

M. G. Sevilla*,
E. Cruz**,
A. Bitrián*,
B. de Escalante***

Una localización poco habitual de la equinocosis: quiste hidatídico mamario

An unusual localization of echinococcosis: hydatid cyst of the breast

SUMMARY

Hydatid disease is endemic in many areas of the world such as Southern Europe, South America, Oceania, Asia and parts of Africa. Mamary echinococcosis is very rare. A hydatid cyst of the breast in a woman with diffuse disease is described below.

* Servicio de Radiodiagnóstico.
** Servicio de Ginecología.
*** Servicio de Medicina Interna.
Hospital Comarcal de Barbastro.
Huesca

Palabras clave

Hidatidosis, Mama.

Correspondencia:
M. G. Sevilla Redondo.
Casado del Alisal, 25, 5 B.
34001 Palencia.

Key words

Echinococcosis, Breast.

INTRODUCCIÓN

La hidatidosis es una enfermedad ocasionada por la larva del género *Echinococcus*, siendo la especie *E. granulosus* la responsable de la mayoría de las infestaciones humanas^{1,2}.

La afectación más frecuente es la hepática (75%) y la pulmonar (15%), comprometiéndose más raramente otros órganos o tejidos (10-20%). En un 20% de los casos se descubren quistes hidatídicos en varias localizaciones^{2,3}.

Presentamos un caso de hidatidosis mamaria en una paciente que mostraba afectación multivisceral.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 71 años que acude al hospital por un problema ginecológico, detectándose en la exploración mamaria una masa de unos 5 cm localizada en el cuadrante superoexterno de la mama izquierda, no adherida a piel ni a planos profundos. La mamografía puso en evidencia varias tumoraciones redondeadas,

densas, bien delimitadas en el cuadrante superior y externo de la mama izquierda (Fig. 1). La ecografía mamaria mostró tres masas bien circunscritas (dimensiones aproximadas 39, 37 y 19 mm de eje máximo), una de ellas compuesta por múltiples áreas quísticas redondeadas separadas por paredes ecogénicas y las otras dos con contenido fundamentalmente ecogénico con alguna zona anecógena en su interior (Fig. 2). En un estudio tomográfico del hombro ampliado a la mama se aprecian tres lesiones de contornos bien definidos cuyos valores de atenuación oscilaban entre las 5 y 20 UH (Fig. 3).

Como antecedentes de interés la paciente estaba operada de hidatidosis hepática y presentaba dos lesiones hepáticas compatibles con quistes hidatídicos. Tres años de la actual consulta le fue detectada una masa en el hombro izquierdo y varios nódulos en la axila. Los estudios de imagen mostraron zonas líticas y esclerosas en los huesos de la articulación del hombro con una masa de partes blandas asociada. Se realizó excisión quirúrgica de una de las masas axilares, correspondiendo el diagnóstico anatomopatológico a quiste hidatídico.

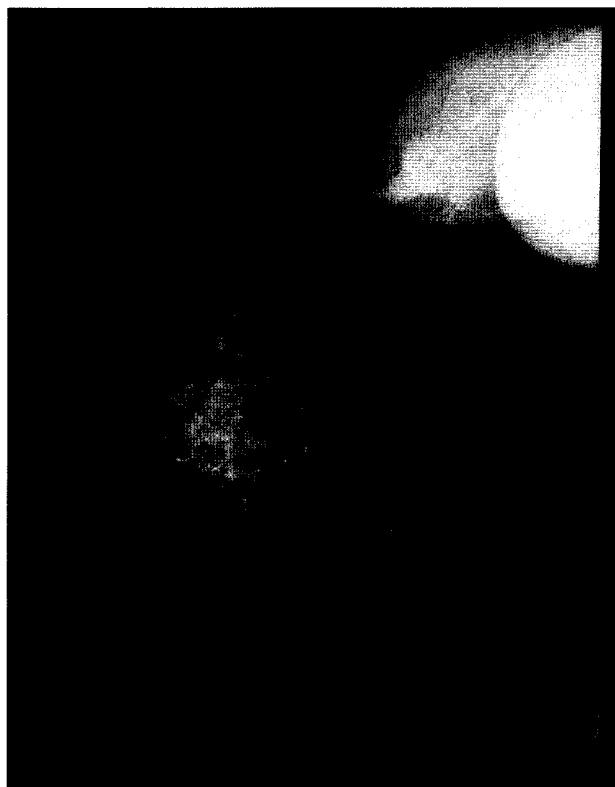


Fig. 1. Proyección lateral oblicua de mama izquierda. Se observan dos masas densas, bien circunscritas en los cuadrantes superiores, presentando una de ellas una prolongación.

Las pruebas serológicas para hidatidosis fueron positivas.

Con el antecedente de hidatidosis (hepática y osteomuscular del hombro izquierdo) y los hallazgos en las pruebas de imagen se propuso el diagnóstico de equinococosis mamaria. La paciente rechazó cualquier intervención quirúrgica, realizándose revisiones periódicas.

DISCUSIÓN

La glándula mamaria es un emplazamiento muy poco frecuente de la enfermedad hidatídica. En la bibliografía revisada no se ha encontrado referencia sobre el porcentaje de su afectación. En la publicación de Abi et al⁴ la hidatidosis mamaria está incluida dentro del grupo de localizaciones muy raras, junto con la renal y la pancreática, variando la frecuencia de este grupo entre 0,27 y 1,34%.



Fig. 2. Ecografía mamaria. Apreciamos una lesión con patrón de quiste multivesicular y adyacente a la misma otra con patrón sólido.

Los signos mamográficos son los de una masa redondeada densa, de contornos netos y regulares que crece lentamente. Ocasionalmente tiene un contorno irregular y la calcificación es rara⁵.

