

## Quiste hidatídico pulmonar: Reporte de caso en un hospital oncológico de Ecuador

### Pulmonary hydatid cyst: Case report in an oncology hospital in Ecuador

Marco Fabricio Bombón Caizaluisa<sup>1</sup>, Enrique Gagliardo Cadena<sup>2</sup>, Kevin Albuja Delgado<sup>3</sup>, Lissette García<sup>4</sup>, Fabricio Diaz Yaguachi<sup>5</sup>, Abraham Jurado Rodríguez<sup>6</sup>

#### Resumen







La hidatidosis, también conocida como Equinococosis, es una zoonosis producida por el estado larvario de tenias del género *Echinococcus*. En los adultos se estima que el 70% de los quistes hidatídicos están localizados en el hígado, el pulmón es el segundo órgano más comúnmente afectado. La mayoría de los casos son asintomáticos durante varios años; cuando existe sintomatología puede presentar tos y dolor torácico. Se presenta el caso de una paciente femenina de 62 años, que acude con un estudio de imagen previo, un nódulo pulmonar derecho desde hace aproximadamente un año, acompañado de tos esporádica en los últimos meses. Se realizó cirugía torácica asistida por video (VATS), lobectomía superior derecha con colocación de tubo de tórax. El diagnóstico histopatológico reporta un quiste hidatídico pulmonar. La evolución post-operatoria fue favorable sin recurrencia ni evidencia de otros nódulos pulmonares. La resección radical del quiste hidatídico pulmonar (QHP) se asocia con una baja morbilidad y mortalidad.

**Palabra clave:** hidatidosis pulmonar, quiste hidatídico pulmonar, nódulo pulmonar, cirugía torácica asistida por video, VATS.

#### Abstract

Hydatid disease, also known as echinococcosis, is a zoonosis caused by the larval stage of tapeworms of the genus *Echinococcus*. In adults, it is estimated that 70% of hydatid cysts are located in the liver, with the lung being the second most commonly affected organ. Most cases are asymptomatic for several years; when symptoms do occur, they may include coughing and chest pain. We present the case of a 62-year-old female patient who presented with a previous imaging study showing a right pulmonary nodule for approximately one year, accompanied by sporadic coughing in recent months. VATS was performed, along with right upper lobectomy and chest tube placement. The histopathological diagnosis reported a pulmonary hydatid cyst. The postoperative course was favorable, with no recurrence or evidence of other pulmonary nodules. Radical resection of pulmonary hydatid cysts (PHC) is associated with low morbidity and mortality.

**Keywords:** pulmonary hydatid disease, pulmonary hydatid cyst, pulmonary nodule, video-assisted thoracic surgery, VATS.

1. Servicio de Cirugía Torácica, Hospital SOLCA. Guayaquil-Ecuador; Postgrado de Cirugía, Hospital SOLCA-Guayaquil. Universidad de Especialidades Espíritu Santo; Guayaquil, Ecuador;  <https://orcid.org/0000-0002-5768-4234>
2. Servicio de Cirugía Torácica, Hospital SOLCA. Guayaquil-Ecuador;  <https://orcid.org/0000-0003-1134-4784>
3. Servicio de Cirugía Torácica, Hospital SOLCA. Guayaquil-Ecuador;  <https://orcid.org/0009-0008-0368-706X>
4. Postgrado de Cirugía, Hospital General Guasmo Sur. Universidad de Especialidades Espíritu Santo; Guayaquil, Ecuador;  <https://orcid.org/0000-0002-4894-7709>
5. Postgrado de Cirugía, Hospital SOLCA-Guayaquil. Universidad de Especialidades Espíritu Santo; Guayaquil, Ecuador;  <https://orcid.org/0009-0000-4718-1468>
6. Postgrado de Cirugía, Hospital SOLCA-Guayaquil. Universidad de Especialidades Espíritu Santo; Guayaquil, Ecuador;  <https://orcid.org/0000-0002-0984-0204>



Usted es libre de:  
**Compartir** — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.

