

Casos clínicos

HIDATIDOSIS OVÁRICA

Raúl Barrero P.¹, Manuel León B.², David Barrero V.^a, Victoria Vargas V.^a

¹Servicio de Ginecología, ²Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Félix Bulnes C.

^aAlumnos de Medicina, Universidad de Chile.

RESUMEN

Se reporta un caso excepcional de hidatidosis ovárica en una paciente joven, con esterilidad primaria. Se evalúan los métodos de diagnóstico, el tratamiento, la evolución clínica y el posible efecto en la fertilidad.

PALABRAS CLAVE: *Echinococcosis ovárica y esterilidad primaria*

SUMMARY

We report an exceptional case of ovarian hydatidosis in a young woman, with primary sterility. We evaluate the diagnosis methods, treatment, clinical evolution and the possible effect in the fertility.

KEY WORDS: *Ovarian echinococcosis and primary sterility*

INTRODUCCIÓN

El *Echinococcus granulosus* es un gusano plano de 3 a 7 mm de longitud, constituido por 3 anillos y un escolex con doble corona de ganchos. Parasitan el intestino delgado del perro (1). Sus huevos miden 30 micras y están cubiertos por una pared queratinizada, en cuyo interior se aloja un embrión hexacanto en estado larvario (1). Están diseminados por los campos de pastoreo y el agua. Los humanos y animales herbívoros ingieren accidentalmente estos huevos; los que del intestino delgado, pasan a la circulación venosa y linfática, para luego alojarse en el hígado (70%), pulmón (20%) y otros tejidos (10%), formando quistes (1, 2).

En Chile la tasa de incidencia es de 1,8/100.000 a nivel nacional y de 12/100.000 en el sur del país (3). Es una enfermedad de notificación sanitaria obligatoria; en el año 2004 se notificaron 308 casos (4, 5). Los hospitales públicos registran más de 1000 egresos anuales; el 8% son rehospita-

lizaciones por recidivas, por consiguiente hay subnotificación (6).

Se presenta un caso de hidatidosis humana que compromete el ovario. Se evalúan métodos de diagnóstico, tratamiento, evolución de la enfermedad y su posible incidencia en la esterilidad.

CASO CLÍNICO

Paciente de 32 años, nuligesta, ciclos menstruales normales. Consulta en la Unidad de Ginecología del Hospital Félix Bulnes en febrero de 2004, por algia pélvica, al examen se detecta masa quística dolorosa en fosa ilíaca derecha y aumento de volumen del ovario izquierdo. Dentro de sus antecedentes destaca laparotomía exploratoria en 1999 en otro centro hospitalario por hidatidosis hepática y peritoneal, con compromiso tubario bilateral.

La ecografía ginecológica revela presencia de masa quística irregular en anexo derecho de 12 x 6 cm con cápsula fina y tabiques delgados. El

ovario izquierdo es de aspecto multiquistico de 6 x 4 cm, ausencia de ascitis.

La radiografía de tórax, la ecotomografía abdominal y el antígeno CA 125, son normales. El hemograma revela eosinofilia y anemia moderada. Las pruebas hepáticas, de coagulación y proteína C reactiva (PCR) son normales. El antígeno IgG Elisa para hidatidosis es positivo.

Se realiza laparotomía exploradora, observándose lesión multiquistica en fosa ilíaca derecha, compatible con hidatidosis peritoneal, la que se extirpa casi en su totalidad. El ovario izquierdo está aumentado de volumen y poliquistico; se realiza ooforectomía izquierda total. Hay quistes residuales pequeños en epiplón mayor y obstrucción tubaria distal bilateral. El ovario derecho impresiona normal. Se efectúa lavado de cavidad pélvica con solución hipertónica de cloruro de sodio. La biopsia diferida informa Equinocosis ovárica y peritoneal.

