

Hidatidosis ósea y extraósea combinadas

Presentación de un caso y revisión bibliográfica

JULIO R. MAURAS, ALEJANDRO PEREIRA y JUAN BLASCO

Departamento de Cadera y Pelvis, Hospital de Córdoba

Caso clínico

Se trata de un paciente de 52 años a quien, luego de un traumatismo, se le encuentra un hallazgo radiológico de imagen en panal de abejas en las ramas ileoisquiopúbicas y en la región periacetabular derecha.

En 1986 se le realizó una biopsia por punción y se confirmó la hidatidosis ósea. También se confirmó con la prueba de ELISA positiva y una radiografía de tórax sin particularidades. Comenzó el tratamiento médico con ciclos de albendazol, 600 mg por tres meses hasta el año 2004, en ciclos alternativos de tratamiento, durante 18 años.

Consulta en nuestro hospital ese mismo año, por signos radiográficos de osteólisis multilocular y esclerosis reactiva en "panal de abejas" en ambas ramas ileo e isqueo-púbicas, fondo y techo acetabular, con imagen de abombamiento de lesión blanda sobre la pelvis menor de gran diámetro (6 a 8 cm), que impronta en la vejiga (Figs. 1 y 2). Clínicamente se observa un sacro escrotal muy aumentado, con la tumoración que parece descender a través del conducto inguinal (Fig. 3).

En la resonancia magnética (RM) se observa un saco herniario inguinoescrotal, compromiso osteolítico en las ramas ileo e isquiopúbicas, desaparición de la cortical interna de la pelvis menor con abombamiento del quiste que impronta en la vejiga, y osteólisis periacetabular y supracetabular (Figs. 4, 5 y 6). No se acompaña por imágenes pleuropulmonares patológicas.

Las pruebas inmunoserológicas son negativas. Se propone un tratamiento quirúrgico integral, con resección del saco escrotal, lavado y cureteado del hueso con soluciones de agua oxigenada y relleno con aloinjerto de banco esponjoso.

El paciente evoluciona de manera favorable durante 10 meses y debuta nuevamente con una fístula cutánea (Fig. 7), con líquido seroso en el que encontramos el parásito. Se realiza una radiografía de control en la que se visualiza una nueva cavidad supraacetabular patológica (Fig. 8). Se efectúa una fistulografía (Fig. 9) en la que se observa una comunicación entre la cavidad y el exterior. Se programa reintervención con curetaje (Fig. 10), eliminación de las vesículas (Fig. 11) y relleno con injerto (Fig. 12), con evolución favorable y consolidación al sexto mes de la nueva intervención (Fig. 13). Se debió en este período realizar un nuevo tratamiento de refuerzo infectológico. Hasta la fecha se encuentra asintomático con buena función de la cadera.

Técnica quirúrgica

Se programa una incisión ileoinguinoescrotal. Se comienza con la región inguinoescrotal; al abordar la piel y el tejido subcutáneo se abre el saco hacia el exterior y drena de éste el líquido hidatídico (Fig. 14). Se lava con abundantes soluciones de agua oxigenada.

Se procede a la disección escrotal del saco hidatídico y se comprueba que se origina de una boca anterior de la rama ilíaca de la sínfisis que invade el conducto inguinal y llega hasta el escroto, el cual se disecciona (Fig. 15), se reseca (Fig. 16) y se lava con agua oxigenada (Fig. 17). Se visualiza el saco herniario intrapelviano totalmente colapsado; sólo queda tejido membranoso. Se disecciona una ventana cortical sobre la columna anterior del acetábulo (Fig. 18) en la que se observa la gran cavidad ósea sobre el techo acetabular y el fondo de éste, a través de la cual se coloca aloinjerto de banco congelado (se utilizan unos 400 g), hasta llenar las cavidades. Además, por la boca sinfisaria se llenan de injerto las ramas del ilíaco (Fig. 19). Se cierra la herida (Fig. 20). Se controla radiológicamente la consolidación de los injertos a los cuatro meses de la cirugía (Fig. 21). En la figura 22 se ve una imagen del miembro a los cuatro meses de evolución con apoyo parcial de la carga. La función es muy buena y el seguimiento final a los seis meses comprobó la consolidación de los injertos y carga completa.

