

Atuação da Cirurgia Plástica no tratamento da deformidade causada por cistos hidáticos subcutâneos.



Diogo Pereira Higino da Costa, Caio Freitas Neves, Henrique Ovídio Coraspe Gonçalves, Pedro Soler Coltro, Marcus Castro Ferreira, Jayme Adriano Farina Júnior.
Divisão de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil.



Introdução

A hidatidose ou equinococose pode ser causada por quatro espécies do gênero *Echinococcus*. A forma policística ou doença hidática policística é causada pelo *Echinococcus vogeli*. Em 2008, estudo retrospectivo realizado em Ribeirão Preto mostrou que em 25 dos 26 pacientes estudados com acometimento hepático, em 7 deles o acometimento hepático era isolado, e nos demais, estavam acometidos o pulmão, baço, músculos e partes moles. Dentre os principais sintomas observados, a dor abdominal foi o mais frequente.

O acometimento secundário no subcutâneo poderia ocorrer após procedimentos cirúrgicos com ruptura dos cistos internos e contaminação local. Em outra situação, o acometimento subcutâneo poderia ser consequência da doença disseminada, com a formação de cisto subcutâneo a partir da ruptura espontânea do cisto intra-abdominal que invade a parede do abdome.

Objetivo

Descrever uma ocorrência pouco frequente da hidatidose tratada pela Cirurgia Plástica.

Métodos

Masculino, 29 anos, em 2009, o paciente referiu o primeiro episódio de dor abdominal, no hipocôndrio direito, submetido a ultrassonografia de abdome com achado de múltiplos cistos hepáticos. A hipótese diagnóstica foi a de cistos hidáticos. Em 2012, o paciente foi submetido a biópsia dos cistos que confirmaram a hipótese de cisto hidático. Em 2013, apresentou abaulamento e crescimento progressivo no hipocôndrio direito que culminou com intolerância ao decúbito ventral e prejuízo social (Fig. 1). A Ressonância Nuclear Magnética feita em 2018 revelou múltiplas pequenas lesões císticas esparsas intra-abdominais e uma outra massa de grande volume no hipocôndrio direito, associada a presença de dois cistos no tecido subcutâneo da parede abdominal da mesma região. A Cirurgia Plástica indicou a exérese dos cistos que comprometiam a parede do hipocôndrio direito causando dor e prejuízo funcional. Não houve ruptura do cisto no intra-operatório (fig. 2).

O paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório. O resultado do exame anatomopatológico mostrou cisto hidático. Durante o seguimento ambulatorial, até cinco meses após o procedimento cirúrgico, o paciente permanecia assintomático e não havia sinais de recidiva do cisto na parede abdominal. (Fig.3). O paciente é mantido em seguimento periódico para diagnóstico eventual de recidiva.



Figura 1: Imagem pré-operatória mostra o abaulamento do subcutâneo causado pelo cisto na região do tórax e hipocôndrio direito.

Discussão

O paciente apresentava cistos hepáticos observados em exame de imagem, e que posteriormente foram biopsiados, suspeitamos que os cistos no subcutâneo podem ter se originado por disseminação local do parasita desde a biópsia.

O tratamento cirúrgico deve, quando possível remover todos os cistos, mas, neste paciente o acometimento subcutâneo era associado a acometimento peritoneal difuso, impossibilitando a remoção de todos eles.

A Cirurgia Plástica indicou nesse caso, a exérese somente dos cistos subcutâneos em razão do prejuízo que causavam às atividades cotidianas, e fomos acompanhando, em conjunto com outras especialidades, a evolução dos múltiplos cistos abdominais, que não foram ressecados e permanecem assintomáticos até o momento. Não encontramos na literatura publicações mostrando somente a exérese de cistos no subcutâneo com repercussão quanto a qualidade de vida do paciente sem estar associado ao tratamento cirúrgico da doença disseminada peritoneal.

Conclusão

A hidatidose deve ser considerada ao avaliar um paciente com cistos hepático ou dor abdominal, a exérese de todos os cistos é o melhor tratamento cirúrgico. A exérese de alguns cistos pode ser considerada desde que o seguimento do paciente seja garantido. A recidiva local pode surgir tardiamente, e dessa forma é importante manter o seguimento periódico para acompanhar a evolução do paciente.



Figura 2: Espécime mostrando o aspecto do cisto



Figura 3: Aspecto da região no pós-operatório após cinco meses.

1. D'Alessandro A, Rausch RL. New aspects of neotropical polycystic (*Echinococcus vogeli*) and unicystic (*Echinococcus oligarthrus*) echinococcosis. *Clin Microbiol Rev* 2008;21:380-401.
2. Prado AS, Castillo P, Gaete F. Hydatid cyst of the scalp. *Plast Reconstr Surg* 2006;117:322-324.
3. Kayaalp C, Dirican A, Aydin C. Primary subcutaneous hydatid cysts: a review of 22 cases. *Int J Surg* 2011;9:117-121.
4. Chevalier X, Rhamouni A, Bretagne S, et al. Hydatid cyst of the subcutaneous tissue without other involvement: MR imaging features. *AJR Am J Roentgenol* 1994;163:645-646.
5. Safoleas M, Nikiteas N, Stamatakos M, et al. Echinococcal cyst of the subcutaneous tissue: a rare case report. *Parasitol Int* 2008;57:236-238.
6. Ramia Ángel JM, de la Plaza R, Quiñones Sampedro JE, et al. Fistula quilocística hidatídica [Hydatid cystocutaneous fistula]. *Cir Esp*. 2011;89:189-190.