La ecografía puede mostrar dos patrones: a) quiste univesicular: masa anecógena, de límites bien definidos con refuerzo posterior, y b) quiste multivesicular: formado por múltiples áreas líquidas de morfología esférica limitadas por paredes ecogénicas. En ocasiones pueden visualizarse membranas rotas o barro hidatídico en las partes más declives. Más raro es que contengan escaso líquido, apareciendo un contenido ecogénico e inhomogéneo, en cuyo caso

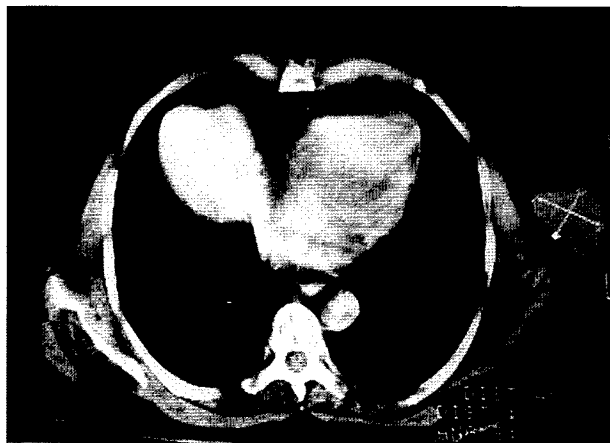


Fig. 3. Tomografía computerizada. En el cuadrante superoexterno de la mama izquierda aparece una masa bien delimitada con valor de atenuación de 20 UH.

será necesario hacer el diagnóstico diferencial con tumores sólidos cavitados⁶.

La tomografía computada presenta una lesión quística, bien circunscrita, uni o multivesicular, cuyos valores de atenuación pueden oscilar entre 3-30 UH².

Tanto la ecografía como la tomografía computada pueden detectar calcificaciones parietales o en el interior del quiste².

El hallazgo de un quiste hidatídico de localización periférica es indicación para realizar un estudio hepático y pulmonar².

Sin tratamiento el quiste puede quedar estacionario durante años, pero lo común es que crezca lentamente, aumentando de tamaño y comprima y atrofia la glándula. Es posible la infección del quiste y también se ha descrito su abertura y fistulización espontáneas⁷.

El tratamiento casi siempre es quirúrgico, siendo el procedimiento ideal la extirpación total con quistope-riquistectomía. En otras ocasiones se extirpa el tumor con parte del parénquima circundante, o se evacúa el contenido del quiste y se cierra o marsupializa. El principal riesgo es la siembra por ruptura, por lo que se recomienda esterilizar el contenido del quiste durante el acto quirúrgico con inyección intraquística de solución salina hipertónica o cetrimida. Siempre que sea posible se utilizará una vía estética, areolar o submamaria^{1,3,7}.

También se ha realizado con éxito el tratamiento mediante punción aspiración percutánea con inyección de etanol³.

El tratamiento médico está indicado: a) profilaxis preoperatoria; b) profilaxis postoperatoria en casos de ruptura o resección incompleta; c) tratamiento en pacientes con contraindicación quirúrgica. Los fármacos que tienen una mayor eficacia son el albendazol y el praziquantel^{1,3}.

En nuestro caso las exploraciones mamográfica y ecográfica mostraron imágenes características de esta patología, que junto a los antecedentes de la

paciente apuntaban hacia el diagnóstico de hidatidosis mamaria. Probablemente se trató de extensión local a partir de la afectación osteomuscular del hombro izquierdo.

El quiste hidatídico debe formar parte del diagnóstico diferencial de una masa mamaria densa, bien circunscrita de crecimiento lento. Otros procesos a tener en cuenta son el quiste mamario, fibroadenoma, tumor phylloides y carcinoma bien delimitado. El hematoma y el absceso pueden incluirse, aunque los datos clínicos y la existencia de antecedente traumático permiten el diagnóstico diferencial^{6,8}.

RESUMEN

La hidatidosis es una enfermedad endémica en Europa meridional, América del Sur, Oceanía, Asia y en ciertas áreas de África. La localización mamaria es un hallazgo excepcional. Presentamos un caso de hidatidosis mamaria en una paciente con enfermedad multivisceral.

REFERENCIAS

1. Mensa J. Infecciones por cestodos. En: Ferreras P, Rozman C, eds. Medicina Interna. Madrid, Mosby-Doyma; 1995;2470-4.
2. Beggs Y. The radiology of hydatid disease. AJR 1985; 145:639-48.
3. López-Vélez R, Pérez JA. Enfermedades parasitarias (II): amebas tisulares, tripanosomas y cestodos tisulares. *Medicine* 1994;6:3313-24.
4. Noguera AR, Villavieja L, Martín M, Castillo JJ, Asirón PJ, Gregorio MA. Hidatidosis mamaria: una enfermedad infrecuente. *Rev Senología y Patol Mam* 1988;1:29-33.
5. Abi F, El Fares F, Khaiz D, Bouzidi A. Les localisations inhabituelles du kyste hydatique: a propos de 40 cases. *J Chir (Paris)* 1989;126:307-12.
6. Quedraogo EG. Le kyste hydatique du sein: étude de 20 observations. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1985;14: 187-94.
7. Uriburu JV y Uriburu JL. Parasitosis mamarias. En: Uriburu JV, et al, eds. La mama: tratado de mastología, tomo 1. Buenos Aires: López; 1996. p. 616-20.
8. Vega A, Ortega E, Cavada A, Garijo F. Hydatid cyst of the breast: mammographic findings. *AJR* 1994; 162:825-6.