



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-501 - A PROPÓSITO DE UN CASO: HIDATIDOSIS MAMARIA BILATERAL COMO PRESENTACIÓN ÚNICA

Vega Recio, Aranzazu; Becerra Toro, Jose Antonio; Rodríguez Lora, Enrique; Perea Sánchez, María Jose; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Resumen

Introducción: La hidatidosis es una enfermedad ocasionada por la larva del género *Echinococcus*, el hombre es un huésped intermediario accidental, por contacto con animales infectados o ingestión de comida contaminada por las heces. La hidatidosis está extendida por todos los continentes, siendo frecuente dentro de Europa en el litoral mediterráneo y Europa del Este. En España es más prevalente en Castilla y León, La Rioja, Navarra, Aragón y la costa mediterránea. La especie *E. granulosus* es la responsable de la mayoría de las manifestaciones humanas. La afectación más frecuente es la hepática (75%) y la pulmonar (15%), comprometiendo más raramente otros órganos (10-20%). La mama constituye tan sólo el 0,27% de los casos de hidatidosis.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 48 años diabética, intervenida de un papiloma intraductal en mama izquierda y quiste simple en mama derecha. En el postoperatorio presentó infección de la herida quirúrgica que requirió drenaje, antibioterapia y curas locales. En el resultado anatomopatológico del quiste describen hallazgos compatibles con parasitosis, recomendando completar estudio. La paciente es derivada a consulta de Enfermedades infecciosas, siendo diagnosticada de hidatidosis mamaria con serología positiva. Realiza tratamiento con albendazol durante seis meses hasta obtener serología negativa para *E. granulosus*. En ecografía de control se describen múltiples quistes bilaterales con aspecto de quiste complicado y agrupaciones en racimos. Se propone a la paciente la realización de mastectomía que rechaza, decidiéndose seguimiento con controles ecográficos periódicos.

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. Los hallazgos radiológicos son inespecíficos, en su diagnóstico y seguimiento se utiliza la ecografía y la resonancia magnética como prueba gold standard. El estudio de estas lesiones con PAAF permite obtener líquido transparente, o material de aspecto proteínáceo y amorfo, donde su estudio citológico constituye una herramienta diagnóstica. 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 se han publicado complicaciones asociadas al procedimiento, siendo por tanto una técnica sensible, específica y segura. El tratamiento de elección y curativo para estas lesiones es la exéresis, pudiendo asociarse a irrigación de la zona operatoria con solución salina hipertónica para disminuir la posibilidad de implantes. No existe unanimidad en cuanto al

tratamiento de la infección, aunque se recomienda el uso de antiparasitarios (albendazol) previa a la cirugía, la mayoría de las publicaciones no la realizan. Sí que se utiliza en el postoperatorio ya que podría reducir las recurrencias. El riesgo de recurrencia de la hidatidosis en los 5 años es del 1%-10% en general, sin embargo no hay datos concretos sobre equinocosis mamaria. Es aconsejable el seguimiento durante largos periodos de tiempo ya que se han documentado recurrencias años después, sobre todo si persisten factores de riesgo.