

Hidatidosis ósea. Nuestra casuística.

M. DE LA CONCEPCIÓN, S. CERVELLO, T. BAS y D. CAÑELLAS.

*Hospital Universitario "La Fe" de Valencia. Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica.
Unidad de Sépticos del Aparato Locomotor.*

Resumen.—Se revisan los resultados de 16 casos de hidatidosis musculoesquelética tratados en la Unidad de Sépticos del Aparato Locomotor del Hospital Universitario "La Fe" de Valencia en el período 1972-1989.

Las dificultades diagnósticas fueron importantes, siendo en 5 de los casos un diagnóstico operatorio. Analizados los métodos de tratamiento se llega a la conclusión de que la curación definitiva sólo se consigue con la resección completa y amplia de la lesión. Los curetajes, acompañados o no de asepsizaciones químicas, suelen dar recidivas. Se recomienda combinar el tratamiento médico con el quirúrgico.

Descriptores: Hidatidosis ósea. Hidatidosis muscular. Parasitosis ósea. Infección ósea.

Summary.—The results of 16 cases of musculoskeletal hydatidosis treated in the locomotive Apparatus Septic Unit of the Valencia University Hospital "La Fe" between 1972 and 1989 were reviewed.

The diagnostic difficulties were marked and 5 cases were diagnosed at surgery. After analyzing the therapeutical approaches, it is drawn the conclusion that a definitive healing is achieved only when an extensive and complete resection is done. Curettage, with and without chemical asepsitization, generally results in recurrence. A combined medical and surgical treatment is recommended.

Key Words: Bone hydatidosis. Muscle hydatidosis. Bone parasitosis. Bone infection.

INTRODUCCIÓN

La hidatidosis es una enfermedad parasitaria producida por la tenia "echinococos". Aunque conocida por Hipócrates, su ciclo completo no se describió hasta el siglo XIX (1).

Se han identificado doce especies diferentes de tenias pero sólo dos afectan al hombre, la "echinococcus granulosus" y la "echinococcus multilocularis".

Se trata de la parasitosis ósea más común. Su frecuencia oscila desde un 1% para Mooper (2) hasta un 4% para otros autores (3). Dentro de nuestra estadística desde el año 1972 en la Unidad de

Sépticos del Aparato Locomotor, la hidatidosis ósea ha tenido una incidencia del 0.5%

Geográficamente esta enfermedad se presenta más en aquellos países en los que abunda el ganado ovino, como son los países mediterráneos, del Este y Australia (2,4,5,6).

El motivo de este trabajo es presentar 16 casos de localización musculoesquelética de la hidatidosis, destacando las dificultades en el diagnóstico y tratamiento, así como el alto porcentaje de recidivas y complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado un estudio retrospectivo de las hidatidosis musculoesqueléticas tratadas en la Unidad de Sépticos del Hospital "La Fe" de Valencia entre los años 1972 y 1989.

Se han recogido 18 casos, de los cuales se excluyen

Correspondencia:

Dr. D. S. CERVELLO
Juan Llorens, 44-1"
46008 Valencia.

2 debido a que no se realizó tratamiento de la hidatidosis, de los 16 restantes, 2 casos tuvieron localización hepática simultánea, los otros 14 fueron de localización musculoesquelética primaria.

La edad de los pacientes osciló entre 17 y 72 años, con una media de 45 años. Según el sexo, 11 fueron varones y 5 hembras.

La localización más frecuente fue en pelvis y en raquis, 5 casos se localizaron en cadera-hemipelvis y 3 en raquis, 1 en costilla y raquis simultáneamente, 3 en húmero, 1 costal, 2 casos fueron de localización muscular en muslo y 1 caso de localización intertrocanterica.

