

# Quiste hidatídico de partes blandas

Manuel Medina Pérez, María Jesús Pareja Megía

*Servicio de Anatomía Patológica (Patología). Hospital de la Merced. Área de Gestión Sanitaria de Osuna (Sevilla). Servicio Andaluz de Salud (SAS-SSPA).*

## RESUMEN

**Planteamiento:** Aportamos un caso de quiste hidatídico de partes blandas.

**Material y método:** Un varón de 60 años consultó por tumoración en el muslo derecho, que se había notado en los últimos meses, sin signos inflamatorios aparentes. Se realizó citología por PAAF.

**Resultados:** Los extendidos citológicos mostraban abundantes fragmentos de membrana laminada, un gancho, y macrófagos, que permitieron sugerir el diagnóstico de quiste hidatídico, que fue confirmado con la exéresis del mismo.

**Conclusiones:** En nuestro medio, el quiste hidatídico de partes blandas debe ser tenido en cuenta en la valoración de las tumoraciones de partes blandas. La presencia de ganchos y fragmentos de membrana laminada en los aspirados obtenidos por PAAF permite hacer el diagnóstico.

**Palabras claves:** quiste hidatídico, partes blandas, PAAF, citología, enfermedades parasitarias, equinococosis.

## *Soft tissue hydatid cyst*

### SUMMARY

**Background:** We report a case of hydatid cyst of soft tissues.

**Material and methods:** A 60-year-old man presented a painless mass palpable in his right thigh, which he had noticed over the last months. On physical examination, there were not symptoms of inflammation. FNA and echography were performed.

**Results:** The aspirates showed fragments of laminated membrane, a hooklet, and macrophages consistent with the diagnosis of hydatid cyst.

**Conclusions:** The presence of hydatid cysts should be considered on evaluating soft tissue tumors. Hooklets and fragments of laminated membrane found by FNA in the surgical specimen confirm the diagnosis.

**Key words:** hydatid cyst, soft tissue, FNA, cytology, parasitic diseases, echinococcosis.

## INTRODUCCIÓN

La hidatidosis es una enfermedad parasitaria común en muchos países, incluida la cuenca mediterránea (1). Está producida por la larva de un gusano (echinococcus), al convertirse el hombre en huésped intermediario. Se reconocen cuatro especies fundamentales capaces de parasitar al ser humano: *E. granulosus*, *E. multilocularis*, *E. vogeli*, y *E. oligarthrus*, siendo la primera la más frecuente (2). Los huevos son ingeridos por vía oral, liberándose las larvas en el intestino, y, desde aquí, penetrando su pared, y a través del torrente sanguíneo portal, alcanzar cualquier víscera, donde se forman los quistes (quistes hidatídicos, QH). Las localizaciones más frecuentes de los QH son el hígado y los pulmones. Los de partes blandas son raros (1-4%), aunque están bien descritos (2-4), así como sus características citológicas (5-8). Presentamos un caso diagnosticado fortuitamente en el transcurso del estudio de una masa de partes blandas.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

El paciente, un varón de 60 años, acudió al médico por notarse una tumoración en el tercio superior del muslo, patente en los dos o tres últimos meses, que se palpaba bien, y sin signos inflamatorios. No existían antecedentes patológicos de interés. La misma mañana de la consulta se realizaron la PAAF y el estudio ecográfico de la lesión.

Se practicaron dos punciones, obteniendo un material blanquecino, como pellejoso, mezclado con líquido turbio. En las extensiones teñidas con Papanicolau y panóptico rápido se observaban fragmentos de membrana laminada (ML) muy vistosos (fig. 1), un gancho (fig. 2), así como otros más amorfos, macrófagos y detritus celulares. En el informe citológico, se sugirió el diagnóstico de quiste hidatídico. No se produjo reacción anafiláctica como consecuencia de la aspiración.

En el estudio ecográfico se observó una lesión quística de partes blandas muy sugerente de QH. El estudio del hígado y los pulmones fue negativo.

