

Granulomas enterobiásicos pelviperitoneales

(INFORME DE DOS CASOS)

R. A. Durón M. ()
O. Zavala C. (**)

HISTORIA: La presencia del *Enterobius vermiculares* adulto o de sus huevecillos en granulomas del peritoneo pélvico ha sido descrita en aproximadamente 33 oportunidades. Symmers (16) en 1950, en una revisión completa de la patología oxiuriásica enlistó hasta aquella fecha 16 casos de granulomas enterobiásicos en el peritoneo pélvico en mujeres jóvenes, a los cuales agregó 2 casos propios. Gil & Smith (10) en 1952, agregaron 2 casos más de granulomas enterobiásicos por debajo de la superficie serosa de los ovarios y fueron considerados como hallazgos incidentales que no habían provocado *sintomatología*.

Croce y Cols. (5) 1956, en el estudio de una pieza de salpingooforitis, encontraron en la superficie serosa de la misma, un granuloma conteniendo huevecillos de *E. vermiculares* y fragmentos del parásito adulto. Beddoe (2) en el mismo año, informó otro caso de granuloma oxiuriásico en el peritoneo pélvico de una joven de 16 años. En 1958, Arthur y Tomlison (1), informaron la presencia de granulomas enterobiásicos en la superficie peritoneal de un cistadenoma pseudomucinoso del ovario. Lansman y Cois. (11) en 1960, informaron también la presencia de un granuloma por huevecillos de oxiuro en una banda adherente entre útero y ovario, en cuya superficie habían lesiones de endometriosis. Campbell y Bowman (4) en 1961, mencionan un caso adicional de granuloma enterobiásico encontrado en la serosa del apéndice conteniendo un parásito adulto hembra fecundado, sin lesiones de la mucosa y pared del apéndice. En el mismo año Ebbehoj (7), informó sobre un granuloma situado en un pequeño quiste en la punta de una hernia inguinal derecha en una mujer joven 'sin historia de apendicitis ni perforación intestinal. Slais (15) en 1962, informó sobre 4 casos de granulomas enterobiásicos en el pelviperitoneo de mujeres jóvenes. En ese mismo año, Brooks y Cols. (3), encontraron una granulomatosis múltiple en el pelviperitoneo de una mujer. Los nodulos se localizaban principalmente en la serosa tubárica, ovárica y extremo distal del apéndice cecal. Garnica y Biagi (9) en 1964, encontraron en la autopsia de una mujer de 44 años de edad, muerta de cáncer cervicouterino, dos nodulos perifoneales, uno en el yeyuno y otro cerca de la válvula ileocecal, como hallazgos incidentales.

El primer caso de este tipo de patología en Honduras, fue informado por nosotros (6) en 1966. Debido a la poca difusión que tuvo este informe y a la ausencia de exposición gráfica del mismo, volvemos a reproducirlo con sus respectivas fotografías, agregando al mismo tiempo un segundo caso observado más recientemente (1968).

{ *) Encargado del Servicio de Patología y Citología. Instituto Hondureño de Seguridad Social. Tegucigalpa, D. C, Honduras.

(**) Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital Viera. **Tegucigalpa**, D. C, Honduras.

