

HIDATIDOSIS INTRAABDOMINAL PSEUDOTUMORAL: REPORTE DE UN CASO

— *Milagros Abad Licham¹, Patricia Loyola Segura², Jorge De La Cruz Mio³, Pedro Hernández Moron⁴,
Roberto Rodríguez Fajardo⁴, Rafael Guzmán Gavidia⁵ y Juan Astigueta Perez⁶* —

RESUMEN

Las enfermedades infecciosas pueden simular cáncer, por lo que es nuestra obligación sospecharlas y considerarlas en el diagnóstico diferencial. Presentamos el caso de una mujer de 29 años que ingresa al IREN Norte con sospecha clínica de cáncer avanzado de ovario, cuyo diagnóstico final fue Hidatidosis Intraabdominal.

ABSTRACT

Infectious diseases can mimic cancer, so it is our duty and consider in the differential diagnosis. We report a 29-year old woman, patient of Northern Regional Institute of Neoplastic Diseases-Peru, she enters with clinically suspected advanced ovarian cancer whose final diagnosis was Intra-abdominal hydatidosis.

- 1.-Médico patólogo oncólogo, jefe del Departamento de Apoyo al diagnóstico y Tratamiento IREN Norte
 - 2.-Biólogo, responsable del Servicio de Citología IREN Norte
 - 3.-Médico residente primer año; Medicina Oncológica IREN Norte
 - 4.-Médico cirujano oncólogo; Servicio de Ginecología Oncológica IREN Norte
 - 5.-Médico cirujano oncólogo; Servicio de Abdomen IREN Norte
 - 6.-Médico cirujano oncólogo; Servicio de Urología Oncológica IREN Norte
- Recepción Diciembre 2012. Aceptación Diciembre 2012

INTRODUCCIÓN

La hidatidosis es una zoonosis producida por la forma larvaria (hidátide) del céstodo *Echinococcus granulosus*. El ser humano es un huésped intermediario accidental, que se infecta al ingerir los huevos altamente infecciosos, eliminados por un perro infestado (hospedero definitivo) al defecar, contaminando el alimento del ganado y otros herbívoros, incluyendo al hombre. En el tracto intestinal de estos huéspedes intermediarios los huevos eclosionan, invaden la pared intestinal y alcanzan la circulación portal. Posteriormente, en el hígado la gran mayoría son filtrados en los sinusoides hepáticos y de ahí pasan a la circulación sistémica, con lo cual ningún órgano queda inmune a la invasión de los huevos altamente infecciosos, formando dentro de ellos quistes hidatídicos que se localizan generalmente en hígado y pulmón. Sin embargo pueden localizarse en cualquier parte del cuerpo si logran alcanzar la circulación arterial sistémica.^{1,2,3,4}

Presentamos el caso de una paciente mujer de 29 años, con sospecha clínica de neoplasia maligna de ovario con carcinomatosis, cuyo diagnóstico final fue hidatidosis peritoneal.

REPORTE DE CASO

Paciente mujer de 29 años, soltera, natural de Lima y procedente de La Libertad. Ingresa al instituto por presentar desde hace dos meses, dolor abdominal tipo opresivo, no irradiado, asociado a leve distensión pélvica. Trae **ecografía abdominal** que informa **“Colección líquida multitabletada con ecos internos en ovario izquierdo, que se extiende hasta epigastrio e hipocondrio izquierdo”**. **Conclusión: Gran cistoadenoma - cáncer de ovario izquierdo**

Antecedentes ginecológicos: Paridad: G2 P-1011; Menarquía 12 años; Poliandra: 05. Niega antecedentes oncológicos. Antecedentes ocupacionales: trabajadora administrativa en Mina Santa Luisa (Región Ancash) hace cuatro años.

Al examen físico preferencial se palpa en la región abdominal masa irregular de gran tamaño. Genitales externos de características normales; va-

gina mediana elástica con leucorrea. No eritroplasia cervical. Tacto rectal Negativo. Los resultados de los exámenes de laboratorio para marcadores oncológicos fueron: DHL: 394.6 U/L, HGC: negativo, CA 125: 20.15 U/ml, AFP: 3.47 ng/ml.

