

QUISTE HIDATÍDICO DE OVARIO. REPORTE DE UN CASO

RESUMEN

Se reporta un caso de quiste hidatídico ovárico, de rara presentación, sin evidencia de enfermedad hidatídica en el resto del cuerpo. Se trató de una mujer de 29 años con antecedente de un parto y un aborto que ingresó al servicio de Ginecología con el diagnóstico de tumor anexial derecho, quiste unilocular que fue extirpado por laparotomía, con diagnóstico de quiste hidatídico de ovario al examen histopatológico. Se describe las características clínicas, ecográficas e histológicas; se realizó otros estudios para confirmación diagnóstica.

PALABRAS CLAVE: Hidatidosis; Quiste de ovario.

ABSTRACT

We report a case of ovarian hydatid cyst, of rare presentation, without evidence of systemic hydatidosis in a 29 year-old woman with one previous delivery and an abortion, admitted to the Gynecology Service with the diagnosis of right adnexal tumor. A unilocular cyst was removed by laparotomy and the diagnosis was ovarian hydatidic cyst by pathological examination. We describe the clinical, ultrasound and histologic characteristics.

KEYWORDS: Hydatid cyst. Ovarian cyst.

INTRODUCCIÓN

La hidatidosis es una enfermedad parasitaria producida por la larva del género *Equinococcus*, generalmente de la especie *E. granulosus*; tiene distribución mundial, es más frecuente en Europa del sur, Europa del Este, oriente próximo,

Asia Central, África del norte y del sur, Australia, Sudamérica y algunas áreas de Canadá y EE.UU.

Otras especies de *Equinococcus* que producen infección humana son el *E. multilocularis* y más raramente *E. vogeli* y *E. oligarthrus*.^(1,2)

El gusano adulto vive en el intestino delgado del huésped definitivo, generalmente el perro, y los huevos son expulsados por las heces. El hombre, que será el huésped intermedio, se infecta cuando ingiere accidentalmente los huevos del *Equinococcus*. Los huevos anidan en el duodeno y liberan embriones invasivos que atraviesan la mucosa, entran en la circulación portal y alcanzan el hígado, que es la localización más frecuente de esta infección. A veces, las larvas pasan

Claudia Urbina, Dante Benavides,
José Somocurcio

Rev Per Ginecol Obstet 2006;52(1):51-53

Recibido 20 de diciembre de 2005.

Aceptado para publicación 13 de febrero de 2006.

Servicios de Ginecología y Anatomía Patológica,
Hospital Nacional E. Rebagliati M., ES Salud, Lima, Perú
Correspondencia: Dra. Claudia Urbina-Álvarez
Teléfono: 9-736-1822. claudiaurbina_alvarez@yahoo.es

la primera barrera hepática y alcanzan los pulmones. Raramente, las larvas consiguen pasar el filtro de los capilares pulmonares y alcanzan la circulación arterial para afectar otros tejidos, como cerebro, riñones, hueso, etc.⁽²⁾

Se presenta frecuentemente en el hígado (60%), pulmón (15%). La incidencia de quiste equinococo pélvica es 0,2 a 0,9%⁽³⁾. Aproximadamente, 80% de todos los casos se desarrolla en el ovario, seguido del útero.

La ultrasonografía y tomografía pueden ser de utilidad en el diagnóstico de quiste equinococo pélvico; se le observa con pliegues calcificados. El quiste hidatídico es avascular, con vascularización periférica.⁽⁸⁾

CASO CLÍNICO

Mujer casada, de 29 años, natural de Puno y procedente de Lima, que ingresó el 26 de julio de 2005 al servicio de Ginecología, para intervención quirúrgica, por tumoración anexial derecha. Refería una enfermedad de aproximadamente 7 meses, caracterizada por dolor hipogástrico y en zona lumbar. Había tenido un parto y un aborto, sin otros antecedentes de importancia.

Al examen físico se encontró: presión arterial, 110/70 mmHg; frecuencia cardíaca, 78 por minuto; temperatura, 37°C; piel tibia, elástica, abdomen blando depresible no doloroso; al examen bimanual, el útero medía 7 cm, anexo derecho con tumoración poco definida; no se halló otra anomalía sistémica ni ginecológica.

La ecografía pélvica reveló útero y ovario izquierdo normal, ovario derecho con presencia de tumoración mixta con ecos internos en su interior y algunas áreas de hiperrefringencias, de 80 x 63 mm, Douglas libre. El diagnóstico fue quiste dermoide derecho (Figura 1).

Los exámenes auxiliares mostraron: hemoglobina, 10,4 g/dL; leucocitos, 17 410; plaquetas, 196 000; eosinofilia, 0,01; basófilos, 0,01; Ca 125, 11,46 UI. La radiografía pulmonar fue normal, la prueba de arco V fue no reactiva y la ecografía abdominal normal.