INFORME DEL PRIMER CASO CLÍNICO: Se trataba de una mujer de 31 años de edad, Maestra de Instrucción Primaria, quien ingresó por primera vez al hospital con historia de dolor abdominal a nivel del hipogastrio, intenso, de cinco días de duración, tipo cólico. Dicho dolor fue aumentando progresivamente, irradiándose a la región lumbar. Era de tal intensidad que le impedía el reposo y le hacía contorsionarse. El cuello uterino estaba erosionado, con abundante secreción purulenta a través del **orificio** externo. NO podía palpase el fondo del útero debido a la resistencia abdominal. Las regiones anexiales eran francamente dolorosas. Había fiebre de 39°C, leucocitosis de 15.650 con neutrofilia de 86%. Se hizo diagnóstico de pelviperitonitis aguda y se instituyó tratamiento con antibióticos. A los nueve días del ingreso, el cuadro clínico había mejorado y se dio el alta. 4 días después reingresó con historia de metrorragia. No había dolor. Al examen ginecológico se notaba cuello erosionado y duro. La matriz de tamaño normal rechazada hacia la derecha, por una masa anexial izquierda, renitente, no movilizable, que ocupaba la fosa ilíaca izquierda y parte del fondo de saco posterior, midiendo aproximadamente 6 cms, de diámetro. Se hizo el diagnóstico de quiste ovárico y hematocele. Una semana después se practicó la siguiente intervención quirúrgica: "incisión paramedia infraumbilical izquierda, rechazamiento del músculo recto hacia afuera y apertura del peritoneo. Se apreciaban adherencias de la trompa derecha al sigmoide, las cuales fueron liberadas. La trompa izquierda estaba edematizada, gruesa, aumentada de volumen, notándose una tumoración redondeada sustituyendo al ovario izquierdo. La trompa derecha estaba también inflamada, pero en menor grado que la izquierda. El ovario derecho era de apariencia normal. Se hizo disección completa de la tumoración **oválica**, practicándose salpingo-ooforectomía izquierda según la técnica habitual. Se notó el apéndice en posición retrocecal, adherido fuertemente a la pared del ciego, siendo también extirpado."

Se dio el alta al 7º día post-operatorio. En el Departamento de Patología se recibió la trompa uterina izquierda midiendo 6 x 1 cm. Se encontró un nódulo blancoamarillento de 0.5 cms. cerca del pabellón, bien delimitado y del cual se hicieron múltiples cortes. El ovario izquierdo contenía un quiste de 6 cms. de diámetro. Se recibió también un apéndice sin lesiones macroscópicas. El examen histológico mostró proceso de salpingitis difusa y a nivel del nódulo mencionado había una reacción granulomatosa con gran cantidad de eosinófilos. En el centro necrótico del nódulo habían múltiples huevecillos de *Enterobius vermicularis*, fácilmente identificables. No fue posible encontrar restos del parásito adulto. Se practicaron extensiones directas del centro necrótico del nódulo y se examinaron con suero fisiológico al microscopio, volviéndose a encontrar los huevecillos del parásito, igual que si se tratara de un examen corriente de materias fecales. En vista de estos hallazgos se practicaron estudios coproparasitológicos en busca de oxiuriasis intestinal con resultados negativos. No había historia reciente de prurito anal y la búsqueda de parásitos en región perianal, mediante la técnica de celofán fue también infructuosa.

INFORME DEL SEGUNDO CASO: L. A. de C, 32 años. Con historia de 3 abortos (Feb. 66, Jul. 67 y **Abril** 68) y un embarazo que evolucionó normalmente (el primero) cuatro años antes. Vista en agosto de 1968 se le diagnosticó un útero retrovertido grado III practicándose una laparatomía media infraumbilical el 26 de agosto de 1968 para corregir la

