

RARA LOCALIZACION DE UN QUISTE HIDATIDICO

Dr. Artigas, Ramón J. - Dr. Burgos, Néstor G. - Dr. Falcone, Tomás S.

Conclusiones

Se presenta un caso de equinococosis de parte blanda de escroto, reseñándose previamente, en forma sucinta y general, el ciclo evolutivo del parásito y las teorías sobre la diseminación en el aparato genital externo.

Introducción

Habiendo tenido oportunidad de tratar una equinococosis de localización escrotal, hemos creído interesante su presentación ante esta Sociedad. Para acompañar el relato del caso que nos ocupa, efectuaremos una sucinta reseña del ciclo evolutivo del parásito.

Evolución del parásito

El ciclo evolutivo completo de la tenia equinococo se efectúa en dos huéspedes. En el huésped definitivo se desarrolla la tenia adulta y en el huésped intermediario evoluciona en estado de larva, siendo el quiste hidatídico su manifestación más típica.

Aun cuando normalmente el huésped definitivo es el perro, se ha encontrado, aunque raras veces, en el gato, el lobo, el chacal y el zorro. El intermediario más frecuente es el hombre, citándose, además, varios animales (buey, cordero, cerdo, cabra, carnero, caballo y asno).

Ciclo evolutivo

Presenta doble ciclo: un ciclo sexuado o normal y un ciclo asexual o anormal.

Ciclo sexuado o normal. En el huésped intermediario, el huevo fecundado de la tenia equinococo da origen a una larva, la que al madurar tiene escólices capaces de producir la tenia adulta en el huésped definitivo, completándose así el ciclo.

Ciclo asexual o anormal. Por metamorfosis la forma larvaria o escólice, da origen a otra forma larvaria con todos sus elementos y posibilidades. Una larva da origen a otra larva durante varias generaciones. Este fenómeno constituye la equinococosis secundaria.

Resumiremos brevemente la evolución de la tenia equinococo a través de sus huéspedes.

a) La forma adulta que vive en el intestino delgado del perro, huésped definitivo, desprende los huevos o deja en libertad los anillos cuando están maduros, y éstos son expulsados al exterior con las materias fecales.

b) Los anillos se disgregan y dejan en libertad los huevos fecundados con embrión que se diseminan.

c) Los huéspedes intermediarios, entre ellos el hombre, pueden ingerir directamente del perro esos huevos, o de manera indirecta por contaminación de verduras, agua y hierbas.

d) Al llegar al estómago son disueltas las cubiertas protectoras (aunque pareciera ser que el jugo duodeno-yeyuno-ileal es el que pone en libertad al embrión exacanto), quedando en libertad el embrión que, merced a sus ganchos, atraviesa las paredes intestinales y pasa a la circulación por vía venosa o linfática, dejándose transportar a diversos órganos. Se detiene, por orden de frecuencia, en el hígado (primer filtro), pulmones (segundo filtro), en los músculos, bazo, riñón, cerebro y huesos, etc. (tercer filtro), de donde se transforma en larva, que con la reacción propia del organismo constituye el quiste hidatídico.

e) En el interior de la larva se forman los escólices, capaces, a su vez, de formar otra larva: equinococosis secundaria, o de evolucionar hacia la tenia adulta si son ingeridos por el huésped definitivo, cerrándose así el ciclo (fig. 1). No nos detenemos a dar una reseña de la constitución del quiste hidatídico, por cuanto esto es por todos conocido. Dada ya, entonces, la reseña general del ciclo evolutivo de la equinococosis, pasaremos a considerar la equinococosis genitourinaria.

