

# QUISTE HIDATIDICO PELVICO FEMENINO HOSPITAL HIPOLITO UNANUE 1980-1990

Dres. Williams G. Ventura Castro y José Torres Zumaeta\*

## R E S U M E N

*De 2426 intervenciones quirúrgicas ginecológicas realizadas entre los años 1980 - Agosto 1990 en el Hospital Hipólito Unanue, ocho casos corresponden a hidatidosis pelviana, demostrados con estudio histopatológico, que hacen una prevalencia de 0.33%; siendo el promedio de edad 33 años; procedentes de zonas endémicas a esta patología en el 87.5% de casos. Con localización paratubaria en el 37.5%, ovárica 25%, fondo de saco de Douglas 25%, retroperitoneal 25% y vesicouterino 12.5%.*

*Consideramos importante: tener en cuenta la etiología parasitaria en tumores quísticos de pelvis, dada la epidemiología de nuestro medio; conservación de la integridad del tumor quístico durante su extirpación y prevenir la siembra o implantación secundaria; establecer plan de diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno en las pacientes que procedan de zonas endémicas de Echinococcosis.*

## INTRODUCCION

La Hidatidosis puede tener una localización pelviana, aunque ello no es frecuente como lo demuestra la escasa literatura mundial y nacional. Por lo general corresponde a una Hidatidosis primaria alejada, es decir que un quiste primitivamente ubicado en la cara inferior del hígado se ha desprendido a través de una efracción de su adventicia y sin romperse, se implanta en el peritoneo, el cual le forma una nueva adventicia localizándose con más frecuencia a nivel del fondo de saco de Douglas<sup>6</sup>. A nivel nacional se reporta un trabajo del Dr. José Chávez de tres casos aislados de Hidatidosis pelviana 1986<sup>5</sup>, mientras los reportes internacionales recientes siendo en su mayoría de casos aislados incluyen ambos sexos<sup>2,7,10</sup>. Los Dres. Ipiens y Vara López de España 1968, nos reportan la casuística más grande con 50 casos. La localización retroperitoneal de muy rara presentación es descrita por el Dr. Haddad 1987<sup>7</sup>, Dr. Singh-Sahay 1985<sup>10</sup> en la India y Dr. Kalogeris 1986<sup>8</sup>; en nuestro trabajo describimos 2 casos de localización retroperitoneal y 2 de localización ovárica, también de rara presentación. Su escasa incidencia hace que la

mayoría de las veces sea un hallazgo casual en una paciente que es llevada al quirófano con otro diagnóstico.

Cuando el embrión exacanto, a expensas de su plasticidad, logra pasar el filtro dado por el hígado y el pulmón llega al ventrículo izquierdo, pasando a la circulación sistémica vía aórtica pudiendo acantonar en la pelvis. El quiste hidatídico tiene un aspecto macroscópico habitual, con un contenido líquido cristalino y una cutícula blanquecina; se presenta como una formación renitente retrouterina y con caracteres semiológicos similares a los de un quiste de ovario. En los quistes involutivos la pared se colapsa y se rodea de una verdadera cáscara fibrosa, es frecuente la calcificación lo cual se visualiza radiológicamente.

Presentamos 8 casos de Hidatidosis Pelviana en relación a 2426 operaciones ginecológicas, siendo en su mayoría diagnosticadas en el intraoperatorio, entre 1980 y Agosto de 1990. Hospital Hipólito Unanue.

\* Hospital Hipólito Unanue.

## MATERIAL Y METODOS

De 2426 operaciones ginecológicas realizadas entre los años 1980 y Agosto de 1990 en el Servicio de Ginecología del Hospital Hipólito Unanue, ocho correspondieron a Hidatidosis Pelviana, que representa una prevalencia de 0.33%.

## RESULTADOS OBTENIDOS:

CUADRO 1

QUISTE HIDATIDICO PELVICO FEMENINO  
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE 1980 - 1990  
INCIDENCIA

Pacientes	Nº de Casos	%
Quiste Hidatídico Pélvico	8	0.33
TOTAL	2426	100

En el cuadro 2, observamos que el mayor número de pacientes afectadas, están comprendidas entre los 20 a 39 años de edad, considerándose el crecimiento lento de estos quistes, durando algunas veces hasta 20 años de evolución para dar sintomatología.

CUADRO 2

## RELACION CON LA EDAD

Edad	Nº de Casos	%
20 — 29	3	37.5
30 — 39	3	37.5
40 — 49	2	25.0
TOTAL	8	100.0

La mayor parte de las pacientes con Hidatidosis Pelviana, procedieron de zonas endémicas a esta patología, como lo demuestra el siguiente cuadro.

