

J.M. Giles  
I. Pérez  
B. Acevedo  
E. Alguacil  
P. Ferreiro  
J.M. Salmeán

### Hidatidosis como diagnóstico diferencial de masa pelviana

473

#### *Hydatidosis as a differential diagnosis of pelvic mass*

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Severo Ochoa.  
Leganés. Madrid. España.

#### Correspondencia:

Dr. J.M. Giles Jiménez.  
Santiago de Compostela, 88 bajo. 28035 Madrid. España.  
Correo electrónico: jgiles@ivi.es

Fecha de recepción: 3/2/03  
Aceptado para su publicación: 4/3/03

J.M. Giles, I. Pérez, B. Acevedo, E. Alguacil, P. Ferreiro, J.M. Salmeán. Hidatidosis como diagnóstico diferencial de masa pelviana.

#### RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente con una masa pelviana calcificada tratada mediante laparoscopia, con diagnóstico anatomopatológico de quiste hidatídico. Asimismo, se lleva a cabo una revisión bibliográfica de la equinococosis localizada en el aparato genital femenino.

#### PALABRAS CLAVE

Hidatidosis. Laparoscopia.

#### SUMMARY

We report the case of a woman with a calcified pelvic mass. Laparoscopic surgery was performed and pathological diagnosis was hydatid cyst. We provide a literature review of echinococcosis of the female genital system.

#### KEY WORDS

Hydatidosis. Laparoscopy.

#### INTRODUCCIÓN

La hidatidosis está producida por las larvas enquistadas de gusanos del género *Echinococcus*; la especie más común es *E. granulosus*. Esta enfermedad se halla ampliamente distribuida, especialmente en zonas ganaderas. En el futuro, en nuestro medio, su incidencia puede aumentar tanto por la inmigración de personas procedentes de áreas endémicas como por el aumento del turismo en ellas.

La enfermedad afecta con más frecuencia al hígado (60%) y al pulmón (15%), aunque también se ha descrito la presencia de quistes en la pelvis en el 0,2-0,9% de los casos, el 80% de los cuales se sitúan en el ovario y el útero<sup>1,2</sup>.

La afección primaria de estructuras pelvianas es extremadamente rara y casi siempre se debe a la rotura de quistes hepáticos o de otros órganos abdominales en el peritoneo<sup>3,4</sup>. Presentamos el caso de un quiste hidatídico localizado en la pelvis tratado mediante cirugía laparoscópica en nuestro servicio.

#### CASO CLÍNICO

Paciente de 53 años remitida desde atención primaria por presentar una masa compatible con mio-



**Figura 1.** Radiografía simple de abdomen en la que se aprecia masa pelviana de densidad cálcica.



**Figura 2.** Imagen ecográfica. Tumoración pelviana.



**Figura 3.** Corte transversal de tomografía computarizada en el que se observa quiste hidatídico adyacente al útero.

ma en radiografía simple de abdomen (fig. 2). Como antecedentes personales presentaba hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y amigdalectomía. En los antecedentes ginecoobstétricos constaba una menarquía a los 13 años, un tipo menstrual 5/30-45 y una menopausia a los 51 años. G4 A1 V3, partos eutócicos a término. Los antecedentes familiares carecen de interés. En la exploración se objetivó un útero irregular a expensas de canto derecho y no se palparon los anejos.

En la ecografía transvaginal (fig. 2) se halló un útero regular, HTM 60 mm con endometrio de 3,5 mm.

En el anejo derecho se observaba una formación de 4 cm con una zona ecorrefringente en su interior y una gran atenuación posterior compatible con teratoma.

Dada la edad de la paciente, se decidió completar el estudio con una tomografía computarizada (TC) abdominopelviana, en la que se evidenciaba una imagen nodular en la pelvis menor de 4 x 3 cm, de atenuación similar al hueso, que se informó como mioma calcificado. En el parénquima hepático se describía una imagen nodular calcificada de 6 x 5 mm sugestiva de quiste hidatídico calcificado. La analítica, los marcadores tumorales de ovario y la radiografía de tórax no evidenciaban anomalías (fig. 3).

En este punto, y ante la sospecha de un teratoma de ovario derecho versus mioma pediculado calcificado, se indicó la realización de una laparoscopia, en la que se visualizaron útero y ovarios normales, con múltiples adherencias de estas estructuras y de epiplón a pared pelviana, que fueron liberadas. En la fosa ilíaca derecha aparecía una estructura de 4 cm, pegada al epiplón, que daba la impresión de teratoma, se efectuó tumorectomía y extracción de la pieza a través de la punción umbilical previamente ampliada. El postoperatorio cursó sin incidencias, y la paciente fue dada de alta a las 48 h.

