

## Hidatidosis pélvica primaria

 Eduardo Reyna-Villasmil,<sup>1</sup>  Duly Torres-Cepeda,<sup>2</sup>  Martha Rondon-Tapia.<sup>3</sup>

### RESUMEN

*La hidatidosis es una antropozoonosis causada por la larva del Echinococcus granulosus. El órgano más afectado es el hígado, seguido por pulmones, riñones y sistema osteomuscular. Generalmente, tienen baja progresión y tienden a ser asintomáticos. La sintomatología inespecífica dificulta el diagnóstico y conduce a la realización de procedimientos diagnósticos innecesarios. Los quistes hidatídicos de los órganos pélvicos femeninos pueden confundirse inicialmente como tumores quísticos ováricos o infecciones pelvianas. Esta entidad deber considerarse como diagnóstico diferencial de cualquier lesión pélvica quística en pacientes en zonas endémicas. La cirugía es el estándar de tratamiento y la exploración de la cavidad abdominal es esencial en la búsqueda de quistes en otras localizaciones. Los medicamentos antihelmínticos pueden ayudar a disminuir la recurrencia. Se presenta un caso de hidatidosis pélvica primaria.*

**Palabras clave:** Hidatidosis pélvica primaria, Echinococcus granulosus, Hidatidosis extrahepática, Quiste hidatídico.

### Primary pelvic hydatidosis

#### SUMMARY

*Hydatidosis is an anthrozoosis caused by the larva of Echinococcus granulosus. The most affected organ is liver, followed by lungs, kidneys and osteo-muscular system. Generally, it has low progression and tend to be asymptomatic. The non-specific symptomatology makes diagnosis difficult and leads to unnecessary diagnostic procedures. Hydatid cysts of the female pelvic organs may initially be mistaken for ovarian cystic tumors or pelvic infections. This entity should be considered as a differential diagnosis of any pelvic cystic lesion in patients in endemic areas. Surgery is the standard of treatment and exploration of the abdominal cavity is essential in the search for cysts in other locations. Anthelmintic drugs may help decrease recurrence. A case of primary pelvic hydatidosis is presented.*

**Keywords:** Primary pelvic hydatidosis; Echinococcus granulosus; extrahepatic hydatidosis; hydatid cyst.

## INTRODUCCIÓN

La hidatidosis (o equinococosis) es una antropozoonosis causada por la forma larvaria del *Echinococcus granulosus*. La vía de transmisión es fecal-oral, cuando los huevos son ingeridos accidentalmente con alimentos o agua contaminados y llegan al intestino del huésped intermediario (1). Es endémica en Oriente

Medio, Europa del Este y Suramérica. Es poco probable que los humanos transmitan la enfermedad, ya que son considerados huéspedes accidentales o aberrantes (2). El hígado, en el 59 % - 75 % de los casos, es el órgano más comúnmente afectado, seguido de pulmones (27 %), riñones (3 %) y sistema musculoesquelético (1 %- 4 %) (3).

La hidatidosis pélvica primaria es rara y tiene una incidencia que oscila entre 0,2 % - 2 % (1). La enfermedad generalmente es asintomática y en la mayoría de las ocasiones el diagnóstico es accidental por estudios de imágenes realizados por otros motivos o por el efecto de masa que lleva a compresión externa de estructuras vecinas (3, 4). Se presenta un caso de hidatidosis pélvica primaria.

<sup>1</sup>Doctor en Medicina Clínica. Especialista en Ginecología y Obstetricia. <sup>2</sup>Doctora en Ciencias Médicas. Especialista en Ginecología y Obstetricia. <sup>3</sup>Médico especialista. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central "Dr. Urquinaona". Maracaibo, Zulia, Venezuela. Correo de correspondencia: sippenbauch@gmail.com

**Forma de citar este artículo:** Reyna-Villasmil E, Torres-Cepeda D, Rondón-Tapia M. Hidatidosis pélvica primaria. Rev Obstet Ginecol Venez. 2023; 83(1): 118-123. DOI: 10.51288/00830115

## CASO CLÍNICO

Se trata de paciente de 39 años, nuligesta, quien consultó por presentar dolor pélvico crónico de, aproximadamente, 2 años de evolución. La paciente negaba síntomas gastrointestinales o urinarios, antecedentes médicos o quirúrgicos personales y/o familiares de importancia.

