

## Quiste hidatídico peritoneal

### Peritoneal hydatid cyst

Enrique Otoy,<sup>1</sup> Carlos Farro<sup>1</sup> y Erick Huamán<sup>2</sup>

Otoy E, Farro C, Huamán E. Quiste hidatídico peritoneal. Rev Soc Peru Med Interna. 2018;31(2):63-65.

#### RESUMEN

Paciente varón de 29 años con dolor abdominal de dos meses de evolución, presencia de masa a nivel de hemiabdomen inferior, estudio de tomografía con tumoraciones quísticas tabicadas a nivel peritoneal y Western blot positivo para hidatidosis. Se confirmó el diagnóstico de quiste hidatídico peritoneal, realizándose el manejo médico y quirúrgico.

**PALABRAS CLAVE:** hidatidosis, quiste hidatídico, peritoneo, Western blot.

#### ABSTRACT

A 29 year old male patient with abdominal pain of two months, presence of mass at the level of lower hemiabdomen, a CT scan that showed a septated cystic tumor in the peritoneum and positive Western blot for hydatid disease. It was confirmed the diagnosis of peritoneal hydatid cyst, carrying out medical and surgical management.

**KEY WORDS:** hydatid disease, hydatid cyst, peritoneum, Western blot.

#### INTRODUCCIÓN

La hidatidosis, conocida también como equinococosis, es una zoonosis causada por el parásito *Echinococcus*. Se han descrito cuatro especies de *Echinococcus*, tres son de importancia médica en humanos. *Echinococcus* causa los quistes equinocócicos; *Echinococcus multilocularis* causa la equinococosis alveolar y *Echinococcus vogeli*, la forma poliquística. *Echinococcus granulosus* es responsable del 95 % de los casos reportados de hidatidosis humana.<sup>1</sup>

Los quistes hidatídicos se pueden localizar en casi cualquier tejido u órgano del cuerpo humano, siendo el hígado (50 %-77 %), pulmón (15 %-47 %), bazo (0,5 %-8 %) y riñón (2 %-4 %), los órganos más frecuentemente afectados.<sup>2</sup>

Los quistes hidatídicos son encontrados con muy poca frecuencia en peritoneo (2 %). El tratamiento de elección es quirúrgico, sin embargo, se puede administrar tratamiento antihelmíntico coadyuvante en el preoperatorio e, incluso, en el posoperatorio cuando se sospecha de siembra peritoneal.<sup>3</sup>

#### PRESENTACIÓN DEL CASO

El caso corresponde a un paciente varón de 29 años, natural de Junín, procedente de Villa María del Triunfo, sin antecedentes de importancia quien presenta dos meses de dolor abdominal bajo, tipo opresivo, intermitente, no asociado a alteraciones del ritmo defecatorio, que no se modifica con la ingestión de alimentos, pero que disminuye tras la micción, asociado a presencia de tumoración en el hemiabdomen inferior. Fue hospitalizado para estudio.

Al examen físico presentaba una tumoración de 6 cm de diámetro, dolorosa a la palpación, entre hipogastrio y

1. Médico internista. Servicio de Medicina Interna, Hospital EsSalud Guillermo Kaelin de la Fuente, Villa María del Triunfo, Lima.  
2. Médico-cirujano. Servicio de Medicina Interna, Hospital EsSalud Guillermo Kaelin de la Fuente, Villa María del Triunfo, Lima.



fosa ilíaca izquierda. El resto del examen físico fue sin alteraciones.

### Exámenes auxiliares

Hemoglobina 16 g/dL, plaquetas 242 mil/mm<sup>3</sup>, leucocitos 5 500 cél/mm<sup>3</sup> con 2 964 segmentados, 244 eosinófilos, 299 monocitos y 1 932 linfocitos. El resto de exámenes de laboratorio no mostró alteraciones.