CUADRO 3

## PROCEDENCIA

Lugar de Procedencia	Nº de Casos	%
Huachochiri	2	25
Yauyos	3	37.5
Cerro de Pasco	1	12.5
La Oroya	1	12.5
Lima	1	12.5
TOTAL	8	100.0

En el cuadro 4 describimos la sintomatología que motivó la consulta de nuestras pacientes, estando el dolor y tumor pélvico presente en el total de la muestra.

CUADRO 4

## MOTIVO DE CONSULTA

Sintomas y Signos	Nº de Casos	%
Tumoración Abdominal	8	100.0
Dolor Abdominal	8	100.0
Sangrado	2	25.0

En el cuadro 5 observamos las características pélvicas encontradas al examen ginecológico, antes de ser intervenidas quirúrgicamente.

CUADRO 5

## HALLAZGOS AL EXAMEN

Hallazgos al Examen Ginecológico	Nº de Casos	%
Tumoración Pélvica	7	87.5
Utero Grande	2	25.0
Desplazamiento de Cuerpo y Cuello Uterino	7	87.5
Abombamiento de Fondo Saco de Douglas	5	62.5

En la Hidatidosis, el hemograma frecuentemente muestra eosinofilia moderada, pero falta en bastantes casos. Cuando se infecta el quiste, la eosinofilia puede persistir, pero desaparece si la leucocitosis es pronunciada; al vaciarse el quiste, puede aumentar la eosinofilia. Se realizó Arco Quinto solo a una paciente de las dos que tuvieron diagnóstico pre-operatorio de Hidatidosis. El cuadro N° 6, muestra los resultados de algunos análisis realizados a estas pacientes.

CUADRO 6

## EXAMENES AUXILIARES

Resultados	N° de Casos	%
Eosinofilia	3	37.5
Eosinofilia + Leucocitosis	2	25.0
Arco Quinto Positivo	1	12.5
No Contributorios	2	25.0
TOTAL	8	100.0

De las 8 pacientes estudiadas la mitad tuvieron diagnóstico pre-operatorio de quiste o tumor pélvico, 2 de Leiomioma Uterino y 2 de Hidatidosis Abdominopélvico.

CUADRO 7

## DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO

Dx. Pre-Operatorio	N° de Casos	%
Quiste de Ovario	1	12.5
Quiste Paraovárico	2	25.0
Tumor Pélvico	1	12.5
Leiomioma Uterino	2	25.0
Hidatidosis Abdomino-Pélvico	2	25.0
TOTAL	8	100.0

Las operaciones ginecológicas que se realizaron, se describe en el siguiente cuadro N° 8.

CUADRO 8

## OPERACION REALIZADA

Operación Realizada	N° de Pacientes	%
Histerectomía ABD. + Salpingooforectomía	3	37.5
Quistectomía + B.T.B.	2	25.0
Laparotomía + Quistectomía	3	37.5
TOTAL	8	100.0

El cuadro N° 9 muestra las diferentes localizaciones pélvicas que presentaron las pacientes, siendo la más frecuente la Paratubaria (3 casos).

CUADRO 9

## LOCALIZACION

Localización	N° de Casos	%
Paratubario	3	37.5
Saco de Douglas	2	25.0
Ovario	2	25.0
Retroperitoneal	2	25.0
Vesicouterino	1	12.5

El cuadro N° 10 muestra las variantes etiológicas por características macroscópicas, encontrándose 6 casos compatible con Echinococcus Granulosus y 2 casos con Echinococcus Multilocularis. Mientras que el cuadro N° 11 muestra los informes de Anatomía Patológica

CUADRO 10

## ANATOMIA PATOLOGICA

Quiste Hidatídico Variantes	N° de Casos	%
Granulosus	6	75.0
Multilocularis	2	25.0
Oligarthus	—	—
Vogeli	—	—
TOTAL	8	100.0

CUADRO 11  
INFORME DE ANATOMIA PATOLOGICA

Resultado	Nº de Pacientes	%
Quiste Hidatídico (incluye 2 casos de Multilocularis)	6	75.0
Quiste Hidatídico Necrosado	1	12.5
Quiste Hidatídico Infectado	1	12.5
TOTAL	8	100.0