**Adaptar** — remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.

**Recibido:** 09-04-2025

**Aceptado:** 06-05-2026

**Publicado:** 28-06-2026

**DOI:** 10.47464/MetroCiencia/vol34/2/2026/62-68

\*Correspondencia autor: [fabri.bombonpm@gmail.com](mailto:fabri.bombonpm@gmail.com)

## Introducción

La hidatidosis también conocida como Equinococosis, es una zoonosis producida por el estado larvario de tenias del género *Echinococcus*<sup>1,2</sup>. La prevalencia de esta enfermedad sigue siendo desconocida, entre otras razones, por el extenso período asintomático que la caracteriza<sup>3,7</sup>. En los adultos se estima que el 70% de los quistes hidatídicos están localizados en el hígado, seguido del pulmón, el segundo órgano comúnmente más afectado<sup>4,8</sup>. La infestación humana del equinococo es accidental y ocurre a través de la ruta fecal-oral, típicamente a través de la ingestión de huevos de productos o agua contaminados<sup>5</sup>.

La mayoría de los casos son asintomáticos durante varios años<sup>6</sup> y cuando existe sintomatología las manifestaciones clínicas más comunes son: 51,3% tos, 39,9% dolor torácico y 8,8% vómita hidatídica<sup>7</sup>. Los estudios de imagen son el primer paso en la detección y evaluación de hidatidosis pulmonar. La radiografía de tórax permite visualizar al quiste como un nódulo o masa redondeada de tamaño variable, que puede o no estar bien definida, con densidad uniforme, ocupando una parte de uno o ambos hemitórax<sup>8,9</sup>. La tomografía computarizada (TC) tiene un papel importante en el diagnóstico, permitiendo determinar la ubicación y el número de quiste hidatídicos correctamente y con ello guiar al cirujano antes de la intervención quirúrgica. También facilita el diagnóstico diferencial de quistes complicados que no pueden ser diagnosticados por métodos clásicos, con el grosor de la pared de la lesión, la aparición de la membrana de quiste intracavitario y la determinación de la densidad de la lesión<sup>10</sup>.

Se utiliza el tratamiento médico conservador a base de albendazol en quistes no complicados<sup>11</sup>. Sin embargo el tratamiento estándar de los quistes hidatídicos pulmonares es la intervención quirúrgica<sup>11,12</sup>. La exéresis quirúrgica se puede realizar sin necesidad de resección del tejido pulmonar en la ma-

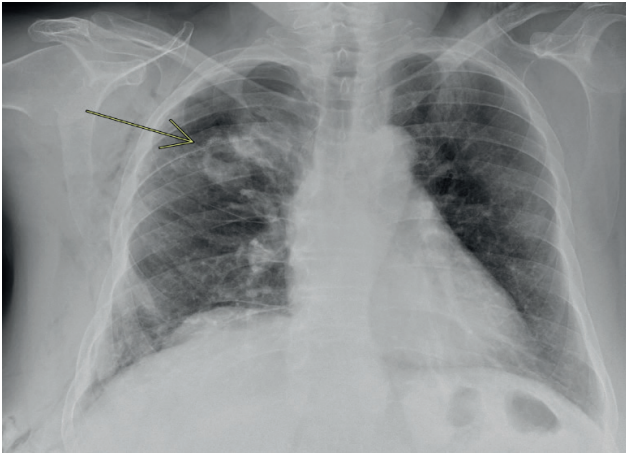
yoría de los casos. Existen varias opciones quirúrgicas tales como: segmentectomía, lobectomía o la resección de cuña, que son utilizadas para casos específicos como en los quistes adherentes,<sup>13</sup>.

