

Hidatidosis de la mama. Reporte de un caso*

Drs. OSCAR TAPIA E.¹, VIVIANA PINEDA N.², JUAN CARLOS ROA S.¹.

¹ Departamento de Anatomía Patológica.

² Departamento de Cirugía y Traumatología.

Facultad de Medicina. Universidad de La Frontera.
Temuco, Chile.

Abstract

Breast hydatidosis. Report of one case

We report a 27 years old female consulting for a left breast nodule. Mammography and breast ultrasound showed a nodule with anechoic content. A fine needle aspiration obtained a crystalline fluid. The nodule was excised and the pathological diagnosis of the surgical piece showed a hydatid cyst.

Key words: Echinococcosis, hydatidosis, hydatidosis breast.

Resumen

La hidatidosis humana tiene una tasa de incidencia nacional, notificada en el año 2004, de 2,1 x 100.000 habitantes. Su ubicación en la mama es poco frecuente. Se presenta el caso de una mujer de 27 años con un quiste hidatídico mamario diagnosticado en la Unidad de Anatomía Patológica del Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco.

Palabras clave: Equinococosis, hidatidosis, hidatidosis de mama.

Introducción

La hidatidosis es causada por la forma larval del céstodo *Echinococcus granulosus*, donde el hombre es un huésped intermediario accidental, por contacto con animales infectados o ingestión de comida contaminada por las heces. Ella constituye la zoonosis parasitaria más frecuente en Chile, predominando en las áreas ganaderas, especialmente de la zona sur y austral del país. La tasa de incidencia nacional notificada en el año 2004 fue de 2,1 x 100.000 habitantes¹⁻⁶.

En humanos, se han descritos quistes en múltiples localizaciones y número siendo los de localización hepática y pulmonar los más frecuentes, sin embargo, estos también pueden afectar el bazo, riñón, páncreas, peritoneo, sistema nervioso central, hueso y tejidos blandos, tiroides y corazón entre otras. La mama constituye una localización rara, representando tan sólo el 0,27% de los casos de hidatidosis^{7,8}. Se presenta el caso de una mujer de 27 años con un quiste hidatídico mamario diagnosticado en la Unidad de Anatomía Patológica del Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco.

*Recibido el 4 de Enero de 2010 y aceptado para publicación el 12 de Abril de 2010.

Correspondencia: Dr. Oscar Tapia E.
Manuel Montt 112. Código Postal 478-1176. Temuco, Chile.
E-mail: otapi001@pinhue.ufro.cl

Caso clínico

Mujer de 27 años, menarquia a los quince años, dos hijos vivos, a los veinte años primer embarazo, tiempo total de lactancia de treinta y dos meses y usuaria de dispositivo intra-uterino. Consultó por nódulo autopescuzado en mama izquierda desde hace 3 años. Al examen se palpa en la unión de los cuadrantes superiores de la mama izquierda lesión redondeada, móvil, bien delimitada y que mide aproximadamente 20 mm. Se realiza mamografía bilateral que demuestra lesión nodular redondeada, de márgenes bien delimitados y densos, homogénea, localizada en unión de cuadrantes superiores de la

mama izquierda (Figura 1). En la ecotomografía se aprecia nódulo redondeado, bien delimitado, de contenido anecogénico y con refuerzo posterior, que se cataloga como BI-RADS 2 (Figura 2). Se completa estudio con PAAF de la lesión, obteniéndose abundante líquido tipo agua de roca, sin complicaciones posteriores atribuibles al procedimiento. El estudio citológico no demostró células neoplásicas ni fragmentos parasitarios. El hemograma no presenta eosinofilia.

Por rápida reproducción de la lesión y dadas las características del líquido, se efectúa tumorectomía, enviándose para estudio anatomopatológico un fragmento de tejido glandular mamario de 6 x 8 x 3 cm