Al examen físico, la paciente estaba en buenas condiciones generales, con índice de masa corporal de 29,5 Kg/m<sup>2</sup>. Las variables cardiorrespiratorias estaban dentro de límites normales (frecuencia cardíaca 76 latidos por minuto, presión arterial 129/76 mm de Hg, frecuencia respiratoria de 16 respiraciones por minuto y saturación de oxígeno de 98 % con aire ambiental). Al examen abdominal se encontró dolor de leve intensidad a la palpación profunda en la fosa iliaca derecha, con ligero dolor a la descompresión. Los ruidos hidroaéreos estaban presentes y normales. En el examen ginecológico se encontró el útero pequeño, con la percepción de un tumor del lado derecho, renitente y separado del útero. En la especuloscopia se observó que el cuello uterino estaba macroscópicamente sano. En el tacto rectal la mucosa estaba sana, se palpaba la lesión descrita.

La evaluación ecográfica demostró una tumoración quística, multilocular y anecoica de ovario derecho que medía aproximadamente 8 centímetros de diámetro, con componentes sólidos de 5 milímetros y túnel de atenuación posterior (figura 1). El útero y el anexo izquierdo estaban presentes y normales. No se detectaron lesiones en otras localizaciones pélvicas u abdominales. La tomografía computarizada abdomino-pélvica con contraste mostró una lesión quística bien definida de paredes finas, con múltiples septos y calcificaciones internas, en fosa iliaca derecha. La radiografía de tórax estaba dentro de límites normales. Estas características eran sugestivas de cistadenoma ovárico derecho.

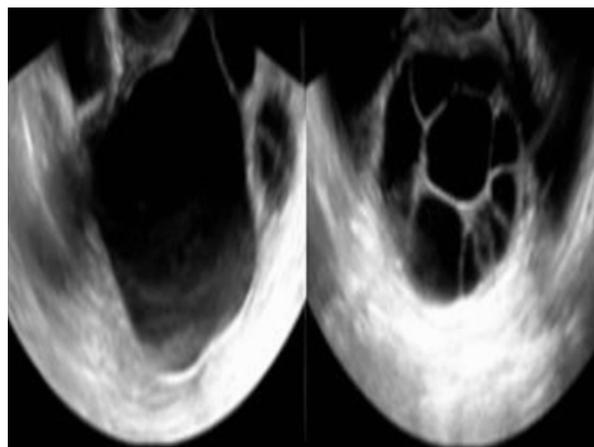


Figura 1. Imagen ecográfica que muestra tumoración quística, multilocular y anecoica de posible origen ovárico.

Las pruebas de hematología completa, orina, función renal y hepática estaban dentro del rango normal con marcada eosinofilia (15 %), aumento de la velocidad de sedimentación globular (40 mm/hora) y proteína C reactiva (25 mg/dL). Los resultados de las pruebas hormonales estaban dentro de límites normales. Los valores de los marcadores tumorales (gonadotropina coriónica, CA-125 y antígeno carcinoembrionario) eran normales.

En vista de los hallazgos se decidió realizar el abordaje laparoscópico. Durante la cirugía se encontró útero normal con tumor quístico, tenso, fuertemente adherido a la pared posterior del útero y de la trompa de Falopio, de aproximadamente 10 centímetros de diámetro, sin vegetaciones exofíticas en el ovario derecho. La lesión era similar a un quiste hidatídico (figura 2). Se procedió a la resección completa de la lesión, evitando la fuga del líquido quístico, con posterior lavado de la cavidad abdomino-pélvica. En la evaluación macroscópica del resto de la cavidad abdominal, no se encontraron otras lesiones. La intervención culminó sin complicaciones.

El examen anatomopatológico demostró quistes multilobulados en forma de uva en la pared interna

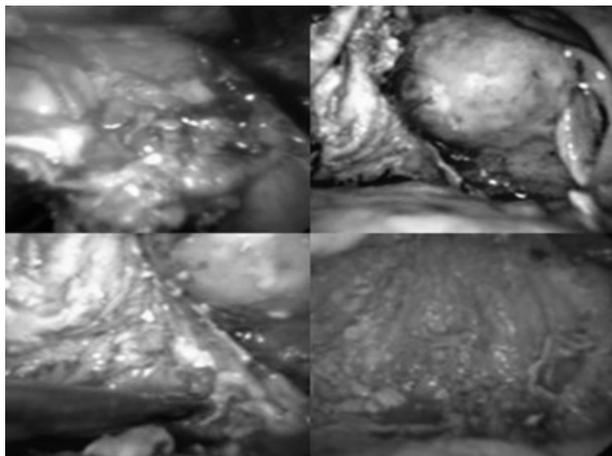


Figura 2. Imagen transoperatoria que muestra la localización pélvica del quiste hidatídico.