Se da de alta con indicación de mebendazol 40 mg/kg/día. Después de 3 meses, la tomografía axial computada (TAC) abdomino-pelviana, no muestra las lesiones quísticas del epiplón, descritas en la laparotomía, pero si describe un quiste hepático de 3 cm, que se interpreta como recidiva. Se cambia el tratamiento a albendazol 10 mg/kg/día.

Los valores de FSH y estradiol tomados al 3^{er} día menstrual están discretamente aumentados. La histerosalpingografía muestra obstrucción tubaria distal. Se difiere la reevaluación y tratamiento de la esterilidad.

Estudio anátomo-patológico:

1. Muestra identificada como ovario izquierdo de 4 x 5 x 3,5 cm de superficie irregular en parte



Figura 1. Ovario Izquierdo: corte que indica un cuerpo amarillo involutivo y en la vecindad espacio que contiene quistes hidatídicos, algunas rotos.

abollonada; al corte hay cuerpo amarillo de 2,5 cm y en la vecindad espacio de 3 cm de eje mayor que contiene numerosas estructuras membranosas blanquecinas nacaradas y vesículas translúcidas que varían de 0,2 a 0,9 cm de diámetro, algunas rotas, con contenido de líquido claro transparente (Figura 1).

2. La muestra está conformada en su totalidad por estructuras vesiculares blanquecinas y translúcidas con diámetros que varían de 0,7 y 3 cm y restos de vesículas rotas (Figura 2).

3. Tejido ovárico con un cuerpo amarillo involutivo y espacio amplio que contiene numerosas paredes de hidátides conformadas por una capa externa laminada y estrato germinativo interno. Hay presencia de un escólex (Figura 3).

4. Numerosas paredes de quistes hidatídicos que en su mayoría conservan ambas capas laminada y germinativa (Figura 4).

DISCUSIÓN

La hidatidosis ovárica es excepcional, se presenta generalmente después de comprometer el hígado y el peritoneo, como en este caso (7). Los síntomas son inespecíficos (7, 8) y se reportaron solo 12 casos en 20 años (8).

Existen dos formas de presentación; una unilocular y otra multiquistica, esta última semejante al caso que nos ocupa (9,10).

El antecedente de laparotomía previa por hidatidosis hepática y peritoneal y el antígeno IgG Elisa para hidatidosis positivo, nos sugirió hidatidosis ovárica, que en definitiva fue confirmado por la laparotomía y la biopsia. La ecografía ginecológica fue insuficiente para realizar el diagnóstico preoperatorio.