## Caso Clínico

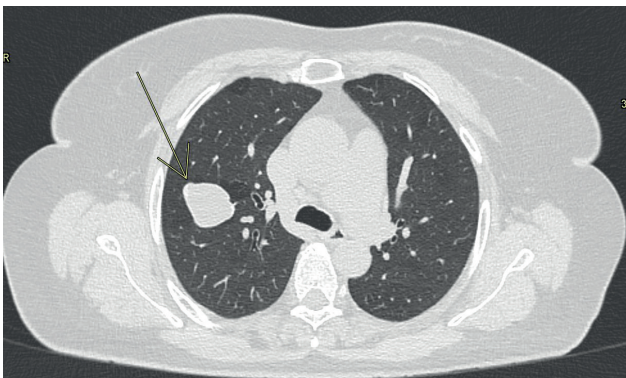
Se presenta el caso de una paciente femenina de 62 años, con antecedentes patológicos de hipertensión arterial en tratamiento, sin antecedentes quirúrgicos, ni familiares de importancia, acude referida de otra casa de salud por presentar en un estudio de imagen previo un nódulo pulmonar derecho que aparece hace aproximadamente un año, acompañado de tos esporádica que se vuelve constante en los últimos meses, niega otra sintomatología. En el examen físico, se auscultaban estertores bilaterales de predominio derecho.

Se solicitaron estudios iniciales de laboratorio e imágenes complementarias, entre los que constaron: hemograma completo, química sanguínea, marcadores tumorales y otros estudios de laboratorio especiales, radiografía estándar y lateral de tórax y TC de tórax de alta resolución. Los estudios paraclínicos, evidenciaron hemoglobina: 11,7 g/dl (disminuida), hematocrito: 35,2 (disminuido), creatinina: 1.19 mg/dl (elevada); el resto de laboratorio dentro de parámetros normales. También se realizaron pruebas especiales y marcadores tumorales, lactato deshidrogenasa (LDH): 229 U/l (elevada), procalcitonina: 0.03 ng/ml (normal), alfa-fetoproteína: 2.94 U/ml, antígeno carcinoembrionario: 1.30 ng/ml, Cyfra 21-1: 1.29, neuroenolasa específica (NSE): 15.18 ng/ml, se encontraban dentro de parámetros normales. La radiografía de tórax donde evidenció una imagen radiolúcida de bordes radiopacos en tercio superior derecho en relación con posible cavitación vs lesión quística (Figura 1). La TC de tórax de alta resolución con contraste evidenció formación hipodensa líquida de contornos lobulados sin captación del contraste en lóbulo

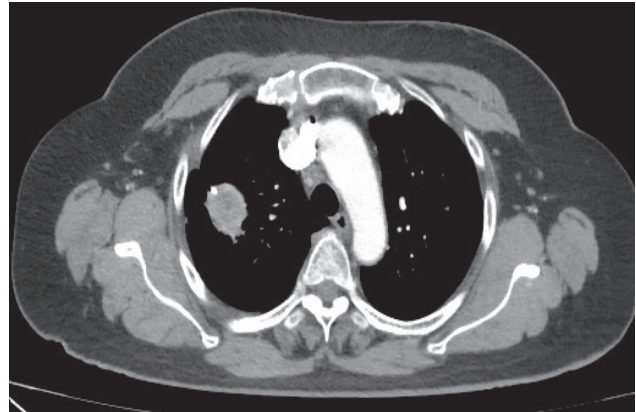
superior de pulmón derecho mide 29 x 30 mm. (Figuras 2 y 3).



**Figura 1.** Radiografía de tórax con evidencia en lóbulo superior derecho de lesión radiolúcida de bordes radiopacos (flecha amarilla).

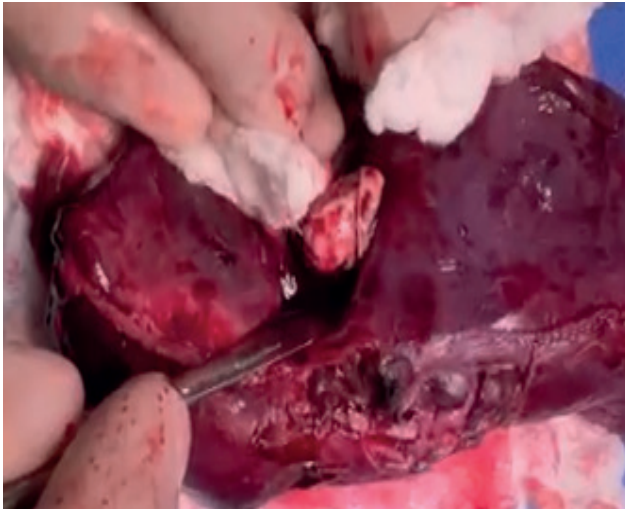


**Figura 2.** Corte axial de tomografía de tórax de alta resolución contrastada. Ventana pulmonar, con evidencia de formación hipodensa líquida de contornos lobulados sin captación del contraste en lóbulo superior de pulmón derecho, mide 29 x 30 mm (flecha amarilla).

