



Nota clínica

Hidatidosis pelviana como ejemplo de masas pelvianas de etiología dudosa

Nerea Senarriaga Ruiz de la Illa, Ana Loizaga Iriarte, Iñaki Iriarte Soldevilla, Isabel Lacasa Viscasillas y Miguel Unda Urzaiz*

Servicio de Urología, Hospital de Basurto, Bilbao, Vizcaya, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de enero de 2008

Aceptado el 8 de febrero de 2008

Palabras clave:

Quiste hidatídico

Pelvis

Riñón

Equinococo

RESUMEN

Presentar dos nuevos casos de quiste hidatídico pelviano, uno con clínica de compresión local y otro asintomático.

Varón de 75 años que refiere tenesmo, dificultad para la micción y defecación. Una ecografía revela que se trata de una gran masa quística pelviana que desplaza la vejiga y el rectosigma. La tomografía computarizada describe imágenes compatibles con hidatidosis y un quiste hidatídico hepático. Se interviene quirúrgicamente al paciente, y se extirpa parcialmente el quiste pelviano. El otro caso es un varón de 75 años que, en el estudio de HBP, se descubre de forma casual una hidatidosis pelviana. Se decide, al estar asintomático, vigilancia.

La anatomía patológica confirma el diagnóstico en el primer caso y los hallazgos radiológicos, en el segundo. Ambos pacientes están asintomáticos.

La posibilidad de hidatidosis se debe considerar en el diagnóstico diferencial de cualquier masa quística localizada en los órganos pelvianos, sobre todo en países donde la enfermedad es endémica.

Aunque no hay un test serológico con el 100% de especificidad, las pruebas radiológicas ayudan a confirmar el diagnóstico. La cirugía es el tratamiento de elección.

© 2009 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Pelvic hydatid disease as an example of pelvic masses of uncertain aetiology

A B S T R A C T

We present two new cases of pelvic hydatid cysts, one with a clinical profile of local compression and the other one asymptomatic.

The first case is a 75 year-old man who reported difficulty defecating and urinating. The ultrasound revealed a large cystic pelvic mass displacing the bladder and rectosigmoid region. Computed tomography also showed images compatible with hydatid disease and a hydatid liver cyst. The patient underwent a surgical procedure, and the pelvic cyst was

Keywords:

Hydatid cyst

Pelvis

Kidney

Echinococcal

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nerea.senarriagaruiz@osakidetza.net (N. Senarriaga Ruiz de la Illa).

partially excised. The other case is an asymptomatic 75 year-old man with pelvic hydatid disease that was discovered by chance while examining a prostatic adenoma.

Because he is asymptomatic, we opted for observation.

The anatomical pathology study confirmed the diagnosis in the first case and radiological findings confirmed the second. Both patients remain asymptomatic.

Hydatid disease must be considered in the differential diagnosis for any cystic masses in the pelvic organs, especially in countries where the disease is endemic. Although no 100% specific serological test exists, there are some radiological procedures which can help us to confirm the disease. Surgery is the treatment of choice.

© 2009 AEU. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El hallazgo de una masa pelviana supone un ejercicio diagnóstico meticuloso que abarca un amplio abanico de posibilidades, según la naturaleza sólida o quística de dicha masa.

A propósito de nuestro caso, procederemos a comentar de una forma detallada la hidatidosis como una de las múltiples causas de masas quísticas pelvianas, y se analiza, concretamente, la localización retrovesical.

Casos clínicos

Caso 1

Varón de 75 años con antecedentes de miocardiopatía dilatada en tratamiento con antiagregantes y amiodarona. Ha convivido durante 16 años con un perro en su domicilio.

El paciente es remitido del ambulatorio por importante tenesmo urinario, con gran dificultad miccional, que precisa de sonda permanente. A su vez, refiere dificultad para la defecación en los últimos meses, sin respuesta a diversos tratamientos.

A la exploración física destaca abdomen doloroso a la palpación en flanco y fosa ilíaca derechos, donde se intuye una gran masa fija en dichas regiones. No se evidencia defensa abdominal ni signos de peritonismo.

