

Endocistectomía como tratamiento quirúrgico de elección en la hidatidosis muscular primaria. Caso clínico

for

E. FERNANDEZ SABATE, M. J. SANGÜESA NEBOT, F. GABANES SORIANO, C. VALVERDE MORDT

SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA. HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA DE VALENCIA.

Resumen. Se presenta el caso clínico de una hidatidosis muscular primaria localizada a nivel del vasto externo del cuádriceps, describiéndose los hallazgos clínicos, analíticos y de estudios de imagen característicos. Y a propósito del mismo se describe y defiende el tratamiento mediante endocistectomía y albendazol, que permite mantener la funcionalidad completa del músculo. A los dos años de evolución la paciente se encuentra asintomática.

Summary. We report a case of primary hydatid disease. It is located in the vastus lateralis of the quadriceps. We describe the clinical, serological and radiological features of this disease. And then we argue for the use of the surgical endocystectomy and albendazole as the best treatment; thinking that this allows to sustain the complete function of the muscle. Two years later, the patient is asymptomatic.

Correspondencia:

Elena Fernández Sabaté
Servicio de Traumatología y Cirugía
Ortopédica
Hospital Arnau de Vilanova
C/ San Clemente nº 27
46015. Valencia
e-mail: jcastrog@hotmail.es

Introducción. La afección intramuscular primaria por *Echinococcus granulosus*, aún no siendo excepcional, es una rareza en las consultas de nuestra especialidad. Las series más actuales señalan su frecuencia entre 1-4% (1,2) de todas las hidatidosis.

Tradicionalmente se ha señalado como tratamiento de elección la excisión radical del quiste (1-3). Nosotros basándonos en las características anatomopatológicas del quiste y los fármacos actualmente disponibles nos inclinamos por la endocistectomía apoyada por fármacos preservando así la función muscular.

Caso clínico. Mujer de 32 años de edad, sin antecedentes de interés, que consultó por la aparición de una tumoración de crecimiento rápido a nivel de la parte media de la cara externa del muslo izquierdo. A la ex-

ploración se apreciaba una masa de aproximadamente 10 por 4 centímetros, no dolorosa a la palpación y no adherida a piel, que era clínicamente dependiente del músculo.

En las exploraciones complementarias de imagen, la radiología simple no mostraba hallazgos, la ecografía describía "una imagen hipo-anecoica de aspecto multiquístico de 8 x 4 centímetros" y la resonancia nuclear magnética "una lesión encapsulada de 11 x 4 centímetros con múltiples imágenes quísticas de distinto tamaño en su interior" (Fig. 1). Todo ello altamente compatible con quiste hidatídico con vesículas hijas.

La analítica era normal salvo anticuerpos quiste hidatídico por test de hemaglutinación indirecta positivos 1/256.

Mediante RMN y TAC se descartó la afectación de hígado y pulmón.

Se planteó el tratamiento quirúrgico re-

alizándose una endocistectomía cuidadosa tras apertura del quiste e irrigación con suero salino hipertónico al 20% como agente escolicida.

La anatomía patológica del quiste mostraba la histología típica con una gruesa pared externa anucleada que formaba la mayor parte del grosor parietal y la capa germinativa interna nucleada (Figura 2).

Se instauró quimioterapia con Albendazol 15 mg / Kg / día 6 ciclos de 28 días que fue bien tolerada, sin ninguna repercusión en la función hepática.

El control a los tres meses mostró negativización de las cifras de anticuerpos quiste hidatídico. Y la RMN de control a los seis meses mostraba la cicatriz quirúrgica habiendo recuperado el vasto externo su morfología normal. La paciente no sufrió ninguna repercusión funcional. Tras dos años de seguimiento no se ha producido ninguna recidiva.

Discusión. La hidatidosis afecta fundamentalmente a hígado y pulmón, su asiento primario en músculo es realmente poco frecuente, habiéndose indicado como causas de esta escasa frecuencia la contractilidad muscular y la presencia de ácido láctico (4,5). Las localizaciones más frecuentes son el cuello, tronco y raíces de las extremidades (6). Aunque siempre deben descartarse lesión hepática ó pulmonar concomitante, los quistes hidatídicos musculares habitualmente son lesiones aisladas (1,2).

Ya que el examen clínico inicial simula un tumor de partes blandas, es muy importante plantear los correctos estudios complementarios de imagen para evitar una biopsia que podría llevar al riesgo de anafilaxia, recidiva, inoculación local ó diseminación a otros órganos (7,8).

Actualmente es la resonancia nuclear magnética el método de elección para su diagnóstico ya que sus hallazgos en la hidatidosis de partes blandas presentan características morfológicas que sugieren su diagnóstico, especialmente en las formas multivesiculares (9,10). Además con ella se pueden detectar complicaciones como infec-



Figura 1. Imagen axial de RMN enT2, en la que todo el quiste hidatídico muestra una señal de alta intensidad y se halla rodeado por una línea de baja intensidad que muestra la reacción alrededor del mismo.