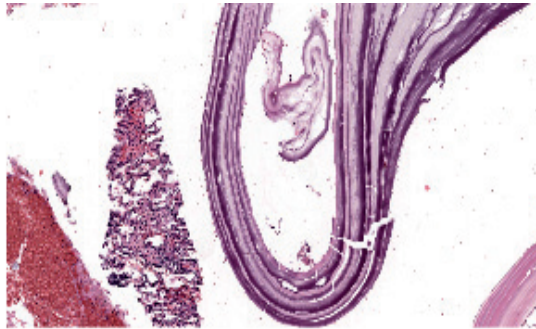


**Figura 3.** Corte axial de tomografía de tórax de alta resolución contrastada. Ventana mediastínica, con evidencia de formación hipodensa líquida de contornos lobulados sin captación del contraste en lóbulo superior de pulmón derecho, mide 29 x 30 mm. (flecha amarilla).

Procedimiento quirúrgico: La paciente fue sometida a cirugía torácica asistida por video (VATS) y lobectomía superior derecha con colocación tubo de tórax, con un sangrado aproximado de 100 ml. Se encontró una lesión nodular irregular violácea parda de 13.5 x 6 x 4.3 cm y de aspecto esponjoso (figura 4). El informe histopatológico de la pieza quirúrgica reportó negativo para malignidad, ectasia bronquial con luz que contiene estructura quística fragmentada de aspecto parasitario con pared laminar acelular, cuadro morfológico tipo quiste hidatídico, bordes quirúrgicos libres de lesión (Figura 5).



**Figura 4.** Lesión nodular irregular violácea parda (flecha amarilla).



**Figura 5.** Microscopía óptica y tinción (hematoxilina-eosina) que evidencia ectasia bronquial que contiene estructura quística fragmentada de aspecto parasitario (flecha) con pared laminar acelular y presencia de infiltrado inflamatorio.

Se consiguió la exéresis total del quiste hidatídico pulmonar, sin complicaciones intraoperatorias, ni postoperatorias. El periodo postoperatorio fue manejado en la unidad de cuidados intensivos por 3 días posteriores a la cirugía y, subsecuentemente, en el área de hospitalización de cirugía general; se retiró el tubo torácico a los cinco días post quirúrgicos luego de evidenciar una adecuada expansión pulmonar bilateral. La paciente fue dada de alta al sexto día postquirúrgico sin complicaciones postquirúrgicas. Acudió a consulta del servicio de Cirugía Torácica a las tres semanas subsecuentes a la cirugía, presentando herida

quirúrgica con adecuado proceso de cicatrización, sin signos de infección, con mejoría de la sintomatología inicial. El control se realizó con radiografía de tórax que no reportó lesiones activas evidentes. A los 8 meses posteriores a la cirugía, se realizó TC de tórax de alta resolución no encontró una lesión sugestiva de recidiva con cambios postquirúrgicos estables (figura 6).



**Figura 6.** Corte axial de tomografía de tórax de alta resolución contrastada. Ventana pulmonar, sin evidencia de lesiones sugestivas de recidiva tumoral.