Se realiza **ecografía doppler transvaginal** complementaria con resultado de: **Quiste de ovario izquierdo con paredes engrosadas y escasamente vascularizada sugestivas de neoplasia maligna; asociado a tumoración abdominal tabicada, posiblemente secundaria.**

Con estos resultados, la paciente es sometida a **LAPARATOMIA EXPLORATORIA + ANEXECTOMIA IZQUIERDA + BIOPSIA INTRAOPERATORIA + RESECCION DE PARED DE QUISTE ABDOMINO PELVICO + RESECCION DE IMPLANTES TUMORALES INTRAABDOMINALES + RAFIA DE INTestino DELGADO**. En el intraoperatorio se encuentran múltiples lesiones quísticas de diversos tamaños desde 1 cm hasta 15 cm con contenido líquido en su interior (fig. 1), las mismas que se encontraban dentro de una cápsula gruesa que se extiende desde cavidad pélvica comprometiendo el útero y anexos hasta abdomen superior adherido a nivel de la cúpula diafragmática derecha. También se encontraron implantes de diversos tamaños a nivel del meso colon trasverso, meso apéndice e intestino delgado. Bazo de tamaño y forma adecuada. Útero de

8x6x4 cm. con implante de lesión a nivel de la cara posterior del cérvix. Ovario derecho de 3x3 cm de características macroscópicas normales. Ovario izquierdo de 3x3 cm con lesión tumoral en la superficie de 5x4 cm. Hígado, estómago, páncreas de características macroscópicas normales.

Se enviaron para estudio intraoperatorio rotuladas como “tumor de ovario” dos muestras quísticas de superficie lisa, translúcida. Al corte de esos tumores fluye líquido transparente y se desprende una membrana de color crema rugosa. Se realizaron extendidos citológicos de estas estructuras y logramos identificar numerosos protoescólex y escólex con ganchos radiados, entremezclados con linfocitos, macrófagos y material amorfo. El resultado se informó como quiste membranoso (tipo parásito, hidatidosis). Proceso inflamatorio crónico asociado. No se observa neoplasia maligna. (fig. 2, 3)

En un segundo tiempo recibimos para estudio en parafina numerosas formaciones quísticas rotuladas como “implantes”, intrabdominales y de meso sigmoides; el anexo izquierdo y una cápsula quística. A la microscopía, en todas las muestras identificamos la membrana anhista, la membrana germinativa y la cápsula prolígera, que se encontraban inmersos en el tejido fibroadiposo y asociado a proceso inflamatorio crónico de tipo cuerpo extraño. El parénquima ovárico presentó cuerpos albicans y



Figura N° 1

Se observan numerosos quistes hidatídicos, translúcidos de diferente tamaño, semejante a las “esferas de dragón” (intraoperatoria).

quistes foliculares; la trompa uterina es congestiva. Con estos hallazgos se concluyó como diagnóstico **HIDATIDOSIS INTRABDOMINAL** (fig. 4, 5).

Con estos resultados, la paciente se realizó la prueba **WESTERN BLOT** con resultado positivo para anticuerpos anti **QUISTE HIDATÍDICO** y ha sido referida a un hospital general para continuar tratamiento.

DISCUSIÓN

La **hidatidosis** es una zoonosis causada por las formas larvarias del *Echinococcus granulosus* que en nuestro país es endémica en las regiones de la sierra central y el sur, donde la ganadería es una actividad frecuente¹. El parásito requiere de dos hospederos mamíferos, para completar su ciclo de vida; la del adulto, que se desarrolla principalmente en el intestino del perro; y la larvaria, que se desarrolla en forma de quiste (hidatídico), en las vísceras de animales herbívoros.^{7,8} El hombre es un huésped accidental y se infecta al ingerir los huevos presentes en las verduras contaminadas con materia fecal de perros infectados^{1,7,8}. Los huevos ingeridos eclosionan y liberan el embrión hexacanto en el intestino delgado del hombre; luego, pasan a la circulación venosa hasta alojarse principalmente en el hígado (60%) y pulmón.