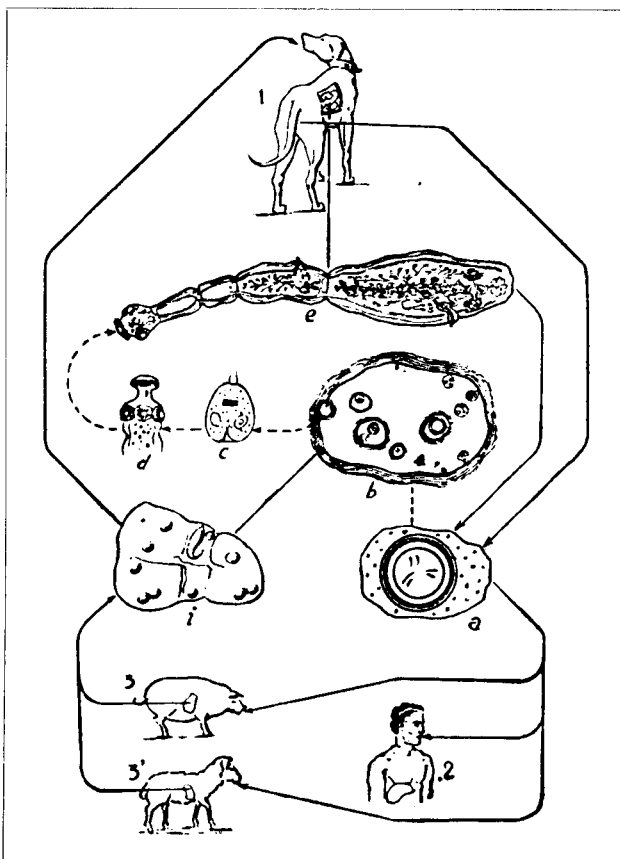


Figura 1. Ciclo evolutivo de la equinococosis.

Atravesada la mucosa gástrica o duodenal, el embrión es arrastrado por la corriente de las venas a la barrera hepática. Si el embrión atraviesa los capilares hepáticos, llega al corazón derecho, por la vena cava inferior, de donde puede ser lanzado a la circulación menor, llegando así a la barrera pulmonar. Si el embrión logra superar los obstáculos de los capilares pulmonares, será conducido al corazón izquierdo por la vena pulmonar, y desde allí llevado por la circulación general a los más diferentes lugares del organismo.

No es raro que detenido en alguna porción del aparato genital y urinario se transforme en hidátide, dando lugar a las localizaciones hidatídicas del aparato genitourinario. Otras veces la localización hidatídica será secundaria a la rotura de un quiste previamente formado.

Por lo tanto, las distintas formas que el germen equinococo sigue hasta llegar al aparato genital y urinario, pueden ser de orden primitivo o secundario.

Equinococosis genital primitiva. En la actualidad, las únicas teorías admitidas son la hematógena y la equinococosis primitiva heterotópica de Devé.

a) *Via arterial.* Es natural que si los embriones exacantos franquean los obstáculos señalados, y llegan a la circulación

general, están en condiciones de fijarse en cualquier parte del organismo donde hallan un capilar, y las estadísticas así lo demuestran al citar las más variadas localizaciones, pudiendo, por lo tanto, ir a parar a un capilar que irrigue los órganos genitales. El hecho es difícil pero posible, la literatura mundial cita observaciones en que la autopsia demostró la localización única de un quiste hidatídico en los órganos genitales, tanto internos como externos.

b) *Equinococosis primitiva heterotópica de Devé*. A consecuencia de un traumatismo o de manera espontánea, se rompe la adventicia o capa cuticular y se desprende la vesícula madre de un quiste primitivo que cae en el peritoneo, de donde sigue un proceso de reenquistamiento.

Hidatidosis genital secundaria. Numerosas experiencias y observaciones clínicas permiten afirmar que, en la inmensa mayoría de los casos, la hidatidosis es de naturaleza secundaria. Los quistes hidatídicos del aparato genitourinario suelen ser de reducidas dimensiones, siendo esto debido a que necesita requisitos especiales para crecer y vivir.

Las localizaciones hidatídicas en el aparato genital masculino son muy poco frecuentes; dentro de ellas deben separarse, por razones patogénicas, clínicas y terapéuticas, la equinococosis de los órganos genitales internos o pelvianos, de las que, de manera rarísima, pueden aparecer fuera del cinturón pelviano, siendo 0,2% la frecuencia de esta localización; la prostatovesicular es la que lleva mayor porcentaje.