## Discusión

La hidatidosis, es una zoonosis donde se reconocen dos entidades clínicas diferenciadas: la forma quística (EQ) causada por el *E. granulosus sensu lato*, considerada una patología incapacitante y la forma alveolar (EA) originada por el *E. multilocularis*, que puede ser fatal<sup>1</sup>. Para que dichos parásitos puedan completar su ciclo biológico deben poseer diferentes tipos de hospedadores. Los hospedadores definitivos están en los carnívoros, los intermediarios también se encuentran en el ser humano.<sup>2</sup> La hidatidosis tiene una distribución mundial con áreas de prevalencia de enfermedades por encima de la media en Europa Sudoriental, Oriente Medio, Asia Septentrional, Central y Oriental y América del Sur<sup>3,8</sup>. En Ecuador la incidencia de enfermedad hidatídica es baja a pesar de las condiciones epidemiológicas idóneas para el crecimiento del equinococo, en comparación con los

países vecinos, donde la incidencia de esta enfermedad es superior<sup>3,8,17</sup>.

El agente etiológico *E. granulosus* puede formar quistes hidatídicos en varios tejidos, incluyendo el cerebro, el corazón, los pulmones, el hígado y el bazo. En los niños, los quistes hidatídicos pulmonares son más comunes, mientras que, en los adultos, se producen principalmente en el hígado<sup>4</sup>.

La elasticidad del pulmón y la presión torácica negativa, son factores altamente susceptibles al crecimiento del quiste hidatídico, facilitado por la diseminación larvaria a través de los sinusoides hepáticos que resulta en una infestación pulmonar primaria<sup>4</sup>. Sin embargo, cuando existen embriones más pequeños, estos pueden circular más y continuar en la vasculatura pulmonar. Alternativamente, el conducto torácico representa una vía importante que une los intestinos y los pulmones por los que la larva puede eludir el hígado y llegar de manera directa<sup>5</sup>.

La familiaridad con tan raras presentaciones de enfermedades de hidatidosis es esencial, particularmente en regiones endémicas donde la enfermedad hidatídica debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de lesiones quísticas que afectan a cualquier órgano del cuerpo<sup>6</sup>.

El cuadro clínico del quiste hidatídico pulmonar (QHP) cursa de forma asintomática hasta que el tamaño provoca una compresión de tejidos circundantes con la consecuente aparición de tos y dolor torácico. Cuando existe un QHP complicado con rotura hacia los bronquios puede presentar expectoración hemoptoica, hemoptisis o vómica hidatídica, y al romperse hacia la pleura se manifestará con clínica de ocupación pleural y posible empiema e infección<sup>7</sup>. La biliptisis es un signo muy poco frecuente, pero patognomónico de los quistes hepáticos que migran al tórax y causan una fístula biliobronquial<sup>8</sup>. En la exploración física, pueden aparecer signos de tumoración como matidez a la percusión, disminución

del murmullo vesicular y soplo, a la auscultación<sup>8,9</sup>.

El diagnóstico de la hidatidosis se basa en los antecedentes epidemiológicos, el examen físico, el diagnóstico por imágenes y las pruebas serológicas<sup>10,11</sup>.

En cuanto a la serología, se emplean hemaglutinación indirecta y ELISA como prueba de pesquisa, cuya sensibilidad oscila en 35-90%. La prueba negativa no descarta hidatidosis<sup>11</sup>.

Los estudios radiológicos son esenciales en el diagnóstico, generalmente la ecografía al ser una técnica disponible y no costosa junto con la radiografía, son las primeras opciones disponibles<sup>11</sup>. En el caso de la hidatidosis pulmonar, se debe considerar la radiografía de tórax (frontal y lateral) como la técnica de elección para el diagnóstico en pacientes sintomáticos y el control del tratamiento. Otros métodos de diagnóstico por imágenes como la tomografía computarizada o la resonancia magnética nuclear se utilizan para casos en caso de duda diagnóstica. Los hallazgos radiográficos y tomográficos más importantes son la presencia de lesiones quísticas que pueden ser solitarias o múltiples, unilaterales o bilaterales (20-50%), encontrados predominantemente en los lóbulos inferiores (60%) con un diámetro entre 1 y 20 cm<sup>12,15</sup>.