El estudio anatomopatológico dio como resultado la existencia de un quiste hidatídico de 3,5 cm, mostrando una calcificación prácticamente completa de sus paredes.

## DISCUSIÓN

La hidatidosis afecta a mujeres de cualquier edad, si bien las manifestaciones clínicas son más frecuentes en el grupo entre 20 y 40 años. La infestación habitualmente ocurre en la infancia, se produce un crecimiento lento de los quistes, que se hacen palpables después de varios años<sup>1-4</sup>.

La distribución de escólex está en función del flujo sanguíneo y de la densidad del lecho capilar. Así, en zonas con capilares estrechos existe una mayor incidencia que en órganos con capilares de mayor calibre y abundantes anastomosis, como sucede en el aparato reproductor femenino<sup>5</sup>.

En nuestro caso la paciente se hallaba asintomática, como es habitual en pacientes de esa edad. En aquellas que presentan clínica, ésta es inespecífica, dependiendo del modo de presentación del tamaño del quiste y de la presencia de complicaciones, y puede cursar con dolor abdominal, irregularidades menstruales, infertilidad y compresión de estructuras adyacentes.

En el diagnóstico será de gran importancia la aparición de quistes hidatídicos de otras localizaciones o en miembros de la familia, así como la procedencia del paciente de áreas endémicas.

El tacto bimanual pondrá de manifiesto una estructura quística, o dura e irregular, simulando un útero miomatoso. Ésta fue la impresión que tuvimos nosotros en la exploración. En la ecografía transvaginal se observa un quiste con estructura interna compleja y avascular, y el Doppler color pone de manifiesto la presencia de vascularización periférica

con bajo índice de resistencia<sup>6,7</sup>. El estudio puede completarse con otras pruebas de imagen (radiografía, TC y resonancia magnética) y técnicas inmunohistoquímicas<sup>8</sup>.

En el caso que presentamos, la ecografía sugería un teratoma ovárico, dadas las características de la masa y la distancia de ésta al útero, mientras que la TC era compatible con mioma pediculado calcificado. Puesto que nos hallábamos ante un proceso benigno, como corroboraba el resto de exploraciones complementarias, nos inclinamos por la realización de una laparoscopia diagnosticoterapéutica, por sus indudables ventajas.

Hasta ahora, la cirugía constituye el tratamiento de elección de la equinocosis, y está indicado el tratamiento con antihelmínticos (mebendazol, abendazol...) antes de la cirugía en pacientes con enfermedad multifocal, o bien como alternativa en aquellos con alto riesgo quirúrgico o que rechacen la intervención.

## CONCLUSIONES

La equinocosis debe incluirse en el diagnóstico diferencial de masas que afectan al aparato genital femenino, especialmente en personas con quistes hidatídicos de otra localización o procedentes de regiones endémicas. El avance en las técnicas de imagen y la mayor experiencia en cirugía endoscópica permiten actualmente un mejor abordaje de las masas pelvianas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Georgakopoulos PA, Gogas CG, Sariyannis HG. Hydatid disease of the female genitalia. *Obstet Gynecol* 1980;55:555-9.
2. Baab L, Chaieb H, Keskes J. Profil épidémiologique de l'hydatidose pelvienne. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1991;20:657-60.
3. Azahr H. Primary echinococcal infection of the ovary. *Br J Obstet Gynaecol* 1977;84:633.
4. Rahman MS. Obstetric and gynaecological presentations of hydatid disease. *B J Obstet Gynaecol* 1982;89:665-70.
5. Raffii P, Dutz W. Hydatid disease of the kidney. *J Urol* 1967;97:815.
6. Díaz-Recaséns J, García-Enguidanos A, Sáinz de la Cuesta R. Ultrasonographic appearance of an echinococcus ovarian cyst. *Obstet Gynecol* 1998;91:841-2.
7. Hiller N, Zagal I, Hadas-Halpern I. Echinococcal ovarian cyst. A case report. *J Reprod Med* 2000;45:224-6.
8. Von Sinner WN. New diagnostic signs in hydatid disease: Radiography, ultrasound, CT and MRI correlated to pathology. *Eur J Radiol* 1991;12:150-9.