La clínica fue inespecífica en todos los casos (TABLA I). En 11 casos los antecedentes clínicos y pruebas diag-

TABLA I

Clínica según la localización

HUMERO....	Dolor espontáneo Tumefacción Fractura Absceso
MUSCULO....	Tumoración
COLUMNA...	Dorsalgia Lumbalgia Parestesias
HEMIPELVIS INCLUIDA CADERA....	Dolor Tumoración Fractura patológica
COSTAL....	Disnea

nósticas tales como la radiografía convencional, la TAC o la resonancia magnética, nos condujeron a un diagnóstico correcto. Los 5 casos restantes se diagnosticaron en el acto quirúrgico.

En solo 6 pacientes existía una eosinofilia marcada y sólo en 4 la prueba Casoni-Weimberg fue positiva. En 7 de los casos el test de inmunodiagnóstico fue positivo.

Los métodos empleados para el tratamiento vienen recogidos en la TABLA II.

TABLA II

Métodos empleados en nuestra casuística

Caso 01	F.G.R. Húmero izq.	Legrado. Fenolización	Mebendazol
Caso 02	C.M.G. Muslo izq.	Resección	
Caso 03	E.M.G. Vertebral	Legrado-Artrodesis	Mebendazol
Caso 04	R.H.B. Húmero izq.	Resección	
Caso 05	R.M.E. Vertebral	Legrado-Artrodesis	Mebendazol
Caso 06	A.A.C. Húmero dcho.	Legrado	Mebendazol
Caso 07	J.P.F. Intertrocantereo	Legrado	
Caso 08	E.M.G. Hemipelvis	Sintomático-Shock séptico	
Caso 09	J.M.G. Fémur-hemipelvis	Desarticulación	
Caso 10	M.R.A. Fémur-hemipelvis	Amputación	
Caso 11	V.P.P. Vertebral	Avenamiento	
Caso 12	C.A.C. Costal	Resección	
Caso 13	C.V.P. Fémur-hemipelvis	Legrado	
Caso 14	V.G.F. Costal-vertebral	Resección y laminectomía	
Caso 15	J.R.T. Fémur-hemipelvis	Paliativo	Mebendazol
Caso 16	F.M.M. Muslo dcho.	Resección	

En el caso de quistes aislados se procedió a la enucleación simple.

Cuando las formaciones quísticas se extendían a través del canal medular (Figura nº1) realizamos resecciones y curetajes combinados con fenolización del foco y tratamiento médico.

En 4 pacientes con localización hemipelvis-fémur, se les propuso un tratamiento radical (7), siendo la hemipelvectomy la técnica de elección, y todos ellos la rechazaron. De la misma manera, en un paciente con afectación masiva del húmero (Figura nº 2) se propuso una amputación que el enfermo rechazó, optando por una mano sensible y soportar una ortesis antes que la amputación del miembro.

RESULTADOS

Nuestros resultados confirman la problemática del tratamiento del quiste hidatídico óseo. Los casos tratados con curetaje presentaron una recidiva del 37%

Sólo se consiguieron curaciones totales en aquellos casos que se pudo realizar una resección completa (costillas, etc....)

Sólo en 5 de nuestros pacientes se completó el tratamiento quirúrgico con tratamiento médico postoperatorio con Mebendazol y más recientemente con Albendazol a dosis de 10 mgr/Kgr. peso y día en 4 ciclos de 30 días con intervalos de 15 días. Al menos en uno de los casos de localización humeral se observó una más rápida regeneración ósea tras el curetaje (Figura nº1).

Se produjeron 5 sobreinfecciones y un shock séptico en un paciente que se negó a tratamiento radical.

DISCUSIÓN

La hidatidosis es la parasitosis ósea más común (2), el aumento de su frecuencia suele ir ligado a personas en contacto frecuente con animales y a las localizaciones geográficas (2,4,6,8).

Es de destacar la preferencia de la hidatidosis ósea por el esqueleto axial y porción más proximal de las extremidades. En nuestra casuística la localización más frecuente fue el raquis y la pelvis, más del 50% de los casos. Esta distribución coincide con lo publicado por Fitzpatrick en 1965 (7) y por Charles en 1988 (5).