Casuística

El enfermo que motiva esta presentación se trata de un joven de 23 años, oriundo de la provincia de Santa Fe, cuya infancia y adolescencia transcurrió en la zona rural; consultó por presentar una tumoración indolora en la raíz izquierda del escroto, de forma redondeada, de $3 \times 3 \times 4$ cm. Al examen demostraba estar incluida solamente en el espesor de la pared, sin ningún tipo de adherencia al cordón espermático ni al testículo homolateral. No presentaba signos inflamatorios; la piel de la zona no deslizaba, pero tenía aspecto normal. No se palpaban ganglios inguinales y las faneras estaban conservadas.

El tiempo de evolución desde la aparición hasta la consulta fue de 7 años, de crecimiento lento, sin haber presentado signos inflamatorios o dolor en toda su evolución. No manifestó antecedentes de traumatismos ni de enfermedades venéreas. Su estado general era óptimo. El examen físico fue negativo; al tacto rectal la próstata y las vesículas seminales eran normales.

Los exámenes de rutina estaban dentro de los límites normales, Rx de tórax y de abdomen no presentaban particularidades; urograma excretor normal.

Con el diagnóstico de tumoración de partes blandas de escroto fue intervenido quirúrgicamente el día 4 de junio de 1973, hallándose una neoformación de liberación poco dificultosa, efectuándose la exéresis por completo, siendo de forma ovalada, de $4 \times 3 \times 3$ cm (fig. 2). Inmediatamente



Figura 2. Pieza macroscópica.

después del acto operatorio, debido a la consistencia duro-elástica de la pieza extraída, se le efectuó una placa radiográfica para demostrar si presentaba opacificaciones de tipo cálcico, demostrando tener radiopacidad. Es necesario destacar que en el urograma excretor la zona genital externa no estaba incluida en ninguna placa (fig. 3). La evolución

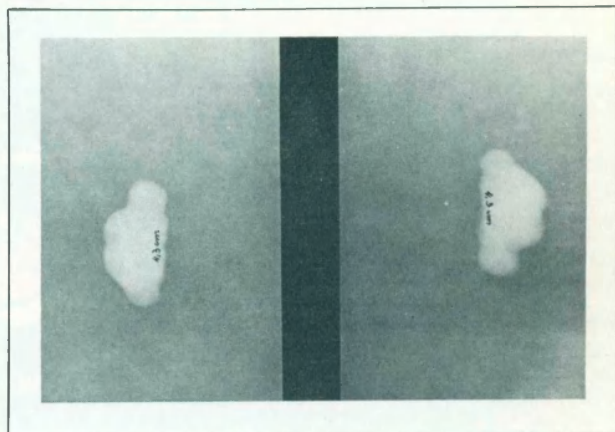


Figura 3. Radiopacidad de la pieza extraída.

posoperatoria fue excelente. El estudio histopatológico indicó la presencia de un quiste hidatídico sin vesículas hijas (Protocolo N° 99.754, 15/6/73; Dr. M. Rapaport) (fig. 4).



Figura 4. Aspecto microscópico del quiste hidatídico.

A posteriori de este informe se hizo la búsqueda clínica y de laboratorio de localización primaria con resultados negativos. Faltó realizar el centellograma hepático puesto que la libertad de este detenido llegó antes que se pudiera llevar a cabo.

Discusión

En la literatura consultada no se ha hallado ningún caso similar. La mayoría de los quistes en partes blandas estaban localizados en el hueso poplíteo, citándose el caso de una localización submaxilar. Salvo un caso que era secundario a una localización torácica, en los demás los autores no pudieron determinar su origen primario o secundario, caso similar al nuestro. De acuerdo con las teorías reseñadas al comienzo de este trabajo, la posibilidad de una equinococosis primaria o secundaria sería posible, ya sea por lesión traumática local con infestación de la herida, en el primer caso, o bien por diseminación hematogena o por rotura de un quiste hepático, diseminación peritoneal y llegada a la zona que afectó a nuestro paciente por un conducto peritoneovaginal persistente.