

HIDATIDOSIS PERITONEAL Y GESTACIÓN: PRESENTACIÓN DE TRES CASOS CLÍNICOS

RESUMEN

Se presenta tres casos de gestantes con hidatidosis peritoneal, que llegaron a término; de ellas, dos tuvieron parto vía vaginal, sin complicación alguna. Se hace una revisión de la literatura sobre las potenciales complicaciones relacionadas con la vía del parto.

PALABRAS CLAVE: Hidatidosis peritoneal, Gestación, Parto.

Melvin Gamarra¹, Mary Cruz Sánchez².

Rev Per Ginecol Obstet. 2007;53(2):140-142

Trabajo presentado para publicación: 23 de mayo de 2007.
Trabajo aceptado para publicación: 30 de mayo de 2007.

Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Correspondencia: Melvin Iván Gamarra Tinoco.
Las Anémonas 551, 2º piso, Urb. Las Flores, Lima 36.
E-mail: melvin151173@yahoo.es

ABSTRACT

Three pregnant women with peritoneal hydatidosis are presented, who delivered at term, two of them vaginally without complications. We review current literature on potential complications associated with birth mode.

KEY WORDS: Peritoneal hydatidosis, Pregnancy, Birth.

INTRODUCCIÓN

La equinococosis quística o hidatidosis es una zoonosis parasitaria producida por un cestodo de la familia *Taenidae*, el *Echinococcus granulosus*. Es una de las enfermedades zoonóticas de mayor prevalencia en zonas ganaderas, como en Rusia, China, Europa, Sudáfrica, Australia y Sudamérica¹⁻³. Se ha publicado de incidencia en cirugía en el Perú de 1 a 2 hasta 127 casos por 100 000⁴.

El parásito requiere dos hospederos mamíferos, para completar su ciclo de vida: la del adulto, que se desarrolla en el intestino del perro y de otros carnívoros, y la larvaria, que se desarrolla en forma de quiste ('quiste hidatídico'), en las vísceras de animales herbívoros (ganado ovino, caprino o porcino).

El hombre puede ser también hospedero y se infecta al ingerir huevos fértiles adheridos a los pelos de perros parasitados o por la ingestión de verduras o aguas contaminadas con materia fecal canina.

Los huevos ingeridos eclosionan y liberan el embrión hexacanto en el intestino delgado del hombre; luego, pasan a la circulación ve-

nosa hasta alojarse en el hígado (60%), pulmón (segunda localización de importancia) u otra víscera o tejido, donde se formará la hidátide o quiste hidatídico¹⁻⁴. Otras ubicaciones, como la peritoneal, generalmente se producen como consecuencia de la rotura de un quiste hidatídico hepático, que puede dar síntomas peritoneales de diversa intensidad, desde peritonitis y choque hasta pasar desapercibido³⁻⁵.

La asociación del quiste hidatídico y el embarazo es rara, lo que ocasiona conductas controversiales sobre la vía del parto. Presentamos tres casos de quiste hidatídico de localización peritoneal, en gestantes que llegaron a término.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Caso 1

Paciente de 32 años, natural de La Oroya y procedente de Lima, de nivel socioeconómico bajo, con historia de dolor leve en mesogastrio y fosa iliaca derecha, náuseas e hipoxemia y sensación de disminución de movimientos fetales. Fue hospitalizada a las 33 semanas, por sospecha ecográfica de restricción de crecimiento intrauterino y de 4 quistes a nivel hepático, cuyos tamaños variaban entre 9 y 5 cm; había otros quistes a nivel retrohepático, de 105 x 98 cm, y en hipogastrio y pelvis. Como antecedentes, la fecha de la última regla fue el 5 de agosto de 2002, G4 P2012, criaba un perro hacía un año. Fue sometida a cesárea de emergencia, por iniciar trabajo de parto a las 35 semanas, por el temor a choque anafiláctico, por el aumento de presión abdominal con las contracciones uterinas. El recién nacido fue de sexo femenino, peso 2350 gramos, con 35 semanas por examen físico y adecuado para la edad gestacional. En la cesárea, se extrajo cuatro tumoraciones esferoides de color gris amarillento y blanco nacarado, siendo confirmados como quistes hidatídicos, viables, al estudio histopatológico. Cuatro años más tarde, regresó la paciente por un siguiente embarazo y de igual manera se le realizó cesárea, persistiendo los quistes que ya tenía. No se le realizó el manejo quirúrgico de los quistes de la cavidad abdominal, por su condición económica.