El tacto rectal indica una próstata fibroadenomatosa de grado II/IV, no sospechosa de malignidad.

La radiografía simple de abdomen reflejó un efecto masa localizado en pelvis y hemiabdomen inferior derecho.

La ecografía abdominal revela una masa quística pelviana, que posteriormente será confirmada mediante tomografía computarizada (TC) (fig. 1). Ésta describe una gran masa pelviana de unos 15 cm, encapsulada, con varias formaciones quísticas en su interior, que comprime la región vesicoprostatica, que puede ser compatible con un quiste hidatídico pelviano. En el hígado se observa una masa quística parcialmente calcificada en el segmento IV, de un tamaño aproximado de 5 cm de diámetro, que podría corresponder a un quiste hidatídico hepático.

Ante estos hallazgos, se pauta tratamiento con albendazol durante dos ciclos de 28 días cada uno.

Posteriormente, se programa para intervención quirúrgica, y se extirpa parcialmente el quiste hidatídico pelviano. El postoperatorio transcurre sin complicaciones.



Figura 1 – Tomografía computarizada. Gran masa compatible con quiste hidatídico pelviano.

Meses después, se practica cirugía programada del quiste en el lóbulo hepático izquierdo, y se realiza marsupialización.

Se han realizado controles seriados mediante TC durante los 5 años posteriores a la intervención quirúrgica, todos ellos sin hallazgos de interés; tan sólo se objetivó una lesión calcificada en el segmento IV hepático, presumiblemente residual al quiste hidatídico. Desde el punto de vista urológico, ha permanecido asintomático hasta la fecha.

Caso 2

Varón de 75 años entre cuyos antecedentes sólo destaca hipertensión arterial e hiperplasia benigna de próstata.

A raíz de presentar síntomas leves del tracto urinario inferior, se objetiva en una radiografía simple de abdomen una imagen cálcica anular paravesical derecha pelviana.

Ante estos hallazgos, se realiza TC abdominal y se observa, en situación retrovesical, dos masas, una de 3 cm y otra de 1,5 cm de diámetro, de paredes calcificadas, compatible con quiste hidatídico retrovesical, sin otros hallazgos en el abdomen ni en la radiografía de tórax.

El paciente, desde el comienzo, se ha encontrado asintomático, por lo que se han establecido controles periódicos mediante TC, y ha permanecido invariable con el paso del tiempo; persiste en la cavidad pelviana una masa de 2,5 cm de diámetro, heterogénea, que asienta por encima de la vesícula



Figura 2 – Tomografía computarizada de control. Persistencia de masa de menor tamaño en la pelvis.

seminal izquierda, junto con otra similar algo más pequeña totalmente calcificada en su periferia en el lado derecho, en relación con su hidatidosis pelviana (fig. 2).

Discusión

La enfermedad hidatídica es un problema de salud frecuente en países en vías de desarrollo, endémica en áreas de crianza de ganado ovino. Sin embargo, en nuestro entorno es una afección poco habitual.

La hidátide es la forma larvaria de *Echinococcus granulosus*, cuyos huéspedes definitivos son los perros domésticos y otros, como lobos y zorros, y cuyo principal huésped intermediario es la oveja¹. En los humanos los quistes se forman tras la ingestión accidental de los huevos excretados por las heces de los perros o de otros huéspedes salvajes, generalmente por frutas y verduras infestadas². El período de incubación es prolongado, de uno a varios años^{3,4}.

Desde la antigüedad es conocida la hidatidosis, Hipócrates ya describió la marsupialización como método para extirpar el quiste. A pesar de que existen numerosas especies, la que más nos interesa, por ser endémica en España, es *E. granulosus*, que se considera enfermedad de declaración obligatoria.

Hay una mayor frecuencia de hidatidosis en zonas de cría de ganado ovino, en países de la cuenca mediterránea, como Grecia y España, así como Australia, Nueva Zelanda, Argentina y Oriente Medio.

Ninguna parte de la anatomía humana resulta ser invulnerable a los quistes hidatídicos, hasta un 70% son de localización hepática, habitualmente en el lóbulo derecho, y tan sólo en el 2-4% de los casos se producen hidátides renales^{2,5}. También se desarrollan en los pulmones, huesos, bazo y sistema nervioso central^{4,6}.