La alta prevalencia de la enfermedad en nuestra sierra y el flujo migratorio poblacional, ha originado la aparición de hidatidosis en zonas costeras y en localizaciones anatómicas poco habituales como bazo, páncreas, riñón, peritoneo y hueso.^{3,4,5,8,9,10,11}. Al revisar la literatura nacional y extranjera las "localizaciones poco frecuentes" representan entre el 8,8 y un 15% de la enfermedad hidatídica abdominal, lo que permite hacerse una idea de la importancia de estas cifras en término de prevalencia. Además, desde el punto de vista clínico, esta enfermedad puede ser difícil de diagnosticar, ya que la mayoría de los quistes hidatídicos crecen lentamente y no producen síntomas por años y cuando se manifiestan pueden tener una sintomatología que simule otras enfermedades incluyendo las oncológicas. Nuestro caso es el de una paciente con enfermedad hidatídica peritoneal, que ingresa al instituto con

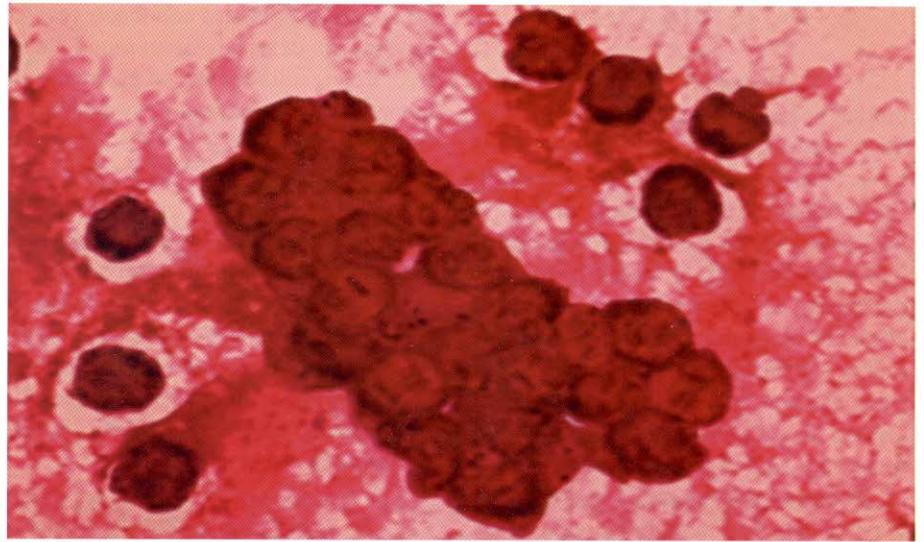


Figura N° 2 (10x; H-E)

Vistas a menor aumento de numerosos estados larvarios protozoicólex de quiste hidatídico de *Echinococcus granulosus*.

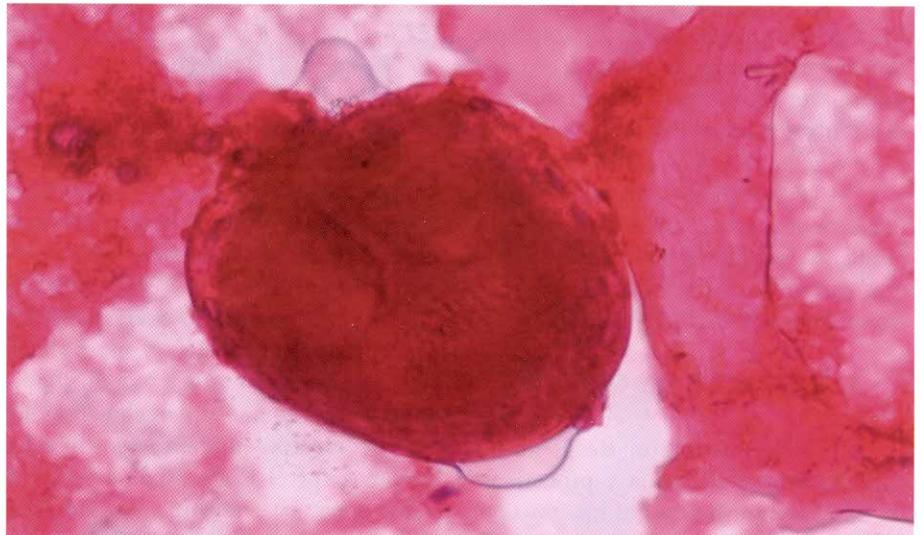


Figura N° 3 (40x; H-E)

Vistas a mayor aumento de estado larvario protozoicólex de *Echinococcus granulosus*.

sospecha clínica de cáncer metastásico de ovario, que tenía como antecedente epidemiológico ocupacional, el de haber laborado en la sierra de la Región de Ancash.