El tratamiento de elección en la mayoría de los casos es la resección quirúrgica radical del quiste<sup>13,15</sup> pues permite extirpar la membrana germinativa con la respectiva evacuación del contenido quístico. Dicho procedimiento se asocia con baja morbilidad y mortalidad<sup>13</sup>. El método más común utilizado para la eliminación de los quistes hidatídicos pulmonares es la toracotomía, sin embargo, en la actualidad se prefiere la cirugía torácica asistida por vídeo (VATS) debido a beneficios como un menor tiempo para la estancia hospitalaria, menos dolor postoperatorio, complicaciones y mejores resultados estéticos<sup>13,14</sup>. También existen otras opciones quirúrgicas que incluyen lo-

bectomía, periquistectomía o resección en cuña del quiste, evitando la diseminación intraoperatoria del contenido del quiste y su recurrencia<sup>15</sup>. Dichos procedimientos pueden efectuarse mediante la resección del quiste intacto o con la aspiración del líquido quístico con o sin el uso de una solución escolicida, junto a un tratamiento preoperatorio con albendazol (10-15 mg/kg/día). Los agentes escolicidas más usados son formaldehído al 1% o solución salina hipertónica; aunque también pueden ser utilizados la cetrimida, polividona yodada, formalina, etanol y peróxido de hidrógeno<sup>15,16</sup>. Cuando se utiliza la terapia antiparasitaria requiere de 2 a 4 ciclos de albendazol durante 30 a 60 días con períodos de descanso de 15 días entre cada ciclo<sup>17</sup>.

## Conclusiones

La hidatidosis es una patología frecuente y prevalente en América del Sur. Sin embargo, en Ecuador la incidencia es baja respecto a otros países, probablemente por tener muchos casos subdiagnosticados. La localización pulmonar, conocida como quiste hidatídico pulmonar (QHP) es menos frecuente y es asintomática en la mayoría de casos. El pilar fundamental del tratamiento se basa en la cirugía de resección radical del quiste asociado con baja morbilidad y mortalidad, pero también pueden existir otras terapias farmacológicas conservadoras en quistes no complicados a base de albendazol.

## Agradecimientos

Nuestro agradecimiento para la paciente y su familia, que accedió a la divulgación de este trabajo científico. También al Dr. Marlon Pozo Alban, médico patólogo de Solca-Guayaquil, por su valioso aporte en las imágenes histopatológicas del caso.

## Financiamiento

Los investigadores financiaron el estudio. Los autores no recibieron ningún tipo de reconocimiento económico por este trabajo de investigación.

## Contribuciones de los autores

**Marco Fabricio Bombón Caizaluiza:** Conceptualización, curación de datos, análisis formal, adquisición de fondos, investigación, redacción - borrador original.

**Enrique Gagliardo Cadena:** Conceptualización, curación de datos, análisis formal

**Kevin Albuja:** Conceptualización, análisis formal, investigación.

**Lisette García:** Conceptualización, investigación.

**Fabricio Díaz Yaguachi:** Conceptualización, análisis formal, redacción.

**Abraham Jurado Rodríguez:** Conceptualización, análisis formal.

Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

## Bibliografía

1. **Pérez Bejarano D, Arbo G, Martínez H, Aluán A, Chaparro G.** Hidatidosis pulmonar: reporte de casos y preludio endémico de la equinococosis quística humana en Paraguay. *Rev. cient.cienc. salud* 2023; 5: e5203.
2. **Gómez, J Torres, J, Murillo, K, Rodríguez S.** La hidatidosis como problema de salud pública. *Rev Journal of science and Research.* 2022; 7(1), 139–146.
3. **Weber TF, Junghanss T, Stojković M.** Pulmonary cystic echinococcosis. *Curr Opin Infect Dis.* 2023 Oct 1;36(5):318-325. doi: 10.1097/QCO.0000000000000962.
4. **Boozhmehrani MJ, Bahreiny SS, Bastani MN, Amraei M, Mansouri Z, Kazemzadeh R, Farhadi M, Hoseinnejad A, Pirsadeghi A, Asadi Z, Bighamian A, Eslami G.** Capitonnage Versus Non-Capitonnage in Pediatric Pulmonary Hydatid Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Health Sci Rep.* 2024 Dec 4;7(12):e70235. doi: 10.1002/hsr2.70235. PMID: 39633836; PMCID: PMC11615648.
5. **Chen A, Eng K, Chan V.** A Lesion in the Lungs: Primary Pulmonary Echinococcosis. *Am J Med.* 2022 Jan;135(1):e7–8.
6. **Khalili N, Iranpour P, Khalili N, Haseli S.** Hydatid Disease: A Pictorial Review of Uncommon Lo-