La aparición de estos quistes en la pelvis es extremadamente infrecuente y no suele tratarse de una localización primaria, sino que tiende a corresponder a la fase de enfermedad diseminada^{5,7}.

La hidatidosis retrovesical hace referencia a la rotura de un quiste primitivo intraperitoneal (hepático o esplénico) con la

posterior siembra en el fondo del saco de Douglas⁸. El quiste pelviano que al comienzo es intraperitoneal, tras reacciones hísticas, se convierte en extraperitoneal de forma progresiva⁶. Del mismo modo, tiene un lento desarrollo hasta que produce sintomatología debido a la compresión de estructuras vecinas, sistema digestivo, en que ocasiona estreñimiento, tracto urinario inferior (vejiga y uretra), con polaquiuria, disuria, retención urinaria y ureterohidronefrosis o estructuras vasculares y nerviosas (ciático u obturador), en que causa lumbociáticas. En ocasiones, se palpa una masa hipogástrica redondeada, lisa y tensa tras el vaciamiento vesical⁷.

Ocasionalmente, las hidatidosis retrovesicales pueden fistulizar, sobre todo a vejiga, vagina o colon. Cuando hay una fístula quistovesical, surge la hidatiduria, que consiste en la aparición de pequeñas vesículas blancas, “pellejos de uva”, en la orina, lo cual indica la presencia de vesículas hijas y constituye un signo patognomónico^{2,6}. Respecto al tratamiento de las fistulas quistovesicales, es recomendable su cierre quirúrgico, si bien hay casos descritos en la literatura de curación espontánea⁸.

Los quistes hidatídicos, a su vez, pueden infectarse con bacterias y dar lugar a una sobreinfección bacteriana.

Los pacientes pueden tener reacciones anafilácticas graves cuando los quistes se rompen o dispersan^{4,5}. Así, de un modo repentino, la rotura de estos quistes conlleva la filtración de los productos de los quistes al torrente sanguíneo o al peritoneo, y así pueden surgir nuevos quistes metastásicos³.

La mayoría de los autores coinciden en que la combinación de ecografía, urografía intravenosa y TC permite el diagnóstico en el 95% de los casos². Normalmente, una vez sospechado, el diagnóstico reviste escasa dificultad. Aunque el diagnóstico específico lo dictamina el examen histológico identificando el parásito⁹. En un 25% de los casos se halla eosinofilia en el hemograma, en caso de rotura del quiste.

Las pruebas serológicas se usan para confirmación diagnóstica y para el control postoperatorio, debido a que se negativizan a los 6 meses de la extirpación quirúrgica del quiste. Se dispone de la aglutinación con láser, la hemaglutinación indirecta y la inmunoelectroforesis. Su negatividad no excluye la enfermedad. Esta última se considera la de elección, la positividad la dá la presencia del arco 5^{2,4,6}.

A pesar de esto, actualmente no hay ningún test serológico con sensibilidad y especificidad del 100% para detectar anticuerpos anti-*E. granulosus*. De ahí que el resultado serológico deba confrontarse siempre con los hallazgos radiológicos¹.

El quiste hidatídico retrovesical debe distinguirse de masas líquidas y sólidas de localización pelviana (sarcoma prostático, lipoma retrovesical, quistes y tumores de uraco, quistes de utrículo o divertículo vesical posterior. Si se tratara de una mujer, se plantearía el diagnóstico diferencial con masas de origen uterino u ovárico^{2,4}.

El tratamiento quirúrgico es de elección, intentando siempre cirugía conservadora. En la hidatidosis retrovesical se suele practicar quistectomía parcial. Como complicaciones de la cirugía destacan las fistulas urinarias, la supuración de la cavidad residual y las recidivas⁶. Las principales indicaciones quirúrgicas son: quistes superficiales con riesgo de rotura, quistes de gran tamaño, infectados, localizados en zonas anatómicas vitales o con efecto “masa” importante¹⁰.

