

## Quiste hidatídico primitivo de ovario

### *Primitive hydatid cyst of ovary*

Carlos A. Cano, Sebastián Aguiar Cau, Jaime Farfán

Hospital Pablo Soria.  
San Salvador de Jujuy.  
Argentina

Correspondencia:  
canojuj@gmail.com

Esta zoonosis, de denuncia obligatoria en nuestra provincia, se encuentra en Quebrada y Puna, con alturas entre 2000 y 3000 m sobre el nivel del mar, donde se cría ganado bovino y caprino y se alimenta a los perros con vísceras parasitadas. La localización ovárica primitiva es excepcional, lo que nos motiva presentar el caso.

Paciente de 63 años que consulta por distensión abdominal, dolor difuso pélvico, anorexia y pérdida de peso de 6 meses de evolución. No refiere antecedentes similares anteriores. Hábitos tóxicos ausentes y masa pélvica palpable al examen físico.

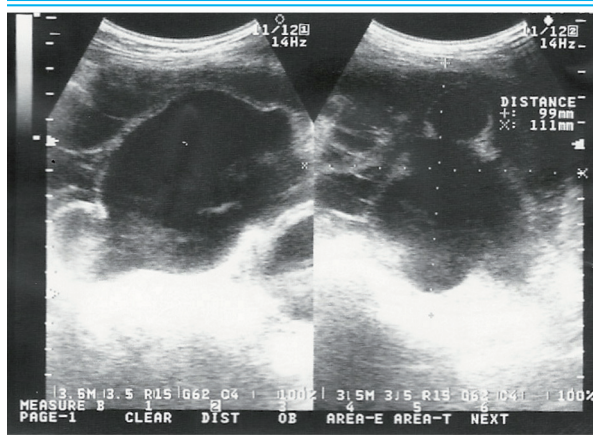
**Laboratorio:** glóbulos blancos  $12\ 000 \times \text{mm}^3$  con eosinofilia moderada. La ecografía informa tumoración multilobulada que abarca pelvis y hemiabdomen inferior, contenido anecoico de  $13,9 \times 12,2$  cm aproximadamente, con dificultad para visualizar útero y anexos (Fig. 1).

Telerradiografía de tórax sin lesiones evolutivas. La tomografía helicoidal de abdomen y pelvis informa hígado de tamaño normal, con densidad del parénquima homogéneo. A nivel de la pelvis sobresale imagen tumoral heterogénea, con zonas sólidas y líquidas de gran tamaño, que se tiñen en forma irregular luego de la inyección de contraste (Fig. 2). El útero no se visualiza con claridad y no hay adenopatías pelvianas ni retroperitoneales. El antígeno CA 125 es normal.

Con diagnóstico de cistoadenoma de ovario se decide la exploración quirúrgica.

Recibido el  
06 de enero de 2014  
Aceptado el  
08 de julio de 2014

FIGURA 1



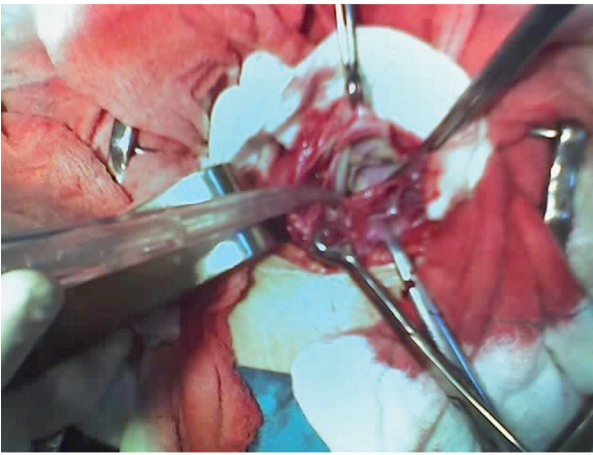
Ecografía: tumoración multilobulada de contenido anecoico