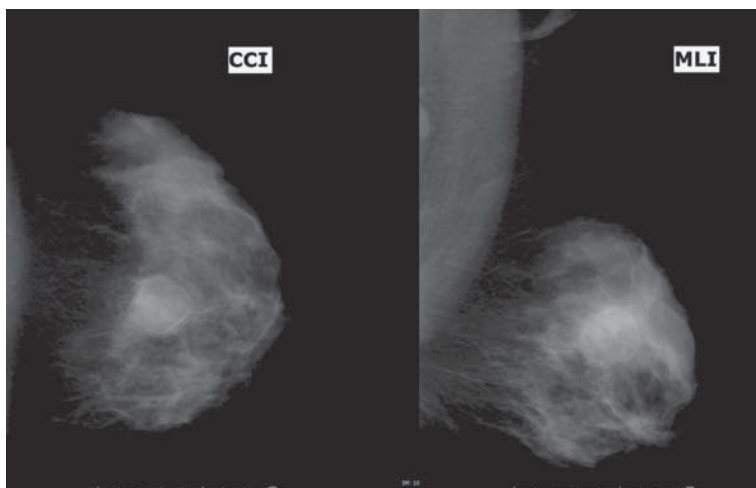


Figura 1. Mamografía que muestra la lesión.

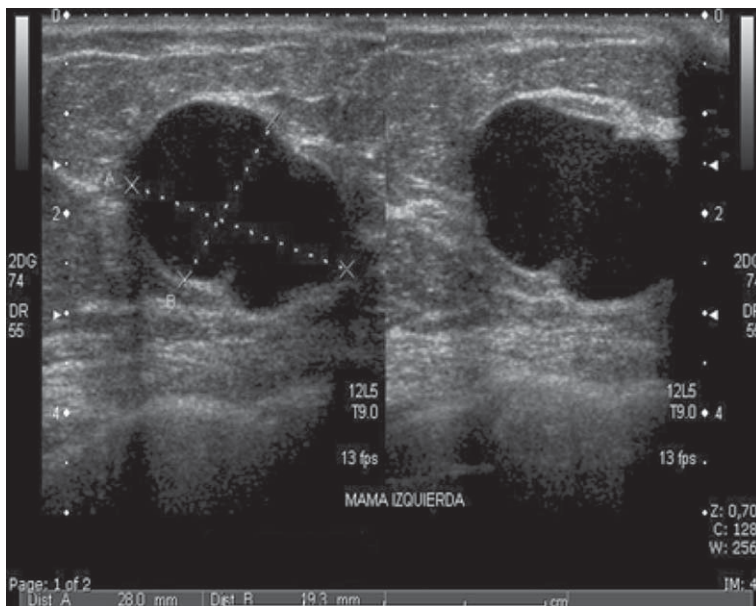


Figura 2. Ecotomografía mamaria que muestra la lesión.