Se recomiendan fármacos como albendazol antes de la cirugía y después de ella con el fin de disminuir el riesgo de siembra peritoneal, si bien el papel del tratamiento médico es controvertido¹. Para *E. granulosus* es más eficaz el albendazol, y la dosis recomendada es 400 mg, dos veces al día vía oral, durante 6 ciclos de 28 días de tratamiento interrumpidos, con períodos de 14 días sin tratamiento³. Como alternativa, el mebendazol 40-50 mg/día por vía oral, durante 3 a 6 meses. El tratamiento médico puede ser exclusivo en las formas diseminadas. Resulta imprescindible controlar de un modo sistemático las funciones renal y hepática en los pacientes tratados con albendazol o mebendazol.

En los últimos años, se ha propugnado como tratamiento alternativo a la cirugía la técnica PAIR (punción-aspiración-inyección-reaspiración). Consiste en la punción bajo control ecográfico, aspiración de la mayor parte de líquido posible, inoculación de un protoescolicida (etanol al 95%) y reaspiración 15-20 min después. Suele indicarse en los quistes hidatídicos renales de tipo I y II, con estructuras no tabicadas ni de localización compleja o bien en pacientes con alto riesgo quirúrgico o con recidiva de la enfermedad. Asimismo, está contraindicada en quistes calcificados o con comunicación biliar¹⁰. Cuando se opta por un tratamiento percutáneo, se asocia de forma sistemática la administración preoperatoria de albendazol más un antihistamínico^{1,2,4,6}.

A pesar de todo ello, el mejor tratamiento es la prevención; es preciso evitar el contacto con heces caninas, supervisar la matanza de ganado, desechar las vísceras infectadas e impedir que los perros accedan a ellas, así como la desparasitación de perros, el control de perros vagabundos y la higiene alimentaria^{4,6,9}.

B I B L I O G R A F Í A

1. Abascal Junquera JM, Esquena Fernández S, Martos Calvo R, Ramírez Sevilla C, Salvador Lacambra C, Celma Doménech A, et al. Quiste hidatídico renal simulando hipernefroma. *Actas Urol Esp.* 2005;29:223-5.
2. Jiménez Cruz JF, Rioja Sanz LA. Enfermedades parasitarias en urología. *Tratado de Urología.* 2.a ed. Tomo III. Barcelona: Prous Science; 2006. p. 1407-14.
3. Walsh PC, Retik AB, Vaughan E, Wein AJ. Tuberculosis y enfermedades parasitarias del aparato genitourinario. *Campbell.* 8.a ed. Tomo 1. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2004. p. 854-5.
4. Picazo JJ. Equinococosis. Los 5 minutos clave en la consulta sobre enfermedades infecciosas. *Editorial Médica Aww;* 2005. p. 170-1.
5. Safioleas M, Stamatakos M, Zervas A, Agapitos E. Solitary hydatid cyst in the pelvis: A case report. *Int Urol Nephrol.* 2006;38:491-2.
6. Bourée P. Parasitosis urinarias. Zmerli S. Quiste hidatídico renal. Quiste hidatídico retrovesical. Ketata H, Peyromaure M. Quiste hidatídico renal. En: *Enciclopedia Médico-Quirúrgica.* París: Elsevier; 2006.
7. Uygur MC, Gülerkaya B, Karakoc A, Erol D. A solitary hydatid cyst of the retrovesical region. *Int Urol Nephrol.* 1999;31:45-7.
8. Pintor Holguín E, García Méndez P, Moral Pascual JM, Barbosa Rodríguez JL. Spontaneous resolution of a retrovesical hydatidic cyst. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2004;22:246-7.
9. Laghzaoui Boukadi M, Bouhya S, Soummani A, Hermas S, Bennan O, Sefrioui O, et al. Pelvic hydatid cyst: apropos of 8 cases. *Gynecol Obstet Fertil.* 2001;29:354-7.
10. Pérez Arellano JL, Hernández Cabrera M, Pisos Álamo E, Carranza Rodríguez C. Tratamiento de las enfermedades parasitarias: Helmintosis y ectoparasitosis. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud.* 2007;31:55-64.