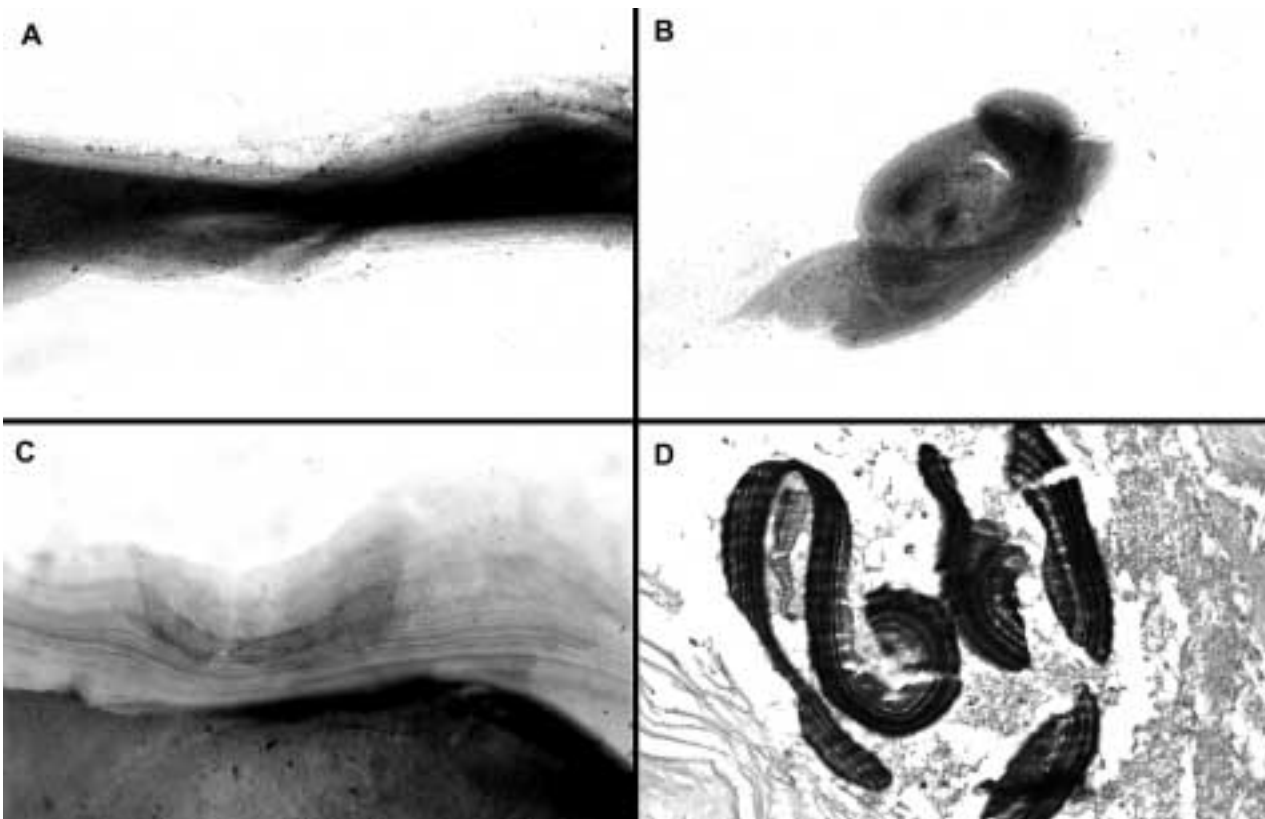


Fig. 1. Fragmentos de membrana laminada. A,B, y C, material de PAAF, tinción de Papanicolau. D, tinción de PAS, corte de la pieza quirúrgica.

Después de completar el estudio clínico, se procedió a su exéresis. Durante la intervención quirúrgica, se inyectó suero salino fisiológico en el interior del quiste, por su efecto lítico, y después se aspiró, confirmando la presencia de multitud de vesículas, y procediendo, a continuación, a la resección del mismo, que transcurrió sin complicaciones. El QH medía aproximadamente unos 15 cm, y constaba de una pared fibrosa con restos musculares periquísticos. En el estudio histológico, se encontraron fragmentos de ML, muy patentes con las tinciones de PAS (fig. 1D) y plata metenamina de Grocott. No se identificaron ganchos ni protoescólex.

## DISCUSIÓN

En la especie humana, la equinococosis es adquirida, fundamentalmente, por una relación estrecha con los perros (6). Aunque los QH son más frecuentes en el hígado y los pulmones, se pueden desarrollar en casi cualquier órgano. Los quistes crecen lentamente, y están revestidos de una capa laminada externa lisa y una capa germinal interna, de la que brotan las vesículas que contienen los escólex (6). El diagnóstico citológico de QH se establece ante la presencia de protoescólex y/o ganchos y/o fragmentos de ML (5,7-9). Aunque si se sospecha el diagnóstico clínico de QH casi todos los autores recomiendan no practicar la PAAF por la posibilidad de reacción anafiláctica, el auge de esta técnica hace que se pueda ver alguno en los lugares donde la infección sea prevalente. Por ello es recomendable contar con un mínimo equipo de reanimación en la Consulta de Punciones (oxígeno, suero, adrenalina, atropina), tal y como otros colegas tienen en sus salas de exploraciones (radiólogos, endoscopistas, etc.). En cuanto al diagnóstico citológico en sí, todos los autores están de acuerdo en que la presencia de partes del parásito establece el diagnóstico. La presencia únicamente de ML suele conducir a un diagnóstico de sospecha de QH, como en 4 de los 17 casos de la serie de Sáenz de Santamaría y cols. (5). Pero al revisar la bibliografía no es raro que sólo se encuentren fragmentos de ML, bien porque algunos son quistes estériles, bien porque hayan

