

## EL DIAGNÓSTICO BIOLÓGICO DE LA HIDATIDOSIS

Dr. Alfonso Graña

El diagnóstico biológico de la hidatidosis se hace mediante la investigación de: a) la eosinofilia sanguínea (reacción hematológica; b) la sensibilidad de la dermis a los antígenos hidatídicos (reacción alérgica); c) anticuerpos de fijación del complemento (reacción serológica específica). El síndrome biológico positivo es completo cuando la eosinofilia sanguínea sobrepasa el 50% y cuando la reacción intradérmica (Casoni) y la reacción de fijación de complemento (Ghedini-Weinberg) es positiva. Cuando sólo una o dos de las precedentes reacciones está presente, el síndrome biológico es incompleto o disociado, y su valor depende del tipo de reacción positiva presente.

En otros casos todas las reacciones biológicas pueden ser negativas, aún cuando el sujeto sea portador de un quiste hidatídico. En el estado actual de nuestros conocimientos esto puede explicarse por 3 causas: a) falta de reacción del organismo ante el estímulo antigénico; b) falta de poder antigénico del líquido alojado en el quiste del paciente; c) cuando están presentes las dos condiciones anteriores, la negatividad de la reacción puede deberse a una impermeabilidad de la pared del quiste, que no permite el pasaje del antígeno al medio sanguíneo. Sea que intervenga una o varias de las causas citadas, las estadísticas demuestran que los quistes hidatídicos del hígado son los que dan más frecuentemente reacciones biológicas positivas y luego están los de pulmón. En la hidatidosis ósea y cerebral las reacciones biológicas son a menudo todas negativas. Cuando el quiste hidatídico supura o se rompe todas estas reacciones pueden presentarse intensamente positivas pero muy a menudo se produce una alteración especial del síndrome biológico, la que ha sido destacada por investigadores australianos: a) la reacción de Ghedini-Weinberg

se hace intensamente positiva; b) la reacción alérgica intradérmica tardía desaparece, persistiendo la precoz; c) se produce una hiperleucocitosis (cuando el quiste ha supurado) que junto con una eosinofilia relativamente normal o por encima de lo normal, hace que la eosinofilia absoluta por mm.<sup>3</sup>, esté muy aumentada.

Después de la extirpación del quiste, la eosinofilia sanguínea tiende a normalizarse y el Ghedini-Weinberg se hace rápidamente negativo; el Casoni en cambio puede seguir siendo positivo, sobre todo en su fase precoz, durante muchos años.

### Interpretación de las reacciones biológicas

La reacción de Ghedini-Weinberg, es específica y puede decirse que los casos de reacciones falsas-positivas que han sido descritos, pueden ser discutibles ya que sin estudio necrópsico completo del paciente, es difícil excluir la presencia de un quiste hidatídico en alguna parte del organismo. Como se destacó anteriormente esta reacción tiende a hacerse intensamente positiva cuando el quiste supura, sobre todo en los quistes del hígado.

Para que la eosinofilia sanguínea adquiera valor, debe sobrepasar el 5 % en exámenes repetidos y ella no tiene un significado específico, pues se presenta en otras parasitosis, en afecciones de la piel, enfermedades alérgicas, y en muchas intoxicaciones crónicas. A pesar de su inconstancia y de su falta de especificidad, el estudio de la eosinofilia sanguínea adquiere valor considerado en el conjunto del cuadro clínico y biológico.

La interpretación de la reacción alérgica intradérmica es la que ha dado lugar a más discusiones en su realización y en su interpretación. Es aconsejable realizar este estudio mediante la inyección intradérmica de 0.10 c.c. de un líquido hidatídico bien controlado como antígeno fiel; el control debe ser hecho con 0.10 c.c. de suero fisiológico. En los casos positivos puede presentarse una reacción precoz que adquiere su máxima expresión a la media hora y que fundamentalmente es una reacción vascular (tipo histamínico). Sus elementos característicos son los de la respuesta a la inyección intradérmica de histamina, es decir; la pápula con pseudopodios (pápula urticariana) y la vasodilatación reaccional peripapular a veces muy extendida. Estas dos manifestaciones pueden presentarse juntas o no y lo importante de