retrodesviación. El cirujano encontró adherencias de cara posterior del istmo y dos tumoraciones en la serosa uterina. Una en cara anterior, de 1.5 cm, y otra de 1 cm. en cara posterior cerca del cuerno izquierdo. Ambos tumores fueron extirpados, se practicó resección en cuña de ovario derecho y punción de pequeños quistes en el ovario izquierdo, apendicectomía profiláctica y extirpación de quiste paraovárico izquierdo. El examen histológico fue informado así: MACRO: La muestra consiste de (a) dos nodulos, uno de ellos fibrótico midiendo 1.5 centímetros y el otro amarillento en superficie de corte midiendo 0.7 centímetros, (b) un quiste paraovárico de 1 centímetro y una cuña del ovario derecho midiendo 2.5 centímetros conteniendo pequeños quistes foliculares y (c) una apéndice sin lesiones macroscópicas midiendo 6x0.6 centímetros. MICRO: Uno de los nodulos descritos en (a) es un leiomioma uterino subseroso. El otro nódulo (descrito de color amarillento) es un granuloma parasitario. El parásito aparece en el centro, desintegrado, dentro de una área de necrosis. Los huevecillos deformes, debido al proceso de preparación semejan *Enterobius vermicularis*. En la periferia de la zona de necrosis existe una estrecha banda de células inflamatorias, con escasos eosinófilos. Se incluyen cortes de ovario con quistes foliculares y de apéndice cecal sin lesiones histológicas. DIAGNOSTICOS: Leiomioma subseroso del útero. Granuloma parasitario del pelviperitoneo. Quiste paraovárico izquierdo. Quistes foliculares de ovario derecho. Apéndice sin patología demostrable.

COMENTARIOS: La referencia más antigua sobre la presencia de *Enterobius vermicularis* en el tracto genital de la mujer, data desde 1901 por Marro, G. según Schenken & Tamisiea (14). Se ha ido reconociendo en los últimos años un tipo de "emigración urogenital" de este parásito a partir de las regiones perianales en mujeres infestadas por el mismo. Los parásitos hembras fecundados acostumbran acvar en la región perianal donde provocan prurito intenso. Una vez cumplida esta misión penetran de regreso al intestino grueso en condiciones normales. En la entidad que estamos describiendo, yerran su trayecto, pasan a la vulva y luego ascienden por vagina, cuello uterino, endometrio, pasando luego a las trompas uterinas y a través' del pabellón pasan al peritoneo pélvico de la mujer. Esta consecuencia lógica parece haber sido demostrada plenamente al haberse comprobado la presencia de granulomas enterobiásicos en todos los sitios mencionados. Así Klee, ref. por Nairn (12) en 1920, encontró un parásito fecundado en una lesión granulomatosa de cuello uterino. Fathere y Cois. (8) en 1951, informaron un caso de invasión parasitaria en el útero, Se trataba de una mujer de 26 años a quien se le practicó una histerectomía por severa dismenorrea. Se encontró un nódulo enterobiásico en la cara posterior del útero. Nairn y Duguid (12) en 1954, informaron el hallazgo de un granuloma conteniendo una hembra fecundada de *Enterobius vermicularis* en el examen histológico rutinario de material endometrial obtenido por legrado uterino. Como el curetaje fue practicado a escasos días del próximo sangrado menstrual, los autores propusieron que el granuloma había llegado a su, completo desarrollo en no menos de tres semanas y que probablemente dicho granuloma hubiera sido expulsado con la menstruación de no haberse practicado el legrado. Schenken & Tamisiea (14) en 1956, encontraron en el útero de una paciente recientemente histerectomizada lesiones granulomatosas en la porción basal del endometrio, conteniendo hembras adultas bien preser-

vadas de **Enterobius vermicularis**, indicando que posiblemente su ocurrencia en esta localidad es más común de lo que la literatura médica indica, y que lo ocasional de su hallazgo se deba probablemente a que el parásito no logra establecerse en el endometrio debido al desprendimiento de la lesión con el establecimiento de la menstruación normal.

