 a 2,6 mm, a 11 mm de la superficie cutánea. Figura 3.

Ecografía abdominal: hígado, bazo, riñones y páncreas de caracteres normales.

Radiografía de tórax posteroanterior: transparencia y densidad conservadas. Figura 4.

Diagnóstico preoperatorio: tumor submaxilar derecho; proceso inflamatorio crónico.

Se extirpa quirúrgicamente la glándula submaxilar derecha y se administra tratamiento antiparasitario.



Figura 7. Visión lateral de la región submandibular derecha, posresección quirúrgica. Buena evolución clínica.

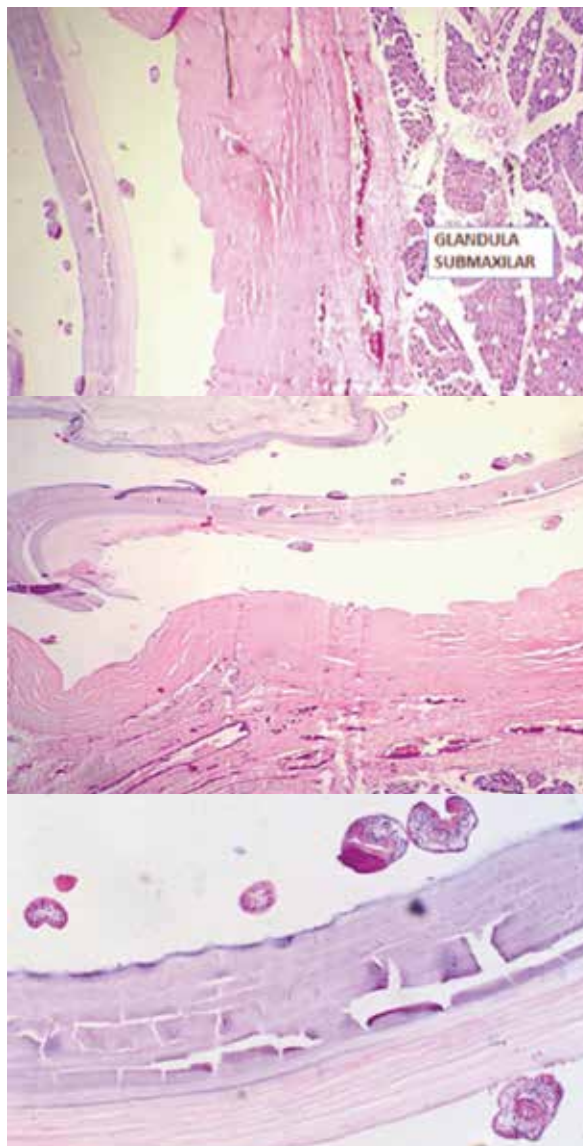


Figura 6. A) Microscopía. A) Vista panorámica: glándula submaxilar rodeada de tejido fibroso (membrana periquística o adventicia). Hacia la luz, la membrana anhistia o laminar con numerosos protoescoléx. (H-E). B) Descripción microscópica. Membrana periquística gruesa conformada por tejido fibroso, numerosos vasos sanguíneos, que rodean a la glándula submaxilar. Hacia arriba, la membrana anhistia laminar rosada, rodeada de numerosos protoescoléx. Vista panorámica (H-E). C) Membrana anhistia laminar de *Echinococcus granulosus* con varios protoescoléx. 40x (H-E).

Estudio macroscópico del quiste: color blanco nacarado, típico de esta patológica, que difícilmente se confunde con otro tipo de quiste. Figura 5.

Estudio microscópico del quiste: el diagnóstico de QH de la glándula submandibular derecha fue confirmado histológicamente. Figura 6.

La evolución clínica posresección quirúrgica fue buena. Figura 7.

## DISCUSIÓN

La incidencia de hidatidosis en el Perú es de 5 a 11 por 100 000 habitantes. La incidencia es alta y alcanza hasta 34 por 100 000 habitantes en Pasco, Huancavelica, Arequipa, Junín, Puno, Cusco, Ayacucho, Ica y Tacna.

El QH puede localizarse en cualquier parte del cuerpo humano. La localización más frecuente en la población pediátrica peruana es el pulmón, seguida por el hígado. La localización quística en el cuello es inusual. Por el cual en los casos reportados en la literatura mundial erróneamente no se considera como diagnóstico diferencial el QH submandibular. En la mayoría de los casos son asintomáticos al inicio, debido al lento crecimiento.

La familiaridad con las manifestaciones atípicas de la enfermedad hidatídica puede ser útil para hacer un diagnóstico rápido y preciso.<sup>3</sup>

Los seres humanos se infestan con *E. granulosus* en forma incidental, por convivencia y contacto con el perro que lleva adherido en sus pelos huevos del parásito o bien por la ingestión de frutas, verduras o agua contaminadas con las excretas del parásito.<sup>5</sup>

La afectación secundaria debido a la diseminación hematógena puede verse en casi cualquier ubicación anatómica (p. ej., pulmón, riñón, bazo, hueso, cerebro). La hidatidosis puede afectar casi cualquier sitio anatómico debido a la diseminación hematógena. Lugares inusuales incluyen el corazón, el pericardio,

la órbita, la pared gástrica, el espacio retrocruval, el mediastino, el espacio subcutáneo, el músculo y las glándulas suprarrenales.<sup>3</sup>

Los principales estudios auxiliares son la ecografía abdominal, la radiografía de tórax y los exámenes de laboratorio como el Elisa IgG y Western Blot.<sup>5</sup>

El QH está formado por tres capas. La capa externa o periquiste, donde se identifica las células del huésped modificadas y células de naturaleza inflamatoria; la capa media, que es celular; la capa interna o endoquiste, es la membrana germinal, se repliega y por gemación va a dar lugar a las vesículas hijas que van a contener los protoescólex.

Los diagnósticos diferenciales de quistes localizados en la región submandibular en la población pediátrica son tumoración necrosada, adenitis cervical complicada con absceso, quiste branquial tipo II y quiste hidatídico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ilynen I, Sogut O, Guldur ME, Kose R, Kaya H, Bozkus F. Primary hydatid cyst: an unusual cause of a mass in the supraclavicular region of the neck. *J Clin Med Res.* 2011;1:52-54.
2. Estrategia sanitaria nacional de zoonosis. RM N.º 470-2008-Minsa Perú.
3. Pedrosa I, Saiz A, Arrazola J, Ferreiros J. Enfermedad hidatídica. Características y complicaciones radiológicas y patológicas. *RadioGraphics.* 2000;20:795-817.
4. Aguirre I, et al. Cerebral hydatid cyst in children at the Hospital Nacional Cayetano Heredia. A case report. *Rev. Med. Herediana* 1993;4:155-57.
5. Guerra M, Ramírez B. Hidatidosis humana en el Perú. *Apunt. cienc. soc.* 2015; 05(01)
6. Franquet Casas T, Berrocal T. Frutos. Imágenes diagnósticas en la infección Seram 2006;3:30-31.