Caso 2

Paciente de 20 años, natural de Ayacucho, procedente de Lima, también de nivel socioeconómico bajo, quien refirió aumento de volu-

men abdominal desproporcionado para el tiempo de gestación, desde la mitad del embarazo. Como antecedentes, manifestó ser G2 P1001, fecha de última regla el 14 de junio de 2004; tenía anemia crónica y en su niñez vivió en criadero informal de chanchos, de sus padres. A las 26 semanas de gestación, en su control habitual se evidenció por ecografía un quiste multiloculado, que ocupaba gran parte de la cavidad abdominal, preferentemente los cuadrantes superior e inferior derecho y parcialmente el superior izquierdo; el hígado tenía aspecto normal. La serología para hidatidosis por *Immunoblot* fue positivo (Instituto Nacional de Salud). Al examen presentaba una masa abdominal que, en conjunto con el útero, tenía una longitud mayor de 38 cm, a las 26 semanas de gestación. Como la paciente toleraba las molestias, la junta médica le sugirió terminar la gestación por cesárea, cuando estuviera a término. La paciente volvió por emergencia, en trabajo de parto y en período expulsivo, a las 38 semanas. El parto se produjo sin complicaciones, con un recién nacido de 3080 gramos. Tampoco se ha realizado tratamiento quirúrgico, por falta de recursos económicos.

Caso 3

Paciente de 20 años, natural de Huancayo, procedente de Lima, asintomática. G1 P0000, con fecha de última regla el 3 de marzo de 2005. Hospitalizada a las 38 semanas, por hallazgo ecográfico de quistes en hígado, uno en el lóbulo izquierdo de 80 x 74 mm y otro en el segmento 6, de 26 x 26 mm; en el bazo, 2 quistes de 31 x 30 mm y 55 x 55 mm y, en la cavidad pélvica, tumoraciones complejas de 63 x 48 mm y 34 x 28 mm. El *hidatest* re-

sultó positivo. Espontáneamente, inició trabajo de parto a las 39 semanas, evolucionado sin complicaciones, con un producto de 2840 gramos, Pagar 7 a 8. De igual forma, no regresó la paciente, para su tratamiento definitivo.

DISCUSIÓN

Hay poca información en la literatura acerca de la progresión y manejo de la enfermedad hidatídica en el embarazo. Sin embargo, en áreas endémicas, la incidencia comunicada es de 1/20 000 nacimientos⁶. Se ha postulado una progresión rápida de la enfermedad, debido a la inmunidad celular disminuida en el embarazo, a propósito de un informe de una mujer que tuvo síntomas de enfermedad hidatídica en cada una de sus 3 gestaciones⁷. En nuestro caso 1, se aprecia que la paciente tuvo leves síntomas inespecíficos en su primer embarazo y pasó desapercibido en su siguiente embarazo, manteniéndose las imágenes ecográficas anteriores a nivel hepático; siendo casi asintomáticas en las otras dos. Sin embargo, también se ha descrito síntomas agudos que han llevado a una conducta quirúrgica, incluso en el primer trimestre del embarazo^{8,9}, y otros quistes podrían obstruir el parto vaginal, como el caso de una gestante de 38 semanas, con un quiste de 15 cm, de localización pélvica¹⁰.

El diagnóstico de la enfermedad hidatídica se hizo ecográficamente, lo que se asoció a hemaglutinación indirecta (*hidatest*), *immunoblot* (*Western blot*) o confirmado por estudio histopatológico, aunque solo en el caso 1. Lamentablemente, por ser de nivel socioeconómico bajo, las pacientes no se han sometido a tratamiento definitivo. La técnica de

hemaglutinación indirecta suele ser usada como despistaje, mientras que el *immunoblot* es usado como prueba confirmatoria, por tener mayor sensibilidad (75 a 95%)^{3,11}.

En estas pacientes, se prefirió el manejo expectante, postergando el manejo quirúrgico hasta finalizado el embarazo, de manera de evitar complicaciones, como son la rotura del quiste o el parto prematuro¹². Así lo sugiere la Organización Mundial de la Salud (OMS)³, salvo que se hubiera producido un evento agudo^{13,14}. Manterota C y col, en su revisión de 12 casos de hidatidosis durante el embarazo, sugieren el manejo quirúrgico electivo en el segundo trimestre y postergar al puerperio los casos diagnosticados en el tercer trimestre, prefiriendo el parto vaginal, salvo en los casos con quistes grandes (aproximadamente, 10 cm, aunque este valor es arbitrario), con solo una muerte en una paciente previamente complicada por sepsis¹⁵. Tampoco se usó antihelmínticos, por el riesgo de teratogenicidad. La OMS contraindica los mismos en el primer trimestre y recomienda en lo posible posponerlos hasta después del parto^{3,16}. No se ha comunicado casos de drenaje percutáneo, en el embarazo.