En el primer caso que hemos informado se demuestra la presencia de un granuloma por huevecillos de **Enterobius vermicularis** en el pabellón de la trompa uterina en una paciente que previamente había sufrido un acceso de pelviperitonitis aguda. Encontramos lógico que la presencia del parásito en posición alta del tracto genital de esta paciente haya tenido relación con la producción de la pelviperitonitis. Es muy probable que el parásito adulto, el cual no fue encontrado, haya caído en la cavidad pelviperitoneal a través del orificio externo de la trompa, provocando reacción **inflamatoria** aguda, tanto por su presencia como por contaminación bacteriana que lógicamente el parásito arrastra consigo. A ello quizás fue debido el éxito del tratamiento con antibióticos instituido inicialmente a la paciente. El cirujano no describió la presencia de granulomas en el peritoneo porque no existían o porque pasaron desapercibidos, concentrando toda su atención a la patología anexial existente. Las lesiones peritoneales que describe indican un proceso residual de cicatrización consecutivo a inflamación reciente. En el segundo caso, es obvio que el granuloma enterobiásico debe considerarse como un hallazgo incidental sin relación con la sintomatología presentada por la paciente. Al revisar los casos informados en la literatura, nos damos cuenta que la pelviperitonitis enterobiásica puede presentarse ya sea con granulomas aislados o con granulomas múltiples.

RESUMEN

Se hace una revisión de la mayor parte de los casos de pelviperitonitis enterobiásicas informados, los cuales suman a treinta y tres aproximadamente agregando los dos primeros casos de esta entidad encontrados en Honduras. Se hacen comentarios sobre esta nueva entidad patológica debida a la emigración urogenital del parásito adulto hembra fecundado en mujeres jóvenes.

SUMMARY

A bibliographic review of most of the cases reported in enterobiasic pelvic granulomatosis is made by the authors, which total approximately to 33. Two new cases (the first reported in Honduras) are added, one of them found in the serosal of one of the Fallopian tubes in a young woman who had been previously treated because of an acute pelviperitonitis. The second one was found in the serosal surface of the uterus while fixing a retroflexion of the same in another young woman and was considered as an incidental finding.

Fig. 1.—Primer Caso. Nótese el granuloma cerca de la superficie serosa del pabellón de la trompa uterina. Mide 0.5 cm., de color amarillento.

Fig. 2.—Segundo caso. Granuloma extirpado de la superficie serosa del útero. Mide 0.7 cm. y es de color amarillento en superficie de corte.

Fig. 3.—Centro necrótico del granuloma en el primer caso, mostrando abundantes huevecillos de *E. vermicularis*.

Fig. 4.—Detalle de los huevecillos bien preservados en el primer caso informado.



Fig. 1



Fig. 2

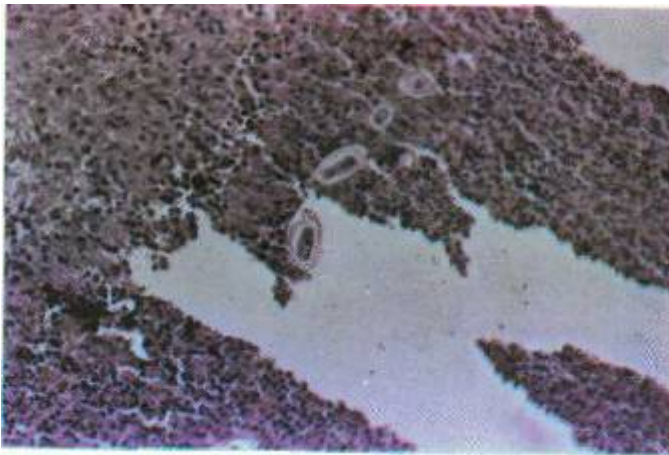


Fig. 3

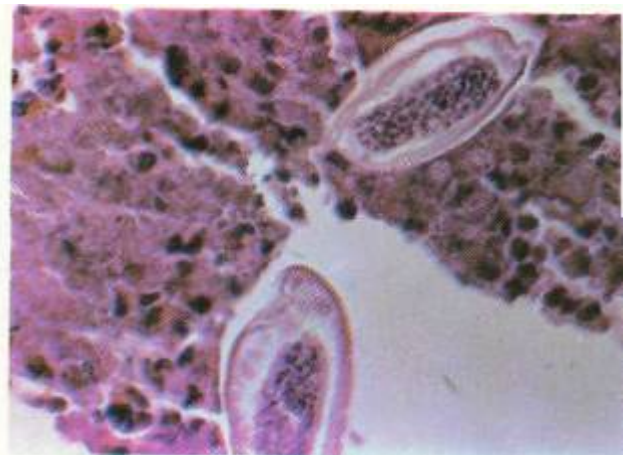


Fig. 4

Fig. 5.—Detalle de granuloma enterobiásico del segundo caso. Amplificado 5 veces de su tamaño real.

