



## P-522 - TUMORACIÓN DE PARTES BLANDAS. HIDATIDOSIS UN DIAGNÓSTICO A TENER EN CUENTA

de Soto Cardenal, Begoña; Valera Sánchez, Zoraida; Naranjo Fernández, Juan Ramón; Curado Soriano, Antonio; Domínguez Amodeo, Antonio; Jurado Marchena, Remedios; Navarrete de Carcer, Enrique; Oliva Mompean, Fernando

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

### Resumen

**Introducción:** Presentamos un caso diagnosticado en el estudio de una masa de partes blandas.

**Caso clínico:** Varón de 70 años, antecedentes personales de hipertensión arterial y asma bronquial, estudio de tumoración con 15 cm en cadera derecha, crecimiento lento, bien definida y móvil respecto a planos profundos, estudio con pruebas de imagen, TAC con contraste que confirma la posibilidad de quiste hidatídico, ante lo cual no se decide la realización de PAAF ni BAG, planteándose su tratamiento quirúrgico. Exéresis quirúrgica amplia con márgenes y manteniendo la integridad de la tumoración. Resultado anatomopatológico de quiste hidatídico.

**Discusión:** La hidatidosis es una enfermedad parasitaria endémica de los países mediterráneos. Está producida por la larva del parásito *Echinococcus granulosus*, al convertirse el hombre en huésped intermediario, donde 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, alcanzan cualquier víscera, donde se forman los quistes. Las localizaciones más frecuentes son el hígado 70% y pulmón 25%, mientras que los de partes blandas son raros 1-4%. En la especie humana, la equinococosis es adquirida, principalmente por perros, donde aunque los quistes son más frecuentes en el hígado y los pulmones, se pueden desarrollar en casi cualquier órgano. Su forma de presentación más frecuente es como una tumoración de crecimiento lento, siendo su sospecha rara dada la poca frecuencia de esta patología. Las pruebas complementarias recomendadas son ultrasonidos, TAC o RMN, estando contraindicada la PAAF-BAG si ya existe su sospecha mediante pruebas de imagen, dado que puede desencadenar un shock anafiláctico, aunque en muchos casos el diagnóstico suele ser anatomopatológico por presentar macroscópicamente, membrana blanca delimitando la cavidad quística llena de líquido acuoso transparente y microscópicamente membranas acelulares, laminares, PAS+. El tratamiento médico con albendazol de forma preoperatoria es generalmente administrado para estabilizar el quiste para el tratamiento quirúrgico posterior, quedando limitado su uso exclusivo a los casos de enfermedad diseminada o contraindicación al tratamiento quirúrgico. El tratamiento quirúrgico de elección es la periquistectomía, en las localizaciones de partes blandas, si es posible siempre su exéresis en bloque con integridad del quiste.