- cations. *Iran J Med Sci.* 2023 Mar;48(2):118-129. doi: 10.30476/IJMS.2022.93123.2442.
7. **González L. Roberto, Riquelme U. Alejandra, Reyes M. Rodrigo, Alarcón O. Felipe, Spencer L. Loreto, Barra M. Sebastián et al.** Hidatidosis pulmonar: características, manifestaciones clínicas y tratamiento en pacientes hospitalizados en Concepción, Región del Biobío, Chile. *Rev. méd. Chile.*2020 Jun; 148( 6 ): 762-771.
  8. **Ochoa M. et al.** Quiste hidatídico pulmonar en paciente con diagnóstico de asma bronquial, a propósito de un caso *Revista científica INSPI-LIP;*2019;1 (3): 1-15.
  9. **Pinto G, Pedro Pablo.** Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la hidatidosis. *Revista chilena de cirugía.* 2017; 69(1), 94-98. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2016.10.001>
  10. **Aydin Y., Ulas A. B., Ahmed A. G., and Eroglu A.,** "Pulmonary Hydatid Cyst in Children and Adults: Diagnosis and Management," *Eurasian Journal of Medicine.* 2022; 54(1):133–144.
  11. **Maldonado Cabrera BR, Ortiz Benavidez AL.** Hidatidosis Pulmonar por consumo de *Psilocybe Cubensis.* *ATN.*2023; 25(2):50-8.
  12. **Garg MK, Sharma M, Gulati A, Gorski U, Aggarwal AN, Agarwal R, Khandelwal N.** Imaging in pulmonary hydatid cysts. *World J Radiol.* 2016 Jun 28;8(6):581-7. doi: 10.4329/wjr.v8.i6.581.
  13. **Ahmed SK, Essa RA, Bapir DH.** Uniportal Video-assisted Thoracoscopic Surgery (u-VATS) for Management of pulmonary hydatid cyst: A systematic review. *Ann Med Surg (Lond).* 2022;75:103474. doi: 10.1016/j.amsu.2022.103474.
  14. **Essa R.A., Ahmed S.K.** Uniportal video-assisted thoracoscopic surgery for retained shrapnel in the thoracic cavity: an update surgical approach for removal of foreign body. *Ann Med Surg.* 2022;75:103402. doi: 10.1016/j.amsu.2022.103402
  15. **Canseco A, Flores F, Lopez J, Monraz, S.** Hidatidosis pulmonar. Presentación de un caso clínico. *Neumol Cir Torax,* 2014; 73(4):241-246.
  16. **Burgos-Burgoa, René; Camacho-Apaza, Johnny; Carpio-Deheza, Gonzalo; Gonzales-Salazar, Wilder Ariel; Adriazola-Mendieta, Rolando.** Tratamiento quirúrgico del quiste hidatídico pulmonar complicado en el primer trimestre del embarazo: reporte de un caso. *Revista Médico-Científica "Luz y Vida".* 2014; 5 (1): 41-45.
  17. **Calle C, Rosales F, Macias E.** Hidatidosis Pulmonar. *Rev Fac Cien Med (Quito).* 2014;39 (1):101.104

**Cómo citar:** Bombón Caizaluisa MF, Gagliardo Cadena E, Albuja Delgado K, García L, Díaz Yaguachi F, Jurado Rodríguez A. Quiste hidatídico pulmonar: Reporte de caso en un hospital oncológico de Ecuador. *MetroCiencia* [Internet]. 28 de junio de 2026; 34(2):62-68. Disponible en: <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol34/2/2026/62-68>