La inespecificidad clínica hace difícil su diagnóstico y las pruebas complementarias no siempre



Figura nº 1. Hidatidosis ósea de afectación humeral. Imágenes de entrada y seis meses después del curetaje y asepsización química de los focos.

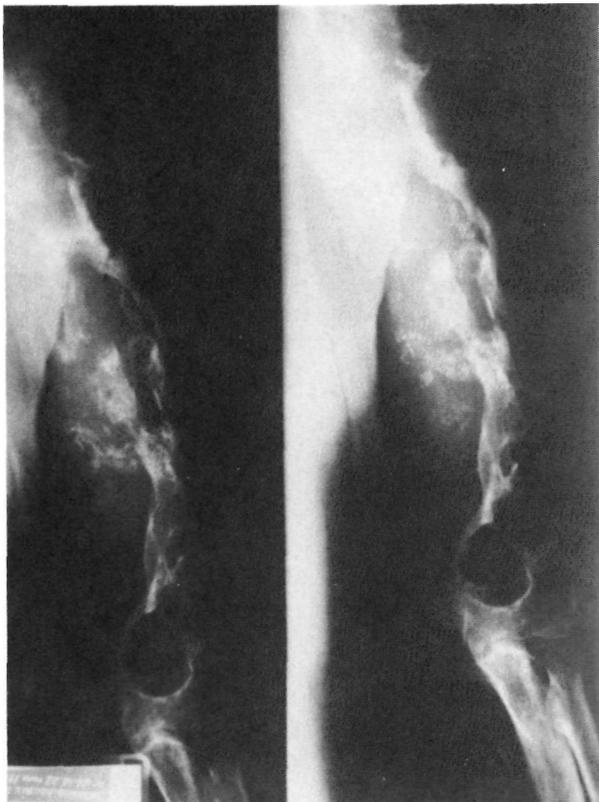


Figura nº 2. Hidatidosis ósea. Afectación masiva humeral. El paciente se negó a la amputación.

aportan datos suficientes para hacer un diagnóstico de presunción. Es por ello, que un número importante de casos no se diagnostican hasta la intervención quirúrgica, en nuestra casuística 5 sobre 16, con el riesgo que ello implica de diseminación de vesículas hijas con frecuentes recidivas, como señalan Mnoymeh y cols. (9).

La eosinofilia marcada y el test de Casoni-Weimberg positivo, solo se da en un escaso número de pacientes, dada la poca especificidad cuando la hidatidosis afecta primitivamente al hueso (10,11). El test de inmunodiagnóstico es más específico, en 7 de nuestros pacientes fue positivo.

La hidatidosis ósea debe considerarse siempre en el diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas del hueso, sobre todo en las regiones endémicas.

La Anatomía Patológica es diferente en cada una de las dos formas que afecta al hombre.

En la infección intraósea causada por el "equinococcus granulosis" (la más común) se forman múltiples quistes de pequeño tamaño, sin adventicia fibrosa y escasa reacción inflamatoria periférica. La clave diagnóstica está en la observación de

membranas eosinofílicas constituidas por una capa externa, anucleada y laminada y por una capa germinativa interna, nucleada con escolex unidas a la membrana quística germinal o flotando libres (Figura nº 3).