### COMENTARIO

El quiste Hidatídico Pélvico en nuestra ca-sística es considerable con una prevalencia de 0.33% en relación al número de operaciones ginecológicas realizadas entre 1980 al mes de Agosto de 1990; esto estaría en relación a la gran afluencia de pacientes procedentes de zonas endémicas de nuestra serranía, siendo diagnosticadas en su gran mayoría en el intraoperatorio y entre la segunda y cuarta década de la vida. La totalidad de las pacientes presentaron dolor y tumor abdominal, y dos de ellas fueron operadas de urgencia por catalogárseles como Abdomen Agudo Quirúrgico; Rahman en una serie de 14 casos, reconoce tres con sintomatología de abdomen agudo y Chávez reporta dos de sus tres casos como abdomen agudo<sup>5</sup>. Se debe considerar la posibilidad de un quiste hidatídico pélvico en las pacientes que procedan de zonas endémicas y consulten por tumoración pélvica y realizarse en todas ellas los análisis de diagnóstico correspondientes desde un hemograma hasta una inmunoelectroforesis cruzada. La eosinofilia no se presenta en todos los casos de Hidatidosis; y por lo tanto solo sirve como coadyuvante al diagnóstico por otros medios, en nuestro estudio solo 5 pacientes presentaron eosinofilia y Arco Quinto positivo solo una paciente, siendo la única a quien se le realizó esta prueba, ya que la mayoría no tuvieron diagnóstico previo de Hidatidosis.

Debemos evitar la diseminación al intervenir quirúrgicamente conservando en lo posible la integridad del quiste.

La localización retroperitoneal y ovárica son muy raras, nosotros describimos dos casos, estos serían secundarios a una invasión hepática y que por efracción de la adventicia y sin romperse, se implantaría en el peritoneo, otra forma de diseminación sería por vía hematogena y por posible filtración o rotura de la mucosa intestinal.

Nosotros observamos que los quistes de localización pélvica eran más grandes que las de localización hepática o de otra localización, considerando a estos secundaria a la localización hepática, este crecimiento más rápido que los quistes primarios estaría en relación a la poca resistencia que tienen en la pelvis en relación a la que tienen en el hígado, o pulmón o retroperitoneal.

Debemos considerar que en nuestro medio no solo existe la variante Granulosus (unilobular), sino también la variante Multilocularis como podemos demostrar con este trabajo, al encontrarse dos casos de esta variante etiológica.

### CONCLUSIONES

1. De 2426 pacientes operadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Hipólito Unanue: 8 presentaron Quiste Hidatídico Pélvico, con una prevalencia de 0.33%.
2. Localización paratubaria 3%; ovárica 2%; saco de Douglas 2%; retroperitoneal 2% y vesicouterino 1%.
3. Tener en cuenta la etiología parasitaria en tumores quísticos, dado la epidemiología de nuestro medio.
4. Conservación de la integridad del tumor durante la extirpación.
5. Si se sospecha de Hidatidosis Pelviana:
  - Eliminación completa del parásito.
  - Tratamiento de daño ocasionado en tejido u órgano parasitado.
  - Prevención de siembra o implantación secundaria.
  - Tratamiento quimioterápico con Mebendazol o Albendazol.

**B I B L I O G R A F I A**

1. AGUILAR L., et al.: Al Quistes Hidatídicos de Localización Atípica. *Rev. Esp. Enf. Ap. Digestivo* 61 : 2 (145-148) 1982.
2. BAHLMANN J. C., RICHTER Q., ARNDT T. C.: Echinococcal Cyst causing Bladder outlet obstruction. *Afr. Med. J.* 1986 Nov. 8 70 (10) : P 626-7.
3. BALCELLS A.: *La Clínica y el Laboratorio*. Edit. Marín. Decimotercera Edición 1984.
4. CLEMENTS R., BOWYER F. M.: Hydatid Disease of the Pelvis. *Clin Radiol.* 1986 Jul; 37 (4) : P: 375-7.
5. CHAVEZ CACHO J.: Hidatidosis pévica: Reporte Preliminar de tres casos; *Diagnóstico* Vol. 18 N° 1 - 1986.
6. GORI R. M.: *Ginecología*. Edit. Ateneo. Segunda Edición, 1989.
7. HADDAD F. S.: Primary Retroperitoneal Pelvic Echinococcal Cyst. *J. Urol.* 1987 Jun.; 137 (6) : P. 1248.
8. KALOGERIS K. G., CHRISTOFORIDIS L. I., MILIOUTIS N. M.: Primary Retroperitoneal Pelvic Echinococcal Cyst. *J. Urol.* 1986 Jun.; 135 (6) : P. 1235-6.
9. PTASZNIK R., HENNESSY O. F.: Pelvic Hydatid Disease presenting as acute Urinary retention. *Br. J. Radiol.* 1988 Feb.; 61 (722) : P. 164-5.
10. SINGH R. S., SAHAY S.: Retroperitoneal Primary Hydatid Cyst of Pelvis. *J. Indian Med. Assoc.* 1985 Feb.; 83 (2) : P. 64-5.