En cuanto a los estudios de imagen, la ecografía abdominal describió la presencia de una imagen quística en hipogastrio asociado a múltiples quistes retrovesicales por lo que fue necesario ampliar estudios con tomografía abdominal, la cual reportó lesiones quísticas tabicadas a niveles supravesical y retrovesical, de aproximadamente 8 cm de diámetro, sin captación de contraste (Figura 1).

Con la presunción diagnóstica de quiste hidatídico peritoneal, se solicitó Western Blot para hidatidosis, que resultó positivo. Se prescribió albendazol, 400 mg, cada 12 h, durante 6 semanas, y, posteriormente procedimiento, laparoscópico. Se evidenció múltiples quistes hidatídicos alojados en el epiplón mayor, el más grande de 18 cm de diámetro y otro fuertemente adherido al fondo de saco recto vesical, de 6 cm de diámetro.

### Tratamiento

Se realizó quistectomía laparoscópica, destechamiento de quiste, y drenaje plano con reservorio de bulbo (Jackson Pratt®).

### Evolución

El paciente toleró el acto quirúrgico sin complicaciones y se inició dieta y deambulación a las doce horas de la cirugía. Salió de alta al tercer día del acto quirúrgico.

El estudio histopatológico de epiplón confirmó la presencia de quiste hidatídico. El paciente recibe controles periódicos en forma ambulatoria, sin manifestar molestias.

### DISCUSIÓN

Los quistes hidatídicos localizados en el peritoneo son muy poco frecuentes y la mayor parte de veces están asociados a ruptura traumática o quirúrgica de un quiste hidatídico hepático, esplénico y/o mesentérico. Sin embargo, pueden existir rupturas espontáneas de pequeños quistes al peritoneo. Normalmente, se presentan como masa no específica a nivel abdominal con efecto de presión a nivel vesical o de recto, en casos menos frecuentes pueden producir uropatía obstructiva con consecuente falla renal y obstrucción intestinal.<sup>4</sup>

En el caso descrito, no se encontró quistes en otros órganos abdominales, por lo que los quistes se habrían desarrollado desde un inicio en el peritoneo, constituyendo una forma de presentación aún menos frecuentes.

Los quistes hidatídicos pueden ser únicos o múltiples y el método de estudio dependerá del sitio y tamaño de los quistes. La ecografía es la primera línea de

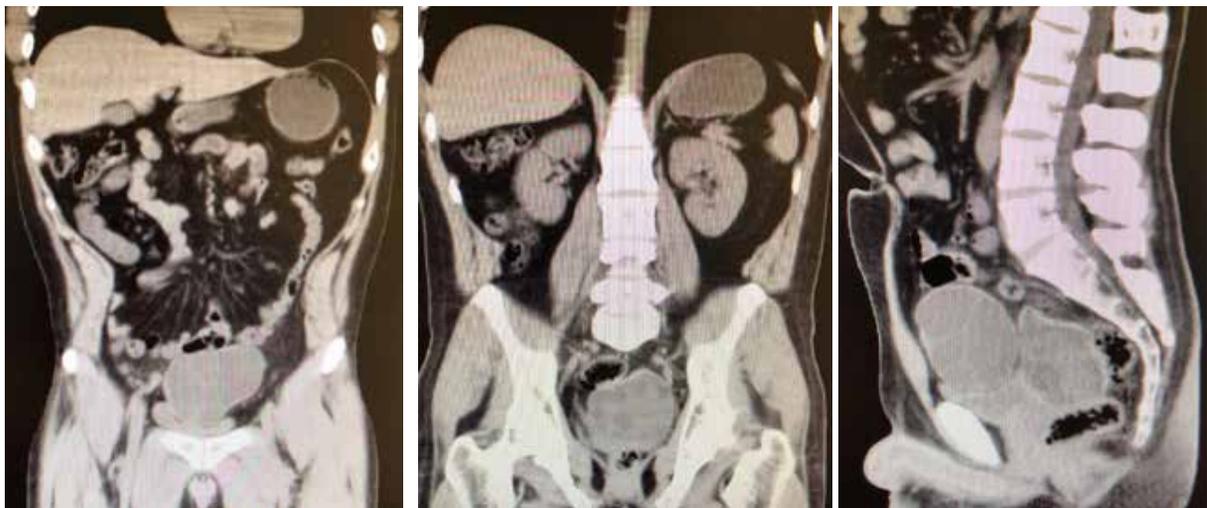


Figura 1. Tomografía abdominal: lesiones quísticas tabicadas a niveles supravesical y retrovesical.

estudio; sin embargo, la tomografía abdominal puede describir mejor las características del quiste hidatídico, convirtiéndose en el estudio de imágenes de elección.