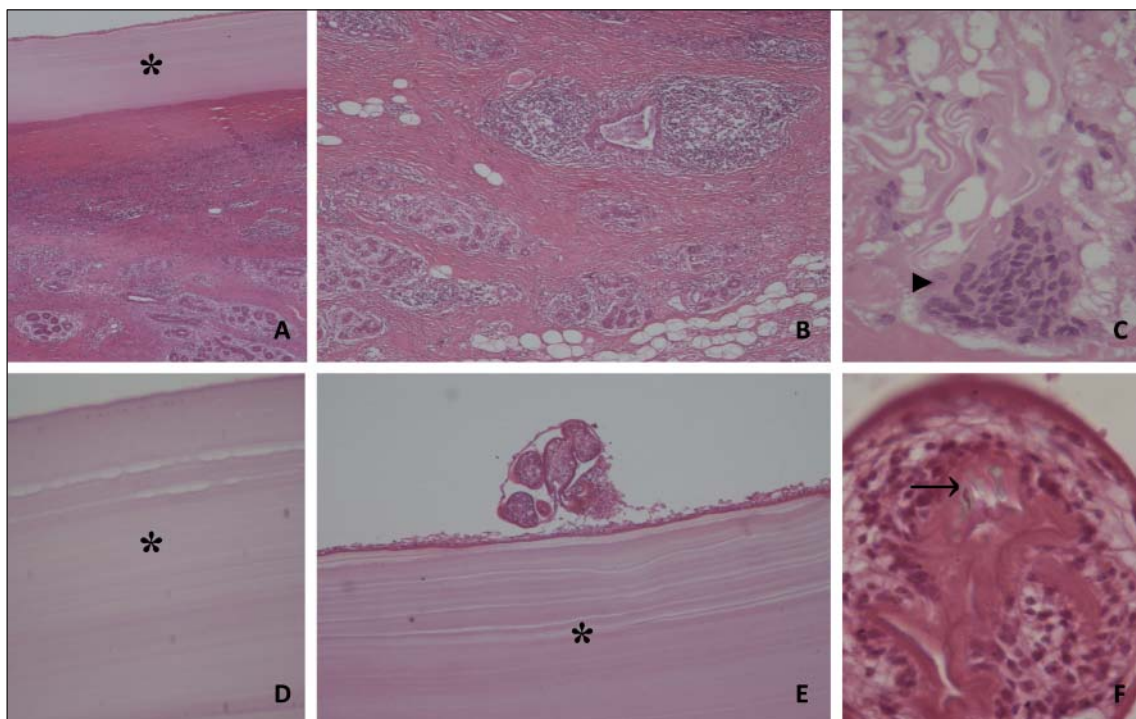


Figura 3. Histología. A (HE, 40x), B (HE, 100x), C (HE, 400x), D (HE, 400x) y E (HE, 100x) se reconoce tejido glandular mamario de estructura conservada con infiltrado inflamatorio periductal predominantemente linfo-plasmocitario, presencia de células gigantes multinucleadas por reacción a cuerpo extraño (►) (C) y estructuras laminillares basófilas, acelulares dispuestas en forma paralela (*) con escólices en el interior de la cavidad quística (E). En F (HE, 1000x) se observa con aumento mayor, escólex con estructuras refringentes en la porción central correspondiente a los ganchos (→).

que incluye elipse de piel de 4 x 1 cm. Al examen macroscópico se observa una lesión quística de 2,8 cm rellena por líquido claro y revestido por membranas blanquecinas. Al examen microscópico, se reconoce tejido mamario con infiltrado inflamatorio predominantemente linfo-plasmocitario, con células gigantes multinucleadas por reacción a cuerpo extraño y lesión quística de paredes fibrosas con estructuras laminares basófilas acelulares de disposición paralela compatible con membranas hidatídicas y escasos escólices intraquísticos (Figura 3).

Discusión

El compromiso mamario por un quiste hidatídico es raro, reportándose cifras menores del 0,3% de los casos de hidatidosis y representando tan sólo un 0,3% de los tumores de mama^{7,8}. Las lesiones mamarias suelen ser clínicamente indoloras, de lento crecimiento, duras y móviles, en ocasiones adheridas a la fascia pectoral, afectando mayoritariamente a mujeres entre los 30 y 50 años^{7,9,10}. Los hallazgos

radiológicos son inespecíficos, describiéndose como tumores bien circunscritos, de alta densidad, con contenido heterogéneo, que pueden presentar niveles hidroaéreos o calcificaciones en la periferia; mientras que los hallazgos ecográficos son similares a los descritos en otros órganos, demostrando una lesión lobulada, bien definida, de ecogenicidad heterogénea, que pueden contener múltiples áreas quísticas. Estos hallazgos por cierto son inespecíficos, por lo que pueden confundirse con otras lesiones tanto benignas (fibroadenoma) como malignas (carcinoma)^{9,11-13}.

El estudio de estas lesiones con PAAF permite obtener líquido transparente típicamente descrito como “agua de roca”, o en ocasiones material de aspecto proteináceo y amorfo, donde su estudio citológico constituye una herramienta diagnóstica en caso de observarse elementos parasitarios tales como escólices, ganchos refringentes o, menos frecuentemente, fragmentos de membranas hidatídicas. A pesar del valor diagnóstico, su indicación ante la sospecha clínica e imagenológica es controversial, por el potencial riesgo de diseminación y shock

anafiláctico, sin embargo, no existen reportes publicados que describan complicaciones asociadas al procedimiento, siendo por tanto, considerada una técnica sensible y específica además de ser un procedimiento seguro. Su utilidad es mayor en casos donde el diagnóstico no es sospechado, permitiendo el diagnóstico mediante PAAF, planificar la cirugía, minimizando el riesgo de ruptura durante el acto quirúrgico¹⁴⁻¹⁷.

Otros estudios adicionales incluyen la serología hidatídica, la cual frecuentemente resulta negativa, mientras que la eosinofilia en el hemograma es un elemento inespecífico e inconstante, siendo estas pruebas diagnósticas de poca utilidad en pacientes que además presentan quistes pulmonares o hepáticos^{18,19}.