La Hidatidosis intrabdominal (peritoneal) puede ser primaria que es rara, su frecuencia se estima en alrededor del 0.8%^{13,14}; o secundaria cuando se origina a partir de un quiste hepático y más raramente de un quiste esplénico.^{3,4,11,12,13} En la literatura existen pocos reportes sobre el tema, siendo la primera publicación la de Lockhart y Sapinza en 1958.¹³ En nuestra paciente no se identificó compromiso de hígado y bazo, por lo que se

trata de un caso de **parasitosis peritoneal primaria**.

Las manifestaciones clínicas de la hidatidosis peritoneal primaria son masa abdominal^{1,2,3,8,13}, dolor abdominal en flanco^{13,14} y masa subcutánea lumbar.^{12,15,16} Infrecuentemente pueden presentar dolor abdominal hipogástrico o signos de compresión de órganos.¹⁵ En una revisión hecha por Aydini y col. de 14 casos, la duración promedio de los síntomas fue de 9,8 meses (rango de 0-36 meses), con un promedio de edad de 41,4 años (rango 16-80 años). La eosinofilia no es un hecho frecuente en el caso de quistes de ubicación peritoneal.^{13,15,16}



Figura N° 4 (40x; H-E)

Cortes histológicos en el que se observa la membrana anhisto o cutícula, la membrana germinativa o prolígera y una cápsula prolígera del *Echinococcus granulosus*.



Figura N° 5 (40x; H-E)

Vistas a mayor aumento de estado larvario protoescólex de *Echinococcus granulosus*.

El diagnóstico debe sospecharse a través de imágenes, apoyado en los antecedentes epidemiológicos y serológicos^{5,9}; pero no siempre es fácil, como en nuestro caso. La ecografía que es el método de elección y la herramienta diagnóstica más utilizada, porque cumple en la mayoría de los casos con todas las premisas establecidas para el estudio por imágenes de esta infección; en nuestra paciente orientó a enfermedad oncológica avanzada.

El estudio citológico del contenido quístico y de las mismas estructuras han demostrado ser de gran utilidad diagnóstica.^{12,13,17,18,19} La biopsia por

aspiración con aguja fina guiada por ecografía es un buen método que en manos expertas y con todas las medidas de seguridad es una excelente alternativa de diagnóstico rápido; sin embargo no se practica de rutina por el riesgo de ocasionar choque anafiláctico.¹⁹ En patología oncológica, es crucial la toma de decisiones en el acto operatorio, como en el caso que presentamos, y la citología tiene una alta sensibilidad y especificidad. Los expertos están de acuerdo que la presencia de partes del parásito establece el diagnóstico.^{19,20,21} Nosotros logramos identificar escólex, protoescólex y ganchos irradiados del parásito acompañados de elementos inflamatorios que

nos permitieron plantear el diagnóstico y que ratificamos en el corte histológico definitivo hecho en parafina. En nuestra experiencia, nos ratificamos en que la citología intraoperatoria es una excelente alternativa para la toma de decisiones inmediatas.²²

La cirugía sigue siendo el tratamiento quirúrgico de elección; la técnica quirúrgica a emplear y la vía de abordaje dependerán de la localización, tamaño y estado del quiste.^{30,31} Sin embargo, existen tratamientos alternativos y/o complementarios como el empleo de benzimidazoles (albendazol).

Agradecimiento: Servicio de Histotecnología y Centro Quirúrgico IREN Norte.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Vera M. Gabriela, Venturelli M Francisco, Ramírez T José, Venturelli Laliro. Hidatidosis humana. Cuad. Cir. 2003; 17: 88-94.
2. Manterola C, Vial M, Carrasco R, Bustos L, Losada H, et al: Hidatidosis abdominal de localización extra hepática: características clínicas y evolución de una serie de casos. RevChilCir2002; 54: 128-34.
3. Yildirim M, Erkan N, Vardar E. Hydatid cysts with unusual localizations: diagnostic and treatment dilemmas for surgeons..Ann Trop Med Parasitol.2006 Mar; 100(2):137-42.
4. LLatas Juan; Frisncho, Oscar y Vásquez Jorge. Quiste hidatídico primario de bazo. Rev. Gastroenterol. Perú., 2010, 30 (3), p.232-235. ISSN 1022-5129.
5. Maguiña Vargas, Ciro, Guerra Amaya Oscar, Ruiz Siembra, Carlos y Salinas Cerquin Cesar. Hidatidosis osteoarticular. Reporte de un caso. Rev. Med Hered 2002, 13 109 -113.
6. Salgado, DS, Suárez-Ognio, L & Cabrera, R. Características clínicas y epidemiológicas de la equinococosis quística registrados en un área endémica en los andes centrales del Perú. Neotropica IHelminthology, 2007 vol.1, (2), 69-83.