Fig. 6.—Centro necrótico del mismo granuloma, mostrando huevecillos de *E. vermicularis*.

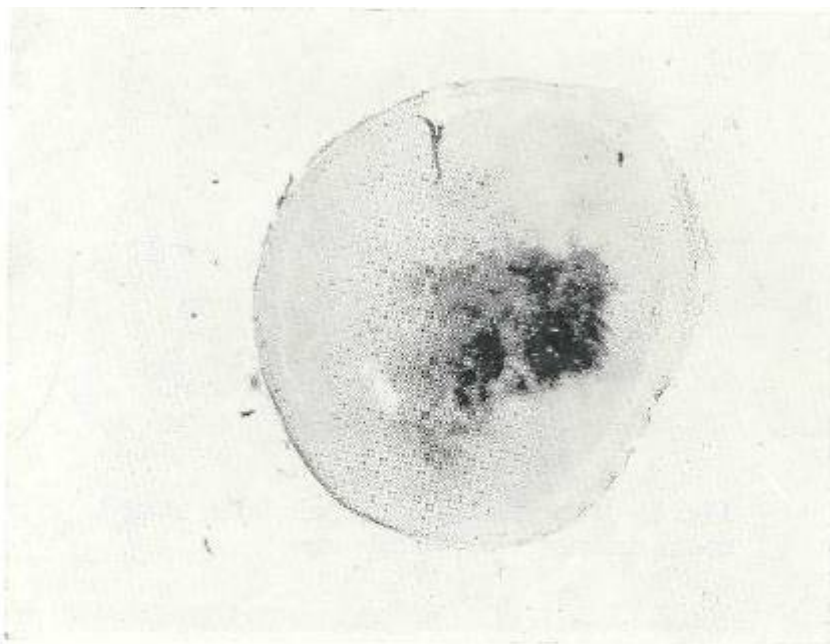


Fig. 5

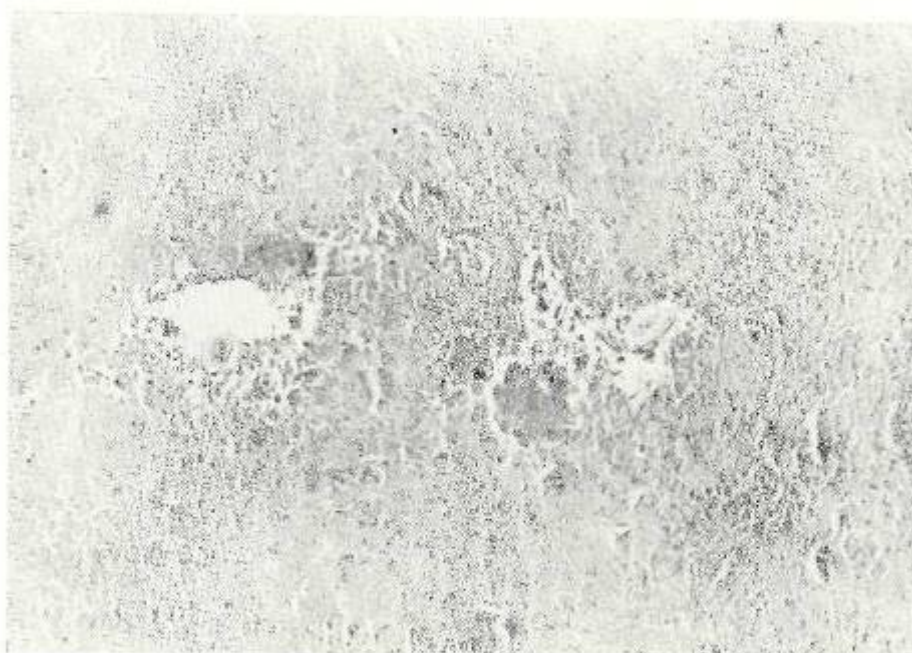


Fig. 6

Fig. 7.—Huevecillo de *E. vermicularis*, parcialmente desintegrado- Segundo caso.