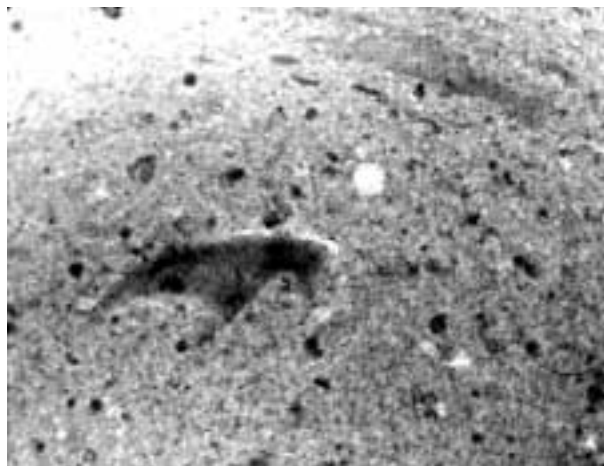


Fig. 2. Gancho, material de PAAF, tinción de Papanicolaou. Original, 200x.

sido aspirados en su totalidad (menos probable). Todos esos casos acabaron siendo QH verdaderos, así que como exponen Ascoli y cols. (7), el hallazgo de ML en un extendido debe hacer considerar el diagnóstico de QH. En los mismos términos se expresan Sparks y cols. (1) en el capítulo sobre la equinococosis: «Fragments of laminated wall are most often encountered microscopically and establish the diagnosis... and its appearance is so characteristic that a diagnosis can be made even when only a small fragment is in a section». Si la aseveración es válida para el estudio de la pieza quirúrgica debe serla también en el material de citología. De lo que hay que estar seguro es de que uno está viendo fragmentos de ML y no un artificio (restos de colorante, cuerpo extraño). Si se baja el condensador del microscopio se aumenta el contraste y pueden apreciarse mejor los ganchos (6). La ML se tiñe fuertemente con el PAS y la plata metenamina, y los ganchos con la tinción de tricrómico de Masson y la de Ziehl-Neelsen (10). Lejos de ser una enfermedad exótica, la hidatidosis está presente, todavía, en muchas comarcas de España.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sparks AK, Connor DH, Neafie RC. Diseases caused by cestodes. Echinococcosis. En: Binford CH, Connor DH, eds. Pathology of tropical and extraordinary diseases. Sección 11, capítulo 1.

- Armed Forces Institute of Pathology, Washington, D.C. 1976, p. 530-3.
2. Merkle EM, Schulte M, Vogel J, Tomczak R, Rieber A, y cols. Musculoesekeletal involvement in cystic echinococcosis. Report of eight cases and review of the literature. *Am J Roentgenol* 1997; 168: 1531-4.
  3. Merkle EM, Kramme E, Vogel J, Krämer S, Schulte M, y cols. Bone and soft tissue manifestations of alveolar echinococcosis. *Skeletal Radiol* 1997; 26: 289-92.
  4. Martin J, Marco V, Zidan A, Marco C. Hydatid disease of the soft tissues of the lower limb: findings in three cases. *Skeletal Radiol* 1993; 22: 511-4.
  5. Saenz de Santamaría J, Moreno Casado J, Núñez C. Role of fine-needle biopsy in the diagnosis of hydatid cyst. *Diagnostic Cytopathology* 1995; 13: 229-32.
  6. Kapila K, Verma K. Aspiration cytology diagnosis of echinococcosis. *Diagn Cytopathol* 1990; 6: 301-3.
  7. Ascoli V, Teggi A, Gossetti F, Nardi F. Hydatid cyst: primary diagnosis by fine-needle aspiration biopsy. *Diagn Cytopathol* 1990; 6: 44-8.
  8. Giuffre G, Tuccari G. Hydatid cyst in soft tissues diagnosed by fine needle aspiration cytology. *Cytopathology* 1994; 5: 55-9.
  9. Von Sinner WN, Nyman R, Linjawi T, Ali AM. Fine needle aspiration biopsy of hydatid cyst. *Acta Radiologica* 1995; 36: 168-72.
  10. Arora VK, Singh N, Gupta K, Bhatia A. Ziehl-Neelsen stain in the quest for elusive cestode larval hooklets. *Acta Cytol* 1995; 39: 839.