7. Larrieu E, Belloto A, Arambulo P, Tamayo H. Equinococosis quística: epidemiología y control en América del Sur. *Parasitol Latinoam*. 2004;59(1-2):82-9.
8. Gamarra Melvin, Cruz Sanchez Mary. Hidatidosis peritoneal y gestación: presentación de tres casos clínicos. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2007;53(2):140-142.
9. Campano Chire, Armando; Díaz Gallegos, Fernando, Manrique Sila, Jorge. Retención urinaria por tumoración quística, hidatidosis pélvica: a propósito de un caso. *Rev per. Urol*. 2010 22: 42- 45.
10. Horchani A Noiura y Chtourou M, et al. Retrovesical hydatid disease; a clinical study of 27 cases. *EurUrol* 2001. 40 655 – 660.
11. Pinto P; Torres F, Medeiros L; Arriagada R. Localizaciones poco frecuentes de la hidatidosis. *Rev Chi cir* 1986 38 56-9.
12. Muro I, Sanz J, Recarte J, Hernacz I. Primary retroperitoneal hydatid cyst. *Arch Esp Urol* 2000;53:268-71.
13. Stephanie Subercaseaux V., Cecilia Besa C., Álvaro Burdiles O., Álvaro Huete G. y Óscar Contreras O. Quiste hidatídico retroperitoneal: una enfermedad frecuente en una ibicaión inusual. *Rev Chil Infect* 2010; 27(6): 556-560.
14. Ismail M, Al-Dabagh M, Al-Janabi T, Al-Muslih M, Al-Ani M, Rassam S, et al. The use of computerized axial tomography (CAT) in the diagnosis of hydatid cyst. *ClinRadiol* 1980; 31:287-90.
15. Tepetes K, Christodoulidis G, Spyridakis M, Hatzithcofilou K. Large solitary retroperitoneal echinococcal cyst: a rare case report. *World J Gastroenterol* 2007; 13: 6101-3.
16. Aydinli B, Ozturk G, Polat K, Atamanalp S, Ozbey I, Onbas O et al. Extravisceral primary hydatid cyst of the retroperitoneum. *ANZ J Surg* 2007; 77: 455-9.
17. Angaarwal. Cytologic findings in aspirated hydatid fluid. *Acta Cytol* 1989; 33 (5).
18. Uma H, Harsh M. Cytodiagnosis of hydatid disease presenting with Horner's syndrome. *Acta Cytologica* 2001; 45(5): 784-788.
19. Ana Elvira Cortés Carrasco, 1 Nassira Martínez Hernández, 2 Sara Parraquirre Martínez 3 Hidatidosis por estudio citológico e histológico. Presentación de un caso. *Rev Hosp Gral Dr. M Gea González* 2002;5(1-2):42-45.
20. Saenz de Santamaría J, Moreno Casado J, Núñez C. Role of fine-needle biopsy in the diagnosis. *Diagnostic Cytopathology*. 1995; 13: 229-32.
21. Medina Pérez M, Pareja Megía MJ. Quiste hidatídico de partes blandas. *Rev Esp Patol* 2003; Vol 36, n.º 1: 91-94.
22. Abad Licham, Milagros; Olivera Aldana, Mónica y col. El estudio intraoperatorio: experiencia inicial en el IREN Norte. *Acta Cancerológica* 2011.

CORRESPONDENCIA:

Milagros Abad Licham
milagros.abad@hotmail.com



Acta Cancerológica

ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD PERUANA DE CANCEROLOGÍA
Y DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Ingrese gratuitamente a: www.cancerologiaperu.org