El tratamiento de elección es el quirúrgico, normalmente reservado para quistes de gran tamaño o con presencia de síntomas; no obstante, se puede administrar tratamiento antihelmíntico coadyuvante en el preoperatorio, e incluso en el posoperatorio si se sospecha siembra peritoneal.<sup>5</sup>

Los principales propósitos de la terapia quirúrgica son la eliminación completa de parásitos, la prevención del derrame y la preservación del tejido hepático sano, que se aplica principalmente para que quiste hidatídico hepático que es el más frecuente. En áreas endémicas la mayoría de cirujanos prefiere procedimientos conservadores.<sup>6</sup>

A diferencia de la hidatidosis hepática, para el manejo de la hidatidosis primaria peritoneal u omental no existe una recomendación quirúrgica estandarizada debido a la baja casuística reportada en la literatura mundial. En una extensa revisión, publicada en una revista iraní, de la literatura inglesa de los últimos 20 años, fueron reportados 49 casos de quiste hidatídico mesentérico, peritoneal, omental. Los casos fueron de diferentes partes del mundo, los casos más comunes fueron de Asia (India) y países del mediterráneo como Irán, Turquía y Grecia.<sup>7</sup>

El tratamiento quirúrgico del quiste en este paciente siguió los mismos principios del manejo de quiste

hidatídico hepático, mediante sustancia escolicida con cloruro de sodio al 20 % y la exéresis total del quiste con cirugía radical al realizar la omentectomía.

Hemos querido dar conocer este caso, por la localización muy infrecuente del quiste hidatídico en el paciente, por los pocos reportes nacionales e internacionales de quiste hidatídico primario peritoneal y porque no existe un consenso estandarizado sobre el tratamiento adecuado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Akbulut S, Yavuz R, Sogutcu N, Kaya B, Hatipoglu S, Senole A, et al. Hydatid cyst of the pancreas: report of an undiagnosed case of pancreatic hydatid cyst and brief literature review. *World J Gastrointest Surg.* 2014;6(10):190-200.
2. Çağlayan K, Çelik A, Koç A, Kutluk AC, Altinli E, Celik AS, et al. Unusual locations of hydatid disease: diagnostic and surgical management of a case series. *Surg Infect (Larchmt).* 2010;11(4):349-53.
3. Sachar S, Goyal S, Goyal S, Sangwan S. Uncommon locations and presentations of hydatid cyst. *Ann Med Health Sci Res.* 2014;4:447-52.
4. Pedrosa I, Saiz A, Arrazola J, Ferreiros J, Pedrosa CS. Hydatid disease: radiologic and pathologic features and complications. *Radiographics.* 2000;3:795-817.
5. Buttenschoen K, Carli Buttenschoen D. Echinococcus granulosus infection: the challenge of surgical treatment. *Langenbecks Arch Surg.* 2003;4:218-30.
6. Erdogan Sozuer, Muhammet Akyuz, Sami Akbulut. Open surgery for hepatic hydatid disease. *Int Surg.* 2014;99:764-769.
7. Geramizadeh B. Isolated peritoneal, mesenteric, and omental hydatid cyst: a clinicopathologic narrative review. *Iran J Med Sci.* 2017; 42:517-523.

CORRESPONDENCIA: Dr. Enrique Otoya  
enrique.otoya.d@gmail.com

Fecha de recepción: 16 de julio de 2018.

Fecha de aceptación: 13 de agosto de 2018.