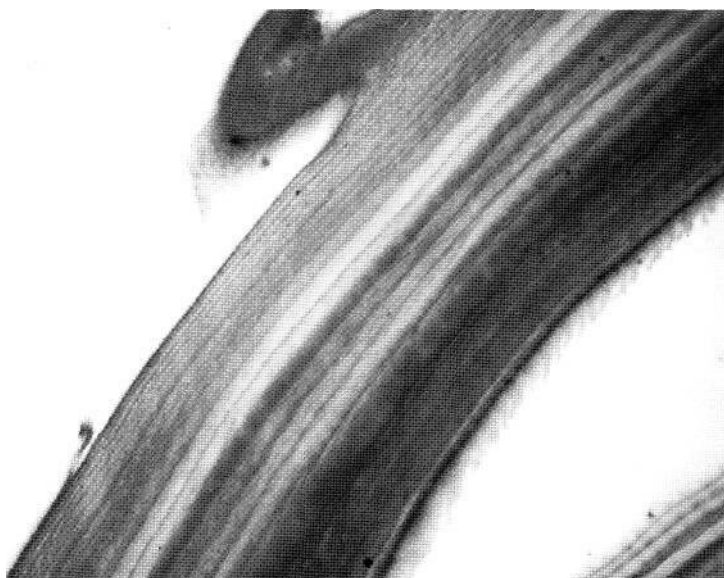


Figura 2. Detalle de la anatomía patológica típica del quiste hidatídico (HE 400x).

ciones del quiste, y describir la extensión y localización exacta de la lesión de cara al abordaje quirúrgico (10).

Los exámenes de laboratorio (11) y las pruebas serológicas, son negativas la mayoría de los casos. Pero si son positivas se observa una disminución de la respuesta serológica ó su desaparición tras la extirpación quirúrgica (3).

En cuanto al tratamiento, una revisión de la literatura muestra que se propugna

habitualmente la excisión radical del quiste como tratamiento de elección (1-3,12), aunque se señala que esto no siempre es posible (12). Guthrie et al presentan un caso clínico en el que realizan la endocistectomía asociada al tratamiento farmacológico como la mejor opción (13).

Si tenemos en cuenta la estructura histológica del quiste hidatídico en la que la capa germinativa es la más interna estando rodeada por una capa externa anucleada del propio quiste a su vez rodeado por una reacción inflamatoria del huésped que produce una capa de fibroblastos, células gigantes

e infiltración mononuclear y eosinofilia (14), parece claro que una correcta endocistectomía con un drenaje cuidadoso y la irrigación de la cavidad con suero salino hipertónico ó alcohol que eviten un shock anafiláctico y la liberación de larvas concomitantes, permitiría la correcta erradicación del quiste, indicándose el uso adicional de Albendazol como fármaco antiparasitario. Con ello, no se lesiona la estructura habitual del músculo al no extirparse ninguna parte del mismo manteniéndose la funcionalidad del mismo, amén de consideracio-

Bibliografía

1. Merkle E M, Schulte M, Vogel J, Tomczak R, Rieber A, Kern P y cois. Musculoskeletal involvement in cystic echinococcosis: report of eight cases and review of the literature. *AJR* 1997; 168:1531-4.
2. García-Álvarez F, Torcal J, Salinas J C, Navarro A, García-Álvarez I, Navarro-Zorraquino M y cois. Musculoskeletal hydatid disease. *Acta Orthop Scand* 2002; 73:227-31.
3. García-Álvarez f, Torcal J, Salinas J C, Quemes A, Navarro A C, Lozano R. Primary hydatid disease in lumbar muscles. *Acta Orthop Belg* 1999; 65:521-4.
4. Hernández Carretero E, Queiruga Dios J A, González Núñez M A. Hidatidosis muscular primaria. *Rev Ortop Traumatol* 1998; 42:32-4.
5. Duncan G J, Tooke S M. Echinococcus infestation of the biceps brachii. *Clin Orthop* 1991; 261:247-50.
6. Essadki O, El Hajjam M, Kadiri R. Kyste hydatique des parties molles; aspects radiologiques. *Ann Radiol* 1996; 39:135-41.
7. Abdel-khalik R A, Othman Y. Hydatid cyst of pectoralis major muscle. Case report and note on surgical management of muscle echinococcosis. *Acta Chir Scand* 1986; 152:469-71.
8. García-Álvarez F, Torcal J, Salinas J C, Quemes A, Navarro A C, Lozano R. Primary hydatid disease in lumbar muscles. *Acta Orthop Belg* 1999; 65:521-4.
9. Tatari H, Baran O, Sanlidag T, Gb're O, Manisali D Ak M, Havitcioglu H. Primary intramuscular hydatidosis of supraspinatus muscle. *Arch Orthop Trauma Surg* 2001; 121:93-4.
10. Martin J, Marco V, Zidan A, Marco C. Hydatid disease of the soft tissues of the lower limb: findings in three cases. *Skeletal Radiol* 1993; 22: 511-4.
11. García-Díez A I, Ros Mendoza L H, Villacampa V M, Gozar M, Fuertes M I. MRI evaluation of soft tissue hydatid disease. *Eur Radiol* 2000; 10:462-6.
12. Espinosa Lledó C, Fernandez Abascal R, Escriba Roca I. Quiste hidatídico muscular primario. Presentación de un caso. *Rev Ortop Traumatol* 1981; 25:429-34.
13. Pérez Rafecas M, Díaz Oller J, Aljama P de la Lastra P. Quiste hidatídico muscular primario. Aportación de un nuevo caso. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1989; 76:508-9.
14. Guthrie J A, Lawton J O, Chalmers A G. Case report: The MR appearances of primary intramuscular hydatid disease (Case report). *Clin Radiol* 1996; 51:377-9.
15. Robbins S L. Enfermedades infecciosas. En: Robbins S L. Patología estructural y funcional. Madrid: Nueva Editorial Interamericana, 1975; p. 451-2.