En los casos de infección por el equinococo multilocularis el diagnóstico es difícil por la existen-

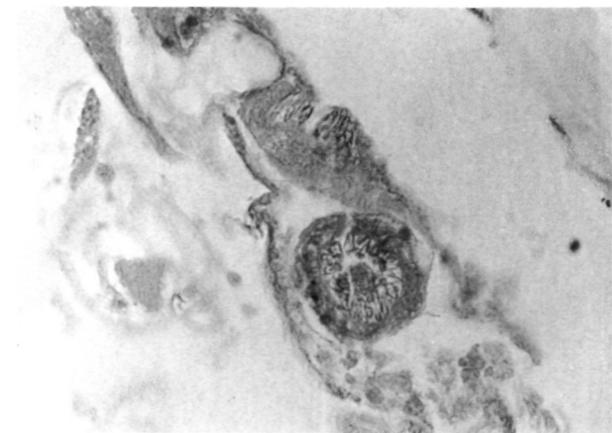


Figura nº 3. Anatomía Patológica de la hidatidosis ósea producida por el equinococo multilocularis. Se observan escolex unidos a la membrana quística germinal.

cia de necrosis ósea, intensa inflamación (linfocitos, eosinófilos y polimorfonucleares), proliferación fibroblástica, células gigantes, infarto e incluso formación de granulomas, lo que hace que frecuentemente sea diagnosticada como osteomielitis granulomatosa (TBC).

El único método terapéutico que alcanza la curación es la resección completa quirúrgica de las lesiones, si bien, en algunos casos las técnicas radicales que se proponen (amputaciones, hemipelvectomías, etc..) son rechazadas por los pacientes.

Los curetajos o resecciones locales de focos, asociados o no a aseptizaciones químicas locales, presentan un alto porcentaje de recidivas (37% al 40% en nuestras manos), siendo la formación de fístulas y osteitis crónicas residuales la secuela prácticamente inevitable de los curetajos químico-quirúrgicos (9).

En orden a mejorar los resultados, el tratamiento médico acompañará siempre a las resecciones quirúrgicas (10,12,13). El Albendazol ofrece muchas ventajas (12), evitando el aumento de lesiones y favoreciendo indirectamente la regeneración ósea tras el curetaje.

Bibliografía

- 1.- Lewis, J.W.Jr., Koss, N., Kerstein, M.D.: A review of echinococcal disease. *Ann. Surg.* 1975, 81: 390.
- 2.- Mooper, J., Mc Lean, I.: Hydatid disease of the femur: Report of a case. *J. Bone Joint Surg.* 1977, 59A: 974.
- 3.- El Gazzar, A., Mc Creadie, D.W.: Hydatid disease in Kuwait. *Br. Med. J.* 1962: 232.
- 4.- Bouz, M.A.: Radiological diagnosis of hydatid disease of bone. *J. Bone Joint Surg.* 1975, 57B: 111.
- 5.- Charles, R.W., Gorender, S., Naidoo, R.S.: Echinococcal infection of the spine with neural involvement. *Spine.* 1988, Vol. 13: 47.
- 6.- Mogg, T., Laww, W.B., Mc Intyre, E.D.: Hydatid disease of bone in Tasmania. *J. Bone Joint Surg.* 1970, 52B: 92.
- 7.- Fitzpatrick, S.C.: Hydatid disease of the lumbar vertebrae. *J. Bone Joint Surg.* 1965, 47B: 286.
- 8.- Duran, M., Ferrandez, L. y cols.: Osseus hydatidosis. *J. Bone Joint Surg.* 1978, 60A: 685.
- 9.- Mnoymeh, W., Yaconbian, M., Bikhari, V.: Hydatidosis of the pelvic girdle: Treatment by partial pelvectomie. *J. Bone Joint Surg.* 1977, 59A: 538.
- 10.- Hammerer, W.S.: Medical treatment of echinococcus. *N. Engl. J. Med.* 1979: 301.
- 11.- Robinson, R.G.: Hydatid disease of the spine and its neurological complications. *Br. J. Surg.* 1960, 47: 301.
- 12.- Morris, R.G.: Albendazole in hydatid disease. *Br. Med. Journal.* 1983, 286: 103.
- 13.- Szypryt, E.P., Morris, D.L., Mulholland, R.C.: Combined chemotherapy and surgery for hydatid bone disease. *J. Bone Joint Surg.* 1987, 69B: 141.