del quiste, con abundante líquido seroso claro. La evaluación microscópica demostró en la pared tejido fibrocolágeno grueso con algunos pequeños quistes, focos de calcificación aislados con intensa respuesta inflamatorias y abundante cantidad de

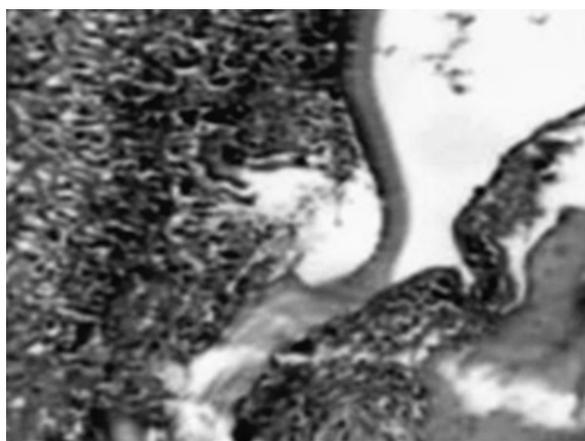


Figura 3. Imagen microscópica del quiste hidatídico, en la cual se observa el quiste rodeado por intensa reacción inflamatoria local.

células gigantes en la membrana laminar (figura 3), y abundantes escólices de *Echinococcus granulosus*. El diagnóstico definitivo fue de quiste hidatídico pélvico calcificado.

El posoperatorio transcurrió sin complicaciones y fue dada de alta al tercer día. La paciente fue tratada con albendazol (10 mg/Kg de peso por 28 días en tres ciclos con evaluación de la función hepática y recuento hematológico). La ecografía y tomografía abdomino-pélvica posoperatoria no demostró la presencia de otras lesiones. Durante los 18 meses de seguimiento la paciente no ha presentado recidivas de la sintomatología.

## DISCUSIÓN

La mayoría de las especies de *Echinococcus* están asociadas a la infestación humana. El *Echinococcus granulosus* es la principal causa de hidatidosis. Algunos autores han informado mayor frecuencia de enfermedad en el sexo masculino (5, 6).

Los parásitos adultos viven en el lumen intestinal del huésped de los carnívoros y los huevos son eliminados en las heces de los animales infectados. Los herbívoros, como huéspedes intermedios, son contaminados por la digestión de los huevos en alimentos o agua contaminados. Posteriormente, las oncósferas salen de los huevos y entran al torrente sanguíneo y llegan al hígado a través de la vena porta, afectando inicialmente el lóbulo derecho, pero pueden extenderse a todo el parénquima (7, 8).

La hidatidosis está caracterizada por aparecer como una lesión quística, no invasiva, unilocular y encapsulada que evoluciona lentamente (de 0,5 a 3 centímetros por

año). Generalmente afecta un órgano único, pero 10 % - 15 % de los casos tienen dos o más órganos afectados. La equinocosis extrahepática primaria aparece en 2 % de los pacientes con hidatidosis abdominal, seguido por pulmón, riñón, bazo y músculo. El corazón, cerebro y huesos son localizaciones extremadamente raras (9).

La hidatidosis pélvica ocurre entre 0,3 % - 0,9 %, de lo cual 80 % de los casos afecta a los órganos reproductivos. Puede ser primaria o secundaria a la ruptura de quistes hepáticos o, en casos más raros, del bazo. La mayoría de los casos ha sido descrita en pacientes entre 20 y 40 años. Los quistes hidatídicos primarios son muy raros y se producen cuando un quiste primario sufre ruptura y resolución espontánea, pero el contenido entra a la circulación y produce otro quiste, denominado quiste primario (10). Los ovarios son más frecuentemente afectados que el útero (11).

La baja frecuencia, lenta progresión y heterogeneidad de los síntomas dificultan el diagnóstico preoperatorio de la hidatidosis pélvica. La sintomatología es inespecífica por compresión de órganos vecinos (vejiga o recto), infertilidad y alteraciones menstruales. En algunos casos, puede comprimir los uréteres y provocar insuficiencia renal (8). Una vez realizado el diagnóstico, es obligatorio excluir la hidatidosis pulmonar, ya que su tratamiento tiene prioridad antes de cualquier intervención quirúrgica en otra localización anatómica (2, 12).