Recibido el 11-7-2006. Aceptado luego de la evaluación el 11-9-2006.

Correspondencia:

Dr. JULIO R. MAURAS

De los sirios 6306

(5147) Barrio Brigadier San Martín, Córdoba

Tel.: 03543-422440

Cel.: 0351-156769414

julioraulmauras@hotmail.com



Figura 1. Lesiones en panal de abejas.



Figura 2. Proyección en la pelvis interna.



Figura 3. Saco escrotal del quiste.

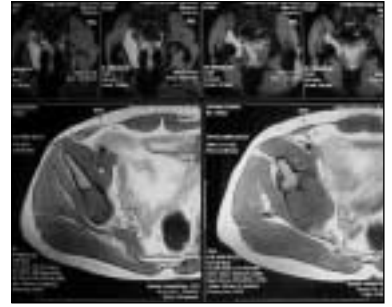


Figura 4. RM de la lesión pelviana.

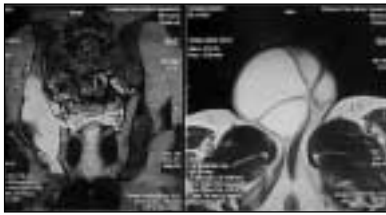


Figura 5. A nivel del escroto.

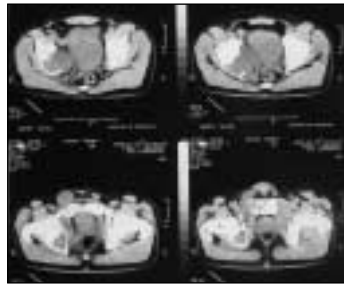


Figura 6. A nivel supraacetabular.



Figura 7. Fístula cutánea.



Figura 8. Imagen lítica supraacetabular.



Figura 9. Fistulografía.

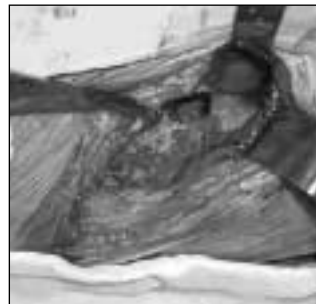


Figura 10. Ventana para injerto.



Figura 11. Membranas hidatídicas.

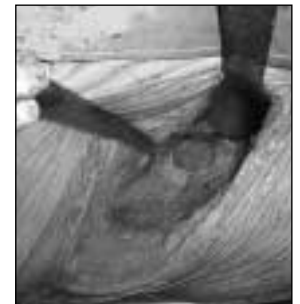


Figura 12. Relleno con aloinjerto.

La reaparición a través de la fístula con presencia de escólex y la imagen radiológica de lesión osteolítica indicaron reintervención con abordaje inguinal, resección del trayecto fistuloso, llegando al quiste, por vía extrapelviana, extirpación de las membranas hidatídicas, lavado con agua oxigenada y relleno con aloinjerto. El paciente presentó signos de consolidación a partir del cuarto mes, sin signos de recidiva hasta la fecha.

Discusión

La hidatidosis cursa de modo asintomático durante largo tiempo. En virtud de ello, el diagnóstico suele sobrevenir cuando la enfermedad está bien avanzada en su evolución, es decir, las lesiones óseas son ya muy extensas.²

Puede manifestarse con dolor localizado o formación tumoral o complicaciones, como fracturas patológicas, infección o compresiones neurológicas.⁴

La forma ósea constituye entre el 1-1 2%.^{2,3,5,6} El ilíaco constituye el 5% de las localizaciones óseas.^{1,5,6}

La afección de los tejidos blandos adyacentes se vincula a un peor pronóstico. Dicha invasión surge ante grandes destrucciones óseas cuando la porción cortical ha sido completamente rebasada.²

El parásito se aloja en el hueso y se distribuye a lo largo de las trabéculas y el conducto medular. Se desarrolla el infiltrado y pequeñas vesículas de diferente tamaño en el espesor del hueso desprovistas de adventicia.