Se procedió a laparoscopia quirúrgica, convertida a laparotomía exploratoria por los hallazgos; se realizó incisión mediana, evidenciándose lesión de aspecto quístico de más o menos 10 cm de diámetro, de paredes gruesas, en anexo derecho, el cual se evacuó parcialmente de manera accidental (laparoscopia); contenido no necrótico, no escólex; estaba ubicado hacia el parametrio homolateral adherido al útero y cara anterior de la mitad superior de recto. Fue enviada muestra para biopsia por congelación, que encontró hidatidosis quística. Se lavó la cavidad y se colocó drenes hacia la pared abdominal. El hígado era de superficie normal, grandes adherencias del epiplón a la pared anterior del abdomen y pelvis, adherencias laxas de sigmoides a pared abdo-

minal, resto de órganos normales.

La anatomía patológica describió múltiples fragmentos membranosos de consistencia blanda que es conjunto hacían un volumen de 25 mL, que fue informado como lesión quística parasitaria (equinococosis). Posteriormente, se procedió al estudio por parafina, con diagnóstico de quiste hidatídico no complicado y no viable (Figura 2).

La paciente evolucionó favorablemente, saliendo de alta al séptimo día postoperatorio; recibió albendazol 40 mg cada 12 horas por 4 semanas.

DISCUSIÓN

El *Equinococcus granulosus* causa enfermedad hidática en el hombre. El 70% de las larvas es capturada en el hígado; el 30% que escapa al filtro hepático (Unat, 1991) puede ser capturado en el pulmón. Si el *E. granulosus* entra en la circulación, puede ir a sitios distintos, como cerebro y órganos abdominales y pélvicos.

Puede pasar alrededor de 19 a 20 años para que el quiste sea sintomático. La duración de la formación quística depende de la elasticidad y expansibilidad del órgano. La hidatidosis del tracto genital femenino es extraordinariamente rara. Los órganos genitales internos raramente son el sitio primario, usualmente aparece secundariamente a rotura de quistes hidáticos hepáticos. En la mayoría de los casos reportados se presenta en abdomen y pelvis o se desarrolla luego de una cirugía primaria de órganos abdominales, en 8 a 22%, generalmente 3 años después de la operación.^(1,12)



Figura 1.



Figura 2.

Aunque teóricamente es posible la aparición de quiste ovárico hidatídico por difusión hematogena antes que la difusión secundaria del hígado, es generalmente aceptado que todo caso pueda ser por difusión secundaria (Arman, 1982; Solidoro, 1991).⁽⁵⁾

Cuando se comprometen los órganos de la reproducción, se reconoce un cuadro de abdomen agudo.

En países como el nuestro, en donde esta enfermedad es endémica, debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de cualquier tumoración quística localizada en los órganos pélvicos. Debe considerarse también que no hay sintomatología específica para la hidatidosis pélvica.⁽⁶⁾ Dentro de los órganos comprometidos, en el ovario se presenta en 0,2%.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Budak MFA. Hydatid cyst of site ovary. Arch Gynecol Obstet. 1997;26:51-3.
2. Hamani EO, Besini H. Unusual locations of hydatid disease and surgical approach. ANSA Surg. 2004;74:356-60.
3. Barredo I. Hidatidosis ósea del peroné. Rev Española Infectol. 2004;37(3):1-6.
4. Meyer WM. Hydatidosis. En: Pathology of Infectious Diseases. Vol. Helminthiasis. Washington DC: Armed Forced Institute of Pathology. 2000:145-64.
5. Solidario G. Hydatid cyst of the ovary, description of a case. Minerva Chir. 16:571-5.
6. Chávez J, Solano. Hidatidosis pélvica: reporte preliminar de 3 casos. Diagnóstico. 1986;18(1):30.
7. Oddo D, Tayle R. Hidatidosis en material de biopsia. Parasitol día. 1989;13(2):64-8.
8. Diaz-Recasens J, Garcia A. Ultrasonographic appearance of an equinococcus ovarian cyst. 1998;91(5) part 2: may 1998.
9. Amran M, Zovaidia. Hydatidosis: a propose of several uncommon location. Med Trop. 2000;60(3):27-32.
10. Gaym A, Degefe AD. Hydatid cyst: an unusual cause of ovarian enlargement. Ethiop Med J. 20002;40(3):283-9.
11. Komar K, Ghosh S. Bilateral ovarian hydatid-disease an unusual case. Indian J Pathol Microbiol. 2001;44(4):495-6.
12. Hiller N, Hades ZI. Equinococcal ovarian cyst, a case report. Reprod Med. 2000;45(3): 224-6.