Fig. 8.—Otro huevecillo de *E. vermicularis* bien preservado, en el segundo caso.

(Fotos en blanco y negro por cortesía del Dr. Paul C. Beaver, Profesor de Parasitología, Universidad de Tulane, New Orleans).

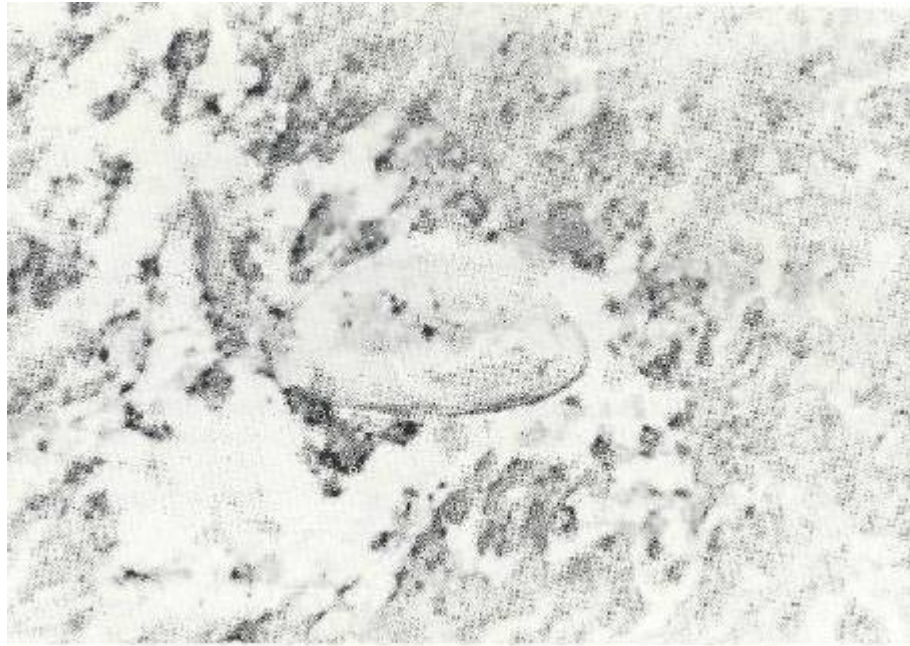


Fig. 7

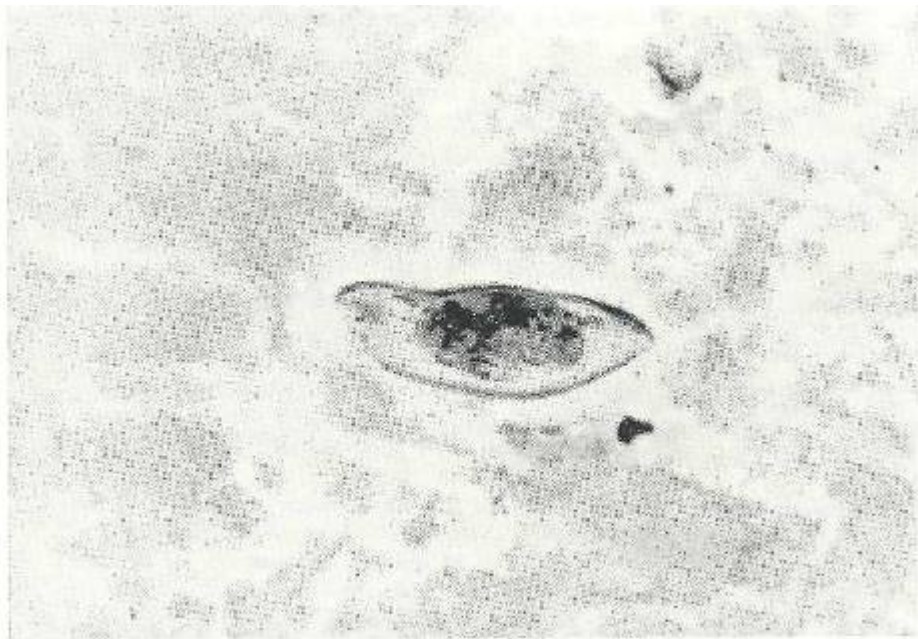


Fig. 8

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—ARTHUR, H. R., and TOMLINSON, B. E. : Oxyuris granulomata of the Fallopian tube and peritoneal surface of an ovarian cyst. J. Obstet. Gynec. Brit. Emp. 65: 996-997 (dec.) 1958.
- 2.—BEDDOE, H. L. : Peritoneal granuloma due to Enterobius vermicularis. Amer. J. Dis. Child. 91: 577-80, 1956.
- 3.—BROOKS, T. J.; GOETZ, C. C. and PLAUCHE W. C: **Pelvic** granuloma due to Enterobius vermicularis J. A. M. A. 179: 492-494, 1962.
- 4.—CAMPBELL, C. G. and BOWMAK, J.: Enterobius vermicularis granuloma of pelviperitoneum. Amer. J. Obstet. Gynec. 81: 256-258, 1961.
- 5.—CROCE, E. J. ; MAEGILLIVRAY, W. F. and MURPHY, C. J.: Salpingitis due to enterobius vermicularis, report of a case, N. England J. M. 254 (2): 67-9, 1956.
- 6.—DURON, M. R. y ZAVALA C. O: Pelviperitonius enterobiásica. Rev. Med. Hondur. 34: 3, 1966.