En nuestro caso, la PAAF, mamografía y ecografía mamaria no fueron diagnósticas, efectuándose éste durante el estudio histológico de la pieza operatoria.

El tratamiento de elección y curativo para estas lesiones es la quistectomía, pudiendo asociarse a irrigación de la zona operatoria con solución salina hipertónica para disminuir la posibilidad de implantes accidentales^{10,11,13,17,20}.

Aún cuando el compromiso mamario es raro, en áreas endémicas como la nuestra, debe considerarse a la hidatidosis dentro de los diagnósticos diferenciales de patologías mamarias tanto benignas (mastopatía fibroquística, fibroadenoma), malignas (carcinomas) como inflamatorias (abscesos).

Referencias

1. Tamames S. Hidatidosis. En: Tamames S, Martínez C. Cirugía, Fisiopatología General. Aspectos básicos. Manejo del paciente quirúrgico. Madrid, Editorial Panamericana 1997; 25: 222-232.
2. Sapunar J. Hidatidosis. En: Atías A. Parasitología Médica. Santiago, Mediterráneo Ltda., 1999; 39: 338-354.
3. Serra I, Araya C, Araneda J. Evolución epidemiológica de la hidatidosis humana en Chile, 1965-1988. Impacto de los programas ganaderos de la XII y XI regiones. Rev Med Chile 1993; 121: 343-349.
4. Serra I, Araneda J, Araya C. Situación actual de la hidatidosis humana en Chile. Dos proposiciones de corrección de su subnotificación. Rev Med Chile 1995; 123: 659-669.
5. Serra I, Araneda J, Araya C. Análisis regional de la hidatidosis humana y animal en Chile, 1989-1993. Bol Chil Parasitol 1996; 51: 3-12.
6. Ministerio de Salud de Chile. Enfermedades de Notificación obligatoria. <http://www.minsal.cl>
7. Abi F, el Fares F, Khadis D, Bouzidi A. Unusual localizations of hydatid cysts. Apropos of 40 cases. J Chir; 1989; 26: 307-312.
8. Safioleas M, Misiakos EP, Kakisis J, Manti C, Papanichristodoulou A, Lambrou P, et al. Surgical treatment of human echinococcosis. Int Surg 2000; 85: 358-365.
9. Vega A, Ortega E, Cavada A, Garijo F. Hydatid cyst of the breast: Mammographic findings. AJR Am J Roentgenol 1994; 162: 825-826.
10. Quedraogo EG. Hydatid cyst of the breast. 20 cases. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1986; 15: 187-194.
11. Iloki LH, Lefebvre G, Darbios Y, Tranbaloo P. Hydatid cyst of the breast. Case report. Gynecol Obstet 1992; 87: 35-38.
12. Kurul S, Tenekeci N, Topuzlu C. Case report: an unusual mass in the breast: the hydatid cyst. Clin Radiol 1995; 50: 869-870.
13. Pérez JA, Castillo P, Henning E, Pérez A. Breast hydatid cyst. A case report. Rev Med Chile 1977; 125: 66-70.
14. Noguera AR, Villavieja L, Martín M, Castillo JJ, Asirón PJ, Gregorio MA. Hidatidosis mamaria: una enfermedad infrecuente. Rev Senol Patol Mam 1988; 1: 29-33.
15. Epstein NA. Hydatid cyst of the breast: diagnosis using cytological techniques. Acta Cytol; 1969; 13: 420-421.
16. Radhi JM, Thavanathan MJ. Hydatid cyst presenting as a breast lump. Can J Surg 1990; 33: 29-30.
17. Charfi S, Khabir A, Ayadi L, Chtourou I, Bahri I, Ben Ayed B, et al. Mammary hydatid cyst diagnosed by fine needle aspiration. Rev Med Interne 2007; 28: 336-338.
18. Rami Y. Hydatid disease of the breast: a case report and literature review. Am J Trop Med Hyg 1999; 61: 714-715.
19. Bulent Y, Hakan O, Tezcan A, Fatih A, Suleyman H. Primary hydatid cyst of the breast with elevated ca 19-9 level. Am J Trop Med Hyg 2005; 73: 368-370.
20. Das DK, Choudhury U. Hydatid disease: an unusual breast lump. J Indian Med Assoc 2002; 100: 327-328.