la reacción para afirmar positividad, es la pápula con pseudopodios. La reacción debe ser neta, con un diámetro mayor del doble de la pápula inicial. En este sentido, se debe ser muy exigente en el diagnóstico de reacción positiva y despreciar los pequeños aumentos de la pápula sin pseudopodios, la que puede presentarse en muchos sujetos sin quiste hidatídico. Por no tener en cuenta estos hechos, tuvimos oportunidad de ver realizar dos operaciones no justificadas, en dos pacientes, por supuestos quistes hidatídicos de hígado. Reacciones precoces más o menos intensas, se presentan también en algunos pacientes con ictericia, asma, urticaria, diversas dermatosis, dermografías y en portadores de otros parásitos. Por lo tanto, para evitar erróneas interpretaciones, la reacción intradérmica precoz será diagnosticada como positiva cuando sea neta y es preciso que sea interpretada en el conjunto del examen clínico y biológico del enfermo. De más valor específico la reacción tardía (el verdadero Casoni) caracterizada por un enrojecimiento y una tumefacción más o menos difusa alrededor del punto inyectado. Es una reacción de tipo tuberculínico, producida por infiltración de los tejidos por edema eosinófilos. Una reacción de este tipo sólo la hemos observado en pacientes con quiste hidatídico. La reacción alérgica intradérmica tardía es por lo tanto la más específica en el diagnóstico de la hidatidosis por este tipo de investigación.

Una vez practicada una reacción de Casoni puede producirse a las 24 o 48 horas, un aumento de la eosinofilia sanguínea o mismo la aparición de una reacción de Ghedini-Weinberg positiva cuando antes era negativa. La provocación de esta doble reacción (hematológica y serológica) es inconstante en los pacientes con quiste hidatídico, pero el hecho más importante a señalar es que eso no sucede en los sujetos sin quiste hidatídico, lo que le da un cierto significado diagnóstico. Lo mismo puede decirse con respecto a la aparición de aglutininas y hemolisinas para glóbulos rojos de carnero.

### La reacción del carmín de Best

La quitinosa hidatídica se tiñe electivamente por el carmín de Best. Basado en esto Lasnier (1) ha propuesto utilizar esta coloración electiva para el diagnóstico del quiste hidatídico de pul-

món abierto en los bronquios, mediante la investigación de restos microscópicos de membrana en la espectoración. Lasnier y Cassinelli sostienen que la sustancia, que en la membrana hidatídica toma el carmín de Best, no se disuelve en el agua y en la saliva (que disuelven el glucógeno), y por eso piensan que pueda deberse a un polisacárido. En repetidas ocasiones hemos confirmado el valor de la reacción de Lasnier para el diagnóstico del origen hidatídico de una supuración de pulmón. También la hemos aplicado con éxito para el diagnóstico del origen hidatídico de un hidroneumotórax (2) y del quiste hidatídico del hígado abierto en vías biliares (3) realizando investigaciones de restos de la quitinosa en el líquido pleural y en la bilis respectivamente. Con el fin de precisar la naturaleza de la sustancia que se tipe por el carmín de Best, siguiendo la técnica señalada por Lasnier (1), realizamos esta investigación en el polisacárido extraído de membranas hidatídicas, líquido hidatídico, *Ascaris lumbricoides suum*, y en el glucógeno extraído del hígado de perro. Todas estas sustancias incluídas en parafina, dieron reacción del carmín de Best positiva, siguiendo la técnica de Lasnier. Esto demuestra que es una reacción común a una serie de hidrocarbonados de alto peso molecular y por lo tanto señala la posibilidad de obtener reacciones positivas que no correspondan a la presencia de restos de quitinosa hidatídica.

#### BIBLIOGRAFÍA

La bibliografía correspondiente se encuentra detallada en nuestro artículo de conjunto sobre "Alergia y diagnóstico biológico de la hidatidosis". *Arch. Urug. Med. Cirug. y Esp.* 1945, 26, 538.

1. LASNIER (E. P.) y CASINELLI (J. F.). — *Arch. Urug. de Med. Cirug. y Esp.*, 1942, 21, 564.
  2. GRAÑA (A.) y BAZZANO (H. R.). — *Arch. Urug. de Med. Cirug. y Esp.*, 1943, 22, 320.
  3. GRAÑA (A.). — *Arch. Urug de Med. Cirug. y Esp.*, 1944, 25, 559.
-