El diagnóstico de la hidatidosis pélvica está basado en los hallazgos de estudios por imágenes. Los quistes hidatídicos pueden imitar tumores ováricos, por lo que generalmente lleva a realizar procedimientos diagnósticos innecesarios. La ecografía es el método más utilizado para el diagnóstico (sensibilidad del 93 %), aunque la tomografía computada tiene mayor sensibilidad diagnóstica (cercana al 100 %) (13). Las pruebas serológicas también pueden ser útiles para el

diagnóstico. La determinación de anticuerpos contra el antígeno parasitario (sensibilidad del 95 %) y la prueba de hemaglutinación indirecta (sensibilidad del 88 %) también pueden utilizarse para el diagnóstico. No obstante, la reactividad cruzada con otras afecciones parasitarias como cisticercosis, fascioliasis y filariasis pueden producir reacciones falso positivas (1). Las pruebas sanguíneas de rutina son normales en la mayoría de los casos. Sin embargo, el recuento de eosinófilos puede ser elevado en algunos casos asociados a reacciones de hipersensibilidad (3). La citología por aspiración con aguja fina y la biopsia no se recomiendan debido al riesgo de ruptura (4).

Los diagnósticos diferenciales de los quistes hidatídicos pélvicos incluyen quistes ováricos simples o complicados, tumores ováricos quísticos o mixtos (quistes dermoides), tumores retroperitoneales, abscesos piógenos o tuberculosos, hidrosalpinx y miomas uterinos (11).

La evaluación microscópica del quiste hidatídico muestra dos capas: una capa externa quitinosa/fibrosa y una capa interna germinal. Su capa quitinosa está rodeada por tejido de granulación, resultante de la reacción inflamatoria del huésped. Las zonas circundantes pueden mostrar características como atrofia por presión, infiltrado inflamatorio y eosinófilos prominentes (3).

El tratamiento de la hidatidosis pélvica es la cirugía para quistes sintomáticos o de gran tamaño. La resección en bloque es el procedimiento de elección para obtener los mejores resultados (9, 14). Durante la cirugía es necesario evitar la ruptura/derrame del contenido del quiste, ya que esto está asociado a recurrencias, y en algunos casos, reacciones alérgicas graves y muerte intraoperatoria. Después de la cirugía exitosa, la tasa de recurrencia y supervivencia es de 2 % y 95 %, respectivamente (4). El abordaje laparoscópico es controversial debido al mayor riesgo de diseminación

y tasa de recidiva. La exploración de la cavidad abdominal es obligatoria en la búsqueda de quistes en otras localizaciones, especialmente la hepática. Los procedimientos conservadores (aspiración y/o inyección de agentes esclerizantes) son seguros y técnicamente simples, pero solo están indicados en aquellos casos de enfermedad no complicada (1).

Los quistes asintomáticos pueden tratarse con albendazol (400 mg/día; dos curas de 28 días con 15 días de diferencia), pero es necesario seguimiento durante el tratamiento debido a los potenciales efectos secundarios (8). Su uso posoperatorio inhibe, además, el crecimiento de los protoscolex sembrados, que pueden liberarse durante la intervención quirúrgica. La Organización Mundial de la Salud recomienda la quimioterapia adyuvante con albendazol en caso de rotura del quiste o de enfermedad residual tras la cirugía (15).

En conclusión, la hidatidosis pélvica primaria es una patología que imita a las neoplasias quísticas ováricas. El diagnóstico es difícil, debido a la sintomatología inespecífica y a la similitud a otras patologías anexiales. Tanto la ecografía como la tomografía computada son muy útiles para el diagnóstico. La cirugía es el tratamiento de elección. Es necesario considerar esta condición en habitantes de zonas endémicas.