El diagnóstico se basa en los hallazgos radiológicos y el laboratorio. La VSG siempre muestra valores elevados, cercanos a 50 mm/h.³



Figura 13. Posoperatorio a los 6 meses. Consolidación.



Figura 14. Líquido hidatídico con escólex.



Figura 15. Bolsa escrotal que nace del pubis e ingresa en el conducto inguinal.



Figura 16. Bolsa extirpada.



Figura 17. Reacción al agua oxigenada.



Figura 18. Ventana en la columna anterior.



Figura 19. Relleno con aloinjerto.



Figura 20. Cicatriz posoperatoria. Abordaje ilioinguinoescrotal.

Los estudios inmunológicos, si bien son orientadores, muchas veces pueden dar falsos negativos.³

La RM, en combinación con la TC, es de gran utilidad para cuantificar las extensiones de la lesión, sobre todo cuando se precisa identificar la afección vertebral y de los tejidos blandos.

La punción-aspiración con aguja fina (PAAF) debería evitarse en virtud de los riesgos de diseminación del cuadro por implantación secundaria y de shock anafiláctico, debido a la diseminación de las proteínas del líquido hidatídico.^{2,3}

El daño que ocasiona el parásito en su proceso infeccioso deviene de tres diferentes mecanismos: compresión local, isquemia y proliferación osteoclástica en los márgenes de tejido sometido a compresión.

La hidatidosis debería ser tratada mediante resecciones radicales, con amplio margen de tejido sano. Aun siendo difícil de conseguir, es necesario, ya que una remoción incompleta eleva las cifras de recurrencias y es muy difícil de realizar en las regiones de compromiso vertebral o pelviano.

La infección de la herida quirúrgica sin signos de recurrencia de la enfermedad se determina sobre la base de la ausencia de escólex en el ámbito de los drenajes y, al mismo tiempo, la identificación de la bacteria responsable del cuadro.

El desafío de la resección radical completa se refuerza, ya que al dificultarse la diferenciación clara entre te-

jido sano y tejido patológico no se dispone de ninguna técnica precisa para identificar la zona invadida por el proceso patológico. El único tratamiento que permitiría lograr la curación definitiva estaría dado por la combinación de cirugía radical más quimioterapia. Ésta se repite en los pacientes que sufrieron la recurrencia del cuadro.³

Todo hueso que muestre signos de atrofia, así como 1 a 2 cm de tejido circundante aparentemente sano debe ser resecado. La imposibilidad de lograr una resección adecuada se incrementa en ciertas localizaciones, como la



Figura 21. Evolución a los 6 meses. Consolidación de los injertos.



Figura 22. Función y carga completa.

cadera y la pelvis, donde la resección de los tejidos sanos circundantes traería aparejado el compromiso de estructuras críticas para la funcionalidad de esas áreas. La resección radical en la pelvis y la cadera es extremadamente difícil y la erradicación del parásito es una condición difícil.

Agradecimientos

Se valora la participación de la Dra. Paula Budín, médica especialista del Servicio de Infectología y del Dr. Jorge Claria, médico especialista cirujano general interviniente de la resección de las estructuras blandas.

Referencias bibliográficas

1. **Chiboub H, Boutayerb F, Wahbi S, et al.** Echinococcosis of the pelvic bone: four cases. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot*;87(4):397-401;2001.
2. **Herrera A, Martínez AA.** Extraspinal bone hydatidosis. *J Bone Joint Surg Am*;85-A(9):1790-1794;2003.
3. **Holm MG, Parizia W, Poitevin L y cols.** Hidatidosis ósea de la pelvis. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol*;68(4):292-294;2003.
4. **Martínez AA, Herrera A, Cuenca J, et al.** Hydatidosis of the pelvis and hip. *Int Orthop*;25(5):302-304;2001.
5. **Paz AJ.** Hidatidosis ósea. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol*;62(1):13-23;1997.
6. **Wirbel RJ, Mues PE, Mutschler WE, et al.** Hydatid disease of the pelvis and the femur. A case report. *Acta Orthop Scand*; 66(5):440-442;1995.