FIGURA 2



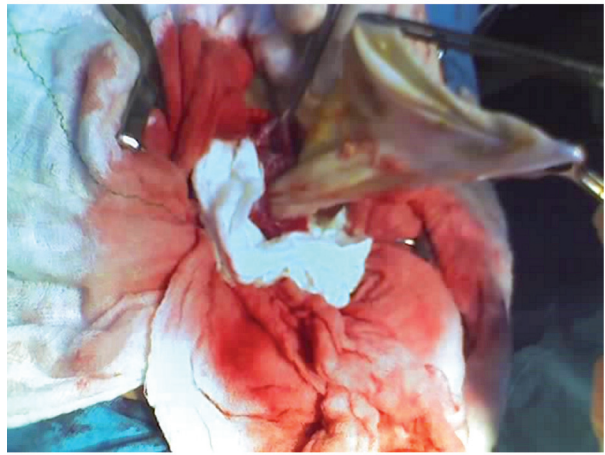
TC: imagen tumoral tabicada heterogénea con zonas sólidas y líquidas

FIGURA 3



Apertura y aspiración hidatídicas

FIGURA 4



Extracción de membranas

Se ingresa en la cavidad por laparotomía mediana; el examen evidencia un hígado uniforme con superficie lisa. En pelvis se constata una masa tumoral de aspecto quístico, lobulada, y se decide la punción de la que se extrae líquido claro transparente, lo que hace sospechar su origen parasitario. Se procedió al aislamiento con compresas y apertura del quiste evacuando por aspiración sus componentes. Ampliada la apertura, se extrajeron membranas hidatídicas y se resecaron los tabiques existentes y parcialmente la periquística emergente (Figs. 3 y 4).

Se lava y se drena la cavidad quística previa introducción de epiplón en su interior. Concluido el tratamiento se visualiza útero pequeño y anexos totalmente comprometidos con las formaciones quísticas pequeñas, que se drenan sin avenamiento final. La paciente evoluciona favorablemente y recibe el alta hospitalaria a los 6 días del ingreso con indicación de albendazol 20 mg/kg/día durante cuatro semanas. La ecografía de control no demuestra formaciones quísticas.

El estudio anatomopatológico confirma la enfermedad hidatídica.

La localización ovárica primitiva es excepcional en nuestro país. En una reciente serie presentada por

Mingo y col. no refieren localización ovárica en 1593 quistes hidatídicos informados en un período de 25 años.<sup>4</sup>

En Chile se informaron 20 casos posteriores a una efracción de un quiste hidatídico hepático, en 20 años.<sup>2</sup>

Los síntomas son inespecíficos y se presenta en dos formas: una unilocular y otra multiquística, esta última similar al caso presentado.

No caben dudas de que la laparoscopia constituye un método eficaz para el diagnóstico y tratamiento de masas anexiales; el índice de malignidad en quistes anexiales ronda el 7 al 13% en la premenopausia y el 8 al 45% en la posmenopausia, pero no se encuentra bibliografía que justifique su uso en quistes anexiales parasitarios.<sup>3</sup>

El tratamiento ideal debe erradicar la enfermedad adaptando los procedimientos a cada caso y buscando la menor morbilidad.<sup>1</sup>

Las recidivas son frecuentes en esta enfermedad, lo que provoca gran impacto social y en la salud pública.<sup>5</sup>

En conclusión, en regiones donde la enfermedad es endémica se debería pensar en hidatidosis ante una masa pélvica enquistada septada.

#### Referencias bibliográficas

1. Andrada A, Alonso A, Dos Santos S. Hidatidosis abdominal. Tratamiento videolaparoscópico. Rev Argent Cirug. 2001; 81(12):10-4.
2. Barrero R, León M y cols. Hidatidosis ovárica. Rev Chil Obstet Ginecol. 2005; 70(3):170-2.
3. Mahdavi A et al. Laparoscopy Management of ovarian Cysts. Obstet Gynecol Clin N Am. 2004; 31:581-92.
4. Mingo M, Fernández P. Tratamiento de la hidatidosis hepática en un Hospital zonal del noroeste del Chubut. Rev Argent Cirug. 2010; 98(5-6):111-6.
5. Peyman V, Rambod S et al. Hydatidosis of the pelvic cavity infectious diseases. Obstetrics and Gynecology. 2008; Article ID 782621, 3 pages doi: 10.1155/2008/782621.