**Sin conflictos de interés.**

## REFERENCIAS

1. Abhishek KS, Shrimali T, Tak V, Nag VL, Banerjee S, Khara S. Primary pelvic echinococcosis though uncommon but not rare. *Trop Parasitol.* 2021; 11(1): 56-59. DOI: 10.4103/tp.TP\_64\_19.
2. Sharif Tahir AM, Bahjat AS, Mohammed AA. Primary infected hydatid cyst of the thigh in a young lady; case report with literature review. *Ann Med Surg (Lond).* 2019; 47: 32-35. DOI: 10.1016/j.amsu.2019.09.011
3. Asnani R, Yeshvanth SK, Lobo L, Sonkusare S. A fatal and rare case of hydatid cyst in the pouch of Douglas. *J Lab Physicians.* 2021; 13(1): 77-79. DOI: 10.1055/s-0041-1726668.
4. Nazari FA, Muraveji Q, Baset GY. Primary left ovarian hydatid cyst presenting as an abdominal mass - Case report. *Int J Surg Case Rep.* 2021; 85: 106230. DOI: 10.1016/j.ijscr.2021.106230.
5. Samala DS, Gedam MC, Gajbhiye R. Laparoscopic management of hydatid cyst of liver with Palanivelu hydatid system over a period of 3 years: A case series of 32 patients. *Indian J Surg.* 2015; 77(Suppl 3): 918-22. DOI: 10.1007/s12262-014-1064-z.
6. Wang Q, Yang L, Wang Y, Zhang GJ, Zhong B, Wu WP, *et al.* Disease burden of echinococcosis in Tibetan communities-A significant public health issue in an underdeveloped region of western China. *Acta Trop.* 2020; 105283. DOI: 10.1016/j.actatropica.2019.105283.
7. Ennaceur F, Toumi D, Jaouad F, Mabrouk A, Hajji A, Gara M, *et al.* Primary Echinococcus hydatid cyst of the uterus: an unusual location. *Case Rep Surg.* 2021; 2021: 9977326. DOI: 10.1155/2021/9977326
8. Leitão P, Carvalho A, Fernandes T, Gonçalves J. Cystic echinococcosis: A case of extrahepatic intra-abdominal involvement. *Case Rep Radiol.* 2017; 2017: 8919546. DOI: 10.1155/2017/8919546.
9. Cantele H, Gutiérrez J, Safar J, Falco A, Egui M, Diaz M, *et al.* Tratamiento laparoscópico de un quiste hidatídico hepático poliquistico por Echinococcus Vogeli: reporte de un caso en Venezuela. *Rev Fac Med [Internet].* 2006 [consulta octubre 2021]; 29(1): 60-66. Disponible en [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S079804692006000100010&lng=pt&nrm=iso](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S079804692006000100010&lng=pt&nrm=iso).
10. Kapatia G, Tom JP, Rohilla M, Gupta P, Gupta N, Srinivasan R, *et al.* The clinical and cytomorphological spectrum of hydatid disease. *Diagn Cytopathol.* 2020; 48(6): 547-553. DOI: 10.1002/dc.24391.
11. Ben Ismail I, Zenaidi H, Rebi S, Zoghalmi A. Primary hydatid cyst of the fallopian tube. *IDCases.* 2020; 20: e00790. DOI: 10.1016/j.idcr.2020.e00790.
12. Rodolfo J, Carrión M, Freitas M, Real J, Merchán M. Hidatidosis pulmonar. *Neumol Pediatr [Internet].* 2013 [consultado en octubre 2021]; 8: 5-9. Disponible en: [https://www.savnet.cl/revistas/neumo\\_ped\\_marzo\\_2013/files/assets/common/downloads/NEUMOLOG.pdf](https://www.savnet.cl/revistas/neumo_ped_marzo_2013/files/assets/common/downloads/NEUMOLOG.pdf).
13. Tas EE, Yegin Akcay GF, Yildirim F, Yavuz F. Coexisting primary ovarian and omental hydatid disease mimicking an ovarian neoplasm: A case report. *Int J Gynecol Pathol.* 2018; 37(3): 301-304. DOI: 10.1097/PGP.0000000000000411.

14. Bhatnagar N, Kishan H, Sura S, Lingaiah P, Jaikumar K. Pelvic hydatid disease: A case report and review of literature. *J Orthop Case Rep.* 2017; 7(4): 25-28. DOI: 10.13107/jocr.2250-0685.834. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2016; 14(12): 1179-1194. DOI: 10.1080/14787210.2016.1240030.
15. VuittonDA, AziziA, RichouC, VuittonL, Blagosklonov O, Delabrousse E, *et al.* Current interventional strategy for the treatment of hepatic alveolar echinococcosis. Recibido 31 de julio de 2022  
Aprobado 25 de octubre de 2022