Figura 2. Numerosos quistes hidatídicos peritoneales

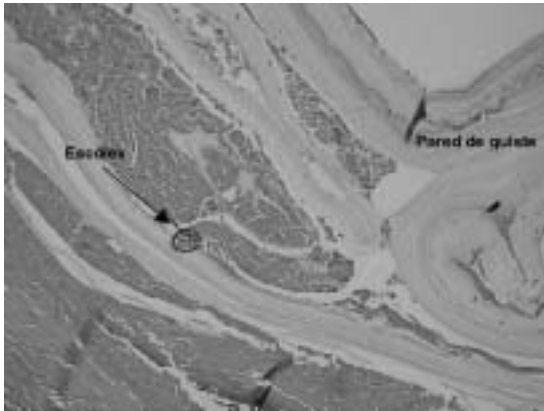


Figura 3. Tejido ovárico, pared de quiste hidatídico y un escólex

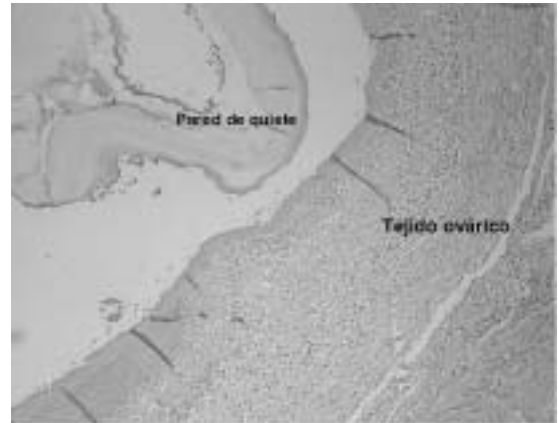


Figura 4. Pared de quiste hidatídico y tejido ovárico

Debemos reconocer que nuestro estudio estaba dirigido principalmente a la masa quística anexial derecha, que finalmente resultaron ser quistes hidatídicos peritoneales de la fosa iliaca (11). El ovario izquierdo aumentado de volumen, multiquístico, considerado como lesión secundaria, fue afectado masivamente por el *Echinococo granuloso*.

Es posible que esta parasitosis tenga incidencia en la esterilidad de la paciente, por el compromiso ovárico y peritoneal. Sin embargo, se han registrado embarazos de término y quiste hidatídico de ovario unilocular, con una incidencia de 1/20.000 embarazos (12).

El tratamiento de la enfermedad en general es muy costoso y son frecuentes las recidivas; provoca un gran impacto socioeconómico a las pacientes y a los servicios de salud pública.

En Chile, la hidatidosis es una infección de carácter endémica, no abordado en forma integral, por consiguiente es un problema de salud aún no resuelto (6).

Conocido el mecanismo de contagio, es posible hacer prevención individual de esta parasitosis, especialmente en zonas de mayor incidencia. El personal médico debe comprometerse a realizar las notificaciones en forma responsable, cuándo diagnostique esta enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Larriou E, Belloto A, Arambulo P, Tamayo H. Echinococosis quística: epidemiología y control en América del Sur. *Rev Parasitol Latinoam* 2004; 59(1): 1-13.
2. Amrani M, Zouaidia F, Belabbas MA, Labrousse F, Catanzano G, Elhachimi A. Hydatidosis: apropos of several uncommon location. *Med Trop* 2000; 60(3): 271-2.
3. Zamorano CG, Contreras M, Salinas P, Silva C, Catalán V, Bahamondes M. Estudio seroepidemiológico de la hidatidosis humana en la comuna de San Juan de la Costa, Osorno, X Región, Chile 2000. *Bol Chil Parasitol* 2001; 57: 3-4.
4. Ministerio de Salud de Chile. Enfermedades de Notificación obligatoria. Hallado en URL:<http://www.minsal.cl>
5. Schenone H, Contreras M, Salinas P, Sandoval L, Saavedra T, Rojas A. Hidatidosis humana en Chile. Seroprevalencia y estimación del número de personas infectadas. *Bol Chil Parasitol* 1999; 54: 3-4.
6. Proyecto Subregional Cono Sur de Control y Vigilancia de Hidatidosis. Argentina, Brasil, Chile y Uruguay. Primera Reunión Constitutiva, Montevideo, Uruguay, Julio 2000. Hallado en: URL:<http://www.ops.org.uy/pdf/equinoc.pdf>
7. Hiller N, Zagal I, Hadas-Halpern I. Echinococcal ovarian cyst. A case report. *J Reprod Med* 2000; 45(3): 224-6.
8. Zergeroglu S, Kucukali T, Koc O. Primary ovarian echinococcosis. *Arch Gynecol Obstet* 2004; 270(4): 285-6.
9. Tampakoudis P, Assimakopoulos E, Zafrakas M, Tzeveleki P, Kostopoulos E, Bontis J. Pelvis Echinococcus mimicking multicystic ovary. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003; 22(2): 196-8.
10. Gaym A, Abede D, Degefe DA. Hydatid cyst an unusual cause of ovarian enlargement. *Ethiop Med J* 2002; 40: 238-91.
11. Konar K, Ghosh S, Konar S, Bhattacharya S, Sakar S. Bilateral ovarian hydatid disease, an unusual case. *Indian J Pathol Microbiol* 2001; 44(4): 495-6.