Las complicaciones debidas al manejo quirúrgico, han sido halladas en 53,4% de los casos. Sin embargo, las roturas de quiste intraperitoneal se presentaron en 11% de los casos, de ellas, en quistes peritoneales múltiples, en 10%, y con choque anafiláctico, en 1%³. Un quiste hidatídico puede romperse espontáneamente o como resultado de traumatismo. En los casos complicados, las lesiones localizadas en el hígado pueden perforar el sistema biliar, pleura, pericardio o peri-

toneo. Cuando el endoquiste y el periquiste son rotos, el contenido del quiste puede diseminarse en el conducto biliar o al peritoneo, presentándose en la mayoría hidatidosis peritoneal y, en casos raros, peritonitis y anafilaxia¹⁷. Manterota C y col comunicaron un caso de muerte por tromboembolismo pulmonar, en una gestante con un quiste hepático abscedado, y otro de 25 cm, pulmonar, que causaba disnea severa¹⁵. Por otro lado, Robertson M y col informaron un caso de muerte asociado al tamaño del quiste, en una gestante de 32 semanas, quien presentó un quiste de 10,4 x 10,9 x 11,3 cm, asintomático, entre el hígado materno y el fondo uterino; se optó por la conducta expectante y luego de un mes presentó parto espontáneo, complicado con náuseas, vómitos y dolor en el quiste, que había crecido, resultando en parto vaginal, con un producto de 2584 g. Luego del parto, el abdomen se mantenía doloroso y con fiebre leve; pero, en el tercer día, empeoró repentinamente, siendo laparotomizada, encontrándose una perforación en el duodeno, por necrosis debida a presión y una extensa fasciitis necrotizante, que no mejoró con la debridación realizada¹⁸. No podríamos saber si esta complicación fue consecuencia del embarazo o del parto, o pudo haber ocurrido en cualquier persona no gestante. En el caso 2 presentado, el tamaño del quiste ocupaba gran parte de la cavidad abdominal y no alcanzaba a ser medido con el transductor; pero, no causaba dolor y no tuvo complicaciones. No existen comunicaciones de anafilaxia en pacientes que presentan hidatidosis peritoneal, posiblemente porque ya han tolerado una diseminación previa. Por lo anterior, consideramos que es segu-

ro ofrecer parto vaginal a estas pacientes, si el tamaño del quiste es menor de 10 cm -por el riesgo de compresión de órganos vecinos-; no así con aquellas con hidatidosis hepática sin diseminación, salvo consentimiento de la paciente del pequeño riesgo de anafilaxia que esto traería. Se necesitaría mayor acúmulo de casos para tener un mayor nivel de evidencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Larrieu E, Belloto A, Arambulo P, Tamayo H. Equinococcosis quística: epidemiología y control en América del Sur. *Parasitol Latinoam*. 2004;59(1-2):82-9.
2. Chrieki M. Echinococcosis. Un parásito emergente en la población inmigrante. *Am Fam Physician*. 2002;66:817-20.
3. World Organization for Animal Health and World Health Organization. Manual on echinococcosis in human and animals: a public health problem of global concern. 2001.
4. Moro P, Scantz P. Cystic echinococcosis in the Americas. *Parasite Internac*. 2006;55:S181-S186.
5. Atlas A. Hidatidosis. En: *Parasitología Clínica*. Tercera edición. Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. 1991.
6. Rahman MS, Rahman J, Lysikiewicz A. Obstetric and gynaecological presentations of hydatid disease. *Br J Obstet Gynaecol*. 1982;89:665-70.
7. Kain KC, Keystone JS. Recurrent hydatid disease during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1988;159(5):1216-7.
8. Haxhimolla HZ, P Crowe. Hydatid disease of the liver in pregnancy. *ANZ J Surg*. 2001;71: 692.
9. Montes H, Soetkino R, Carr-Locke DL. Hydatid disease in pregnancy. *Am J Gastroenterol*. 2002;97:1553-5.
10. Dede S, Dede H, Caliskan E, Demir B. Recurrent pelvic hydatid cyst obstructing labor, with a concomitant hepatic primary. A case report. *J Reprod Med*. 2002;47:164-6.
11. Gómez JC. Valor diagnóstico de *immunoblot* con líquido hidatídico humano frente a antígeno ovino y bovino. *Rev Mex Patol Clin*. 2004;51:75-89.
12. Golaszewski T, Susani M, Golaszewski S, Sliutz G, et al. A large hydatid cyst of the liver in pregnancy. *Arch Gynecol Obstet*. 1995; 256:43-7.
13. Crow JP, Larry M, Vento EG, Prinz RA. Echinococcal disease of liver in pregnancy. *HBP Surg*. 1990;2:115-9.
14. Fisher M, Kasis S, Oren M. Echinococcosis in pregnancy. *Harefuah*. 1992;122:770-1.
15. Manterota C, Espinoza R, Muñoz S, et al. Abdominal echinococcosis during pregnancy: clinical aspects and management of a series of cases in Chile. *Tropical Doctor*. 2004;34:1-4.
16. Savioli L, Crompton DW. Use of antihelmintic drugs during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;188(1):5-6.
17. Erdogmus B, Yazici B, et al. Latent fatality due to hydatid cyst rupture after a severe cough episode. *Tohoku J Exp Med*. 2005;205:293-6.
18. Robertson M, Geerts L, Gebhardt GS. A case of hydatid cyst associated with postpartum maternal death. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2006; 27(6):693-6.