- 7.—EBBEHOJ, J.: Qxyurgranulom, oxyuriasis peritonei, Ugeskr. Laeg. 123: 308-9, 1961.
- 8.—FATHEREE, J. P.; CARRERA, G. M. and BEAVER, P. C. : Enterobius vermicularis in human uterus, Mississipi Doctor, 29: 159-161, 1951.
9. GÁRNICA, R. D. y BIAGI F., F.: Problemas quirúrgicos por Enterobius vermicularis. Rev. Fac. Med. 5: 251-258, 1964.
- 10.—GILL, A. J. and SMITH, A. L. : Pre-ence of Enterobius vermicularis in the ovary. Amer. J. Clin. **Path.** 22 (9): 879-82, 1952.
- 11.—LANSMAN, H. A. ; LAPIN, A. and BLAUSTEIN, A. : Pelvic Oxyurus granuloma associated **with** endometriosis. Amer. J. Obstet. Gynec. 79: 1178, 1960.
- 12.—NAIRN, R. C. and DUGUID, H. D. : Oxyuris granuloma of the endometrium, J. Clin. Path. 7: 228-230, 1954.
- 13.—PETER, H.: Zentralbl. Gynaek. 77: 41, 1957.
- 14.—SCHENKEN, J. R. and TAMISIEA, J.: Enterobius vermicularis (pinworm) infection of endometrium. Amer. J. Obstet. Gynec. 72: 913-914 1956.
- 15.—SLAIS, J.: **Zur** pathogebse der oxyurengranuloma ZBL. Allg. Path **103**: 214-22, 1962.
- 16.—SYMMERS, W. ST. C.: Pathology of oxyuriasis with special reference to granulomas due to presence of oxyuris vermicularis (Enterobius vermicularis) and its ova in tissues. Arch. Path. 50: 475-516, 1950.