

PRESENTACIÓN DE CASOS

Hidatidosis ósea de la pelvis

MARCOS G. HOLM, WALTER PARIZZIA, LUCIANO POITEVIN y cols.

Hospital de Clínicas "José de San Martín" y Universidad de Buenos Aires (UBA.) Buenos Aires

Caso clínico

Una mujer de 58 años proveniente de la provincia del Chaco consulta por dolor en la cadera izquierda que se irradia a la región lumbar y glútea homolateral en forma episódica y sin relación con esfuerzos físicos.

Antecedentes: Hidatidosis pulmonar diagnosticada y tratada quirúrgicamente en 1959; hidatidosis pélvica izquierda supraacetabular tratada quirúrgicamente en su lugar de origen y diagnosticada por anatomía patológica. Tratamiento efectuado: resección, curetaje y relleno con injerto óseo de cresta ilíaca homolateral. No se realizó tratamiento antiparasitario.

Examen físico: Se observa una cicatriz en la cadera izquierda y en la cresta ilíaca homolateral. Dolor a la palpación supratrocantérea. Amplitud del movimiento normal.

Estudios de laboratorio: Eosinofilia 7%, eritrosedimentación 42 mm/h. Inmunofluorescencia indirecta positiva 1/20. Arco 5 de Capron positivo.

Estudios por imágenes: Radiográficamente, a nivel supraacetabular izquierdo, imágenes osteolíticas e irregulares con esclerosis circundante (Fig. 1). Tomografía computarizada (TC): alteración estructural del ilíaco izquierdo con formación nodular hipodensa de aspecto quístico (Fig. 2). Resonancia magnética (RM): múltiples formaciones quísticas de ubicación central supraacetabular izquierda con extensión hacia el pilar posterior del acetábulo que abarca parcialmente el isquion.

Tratamiento: Curetaje, fenolización y relleno con aloinjerto óseo molido más alendazol 800 mg día repartidos en dos tomas por vía oral.

Comienza con el tratamiento médico 15 días antes de la intervención quirúrgica y continúa luego de la cirugía con ciclos de 28 días separados por períodos de descanso de 14 días.

La técnica quirúrgica utilizada fue: abordaje lateral transtrocantereo. Se observan en el foco abundantes vesículas hidatídicas (Fig. 3). Se efectúa curetaje y fenolización al 10%; relleno de la cavidad con injerto óseo molido cadavérico y síntesis del trocánter mayor con tornillos de esponjosa de 6,5 mm más alambreado doble (Fig. 4). El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica confirmó el diagnóstico. El posquirúrgico cursó sin dolor y realizando movilización activa del miembro sin carga durante 45 días. Luego comenzó con carga parcial. En el control a los 12 meses se observa buena integración del injerto óseo y consolidación del trocánter mayor (Fig. 5). La paciente no refiere dolor, conserva el arco de movilidad en forma completa y no presenta cojera ni signo de Trendelenburg.

Discusión

La hidatidosis ósea constituye el 1 al 2% de las hidatidosis humanas.^{1,2,4-6} Las localizaciones esqueléticas en orden de frecuencia son: vertebral 40 a 45%, fémur 10%, ilíaco 5%, escápula 5%, húmero 5%, calcáneo 5%, tibia 5%, costovertebral 5%, otras 15%.^{2,4,6}

El diagnóstico es difícil si no se piensa en ella. La expresión clínica es ambigua y de aparición tardía, entre 10 y 20 años desde su comienzo,^{1,4-6} manifestándose con dolor localizado, tumoración o complicaciones, como fracturas patológicas, infección o compresiones neurológicas.^{4,5}

Debe realizarse el diagnóstico diferencial con: condrosarcoma, fibrohistiocitoma maligno, mieloma, metástasis, tumor de células gigantes, quiste óseo aneurismático y tuberculosis.^{1,3,5,6}

Existen diferentes métodos de laboratorio de utilidad para el diagnóstico. El arco 5 de Capron y el dosaje de inmunoglobulina E (Elisa) son los más específicos.

Radiológicamente aparecen quistes multiloculares y esclerosis reactiva perilesional.^{1,3,5,6}

Recibido el 26-6-2003. Aceptado luego de la evaluación el 24-11-2003.

Correspondencia:

DR. MARCOS G. HOLM
Paraguay 2342 16° "E"
(1121) Buenos Aires, Argentina
Tels.: 4966-1342 - 155-4011126
E-mail: mgholm@yahoo.com



Figura 1. Alteración de la estructura ósea a nivel supraacetabular izquierda con imágenes osteolíticas e irregulares más esclerosis circundante.

Figura 2. (TC). Alteración estructural del ilíaco izquierdo con formación nodular hipodensa de aspecto quístico.

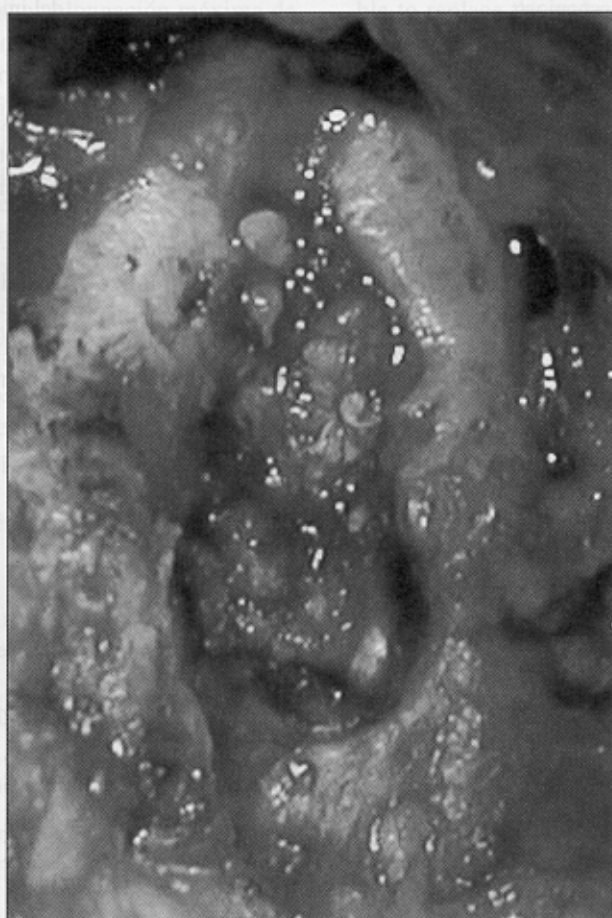
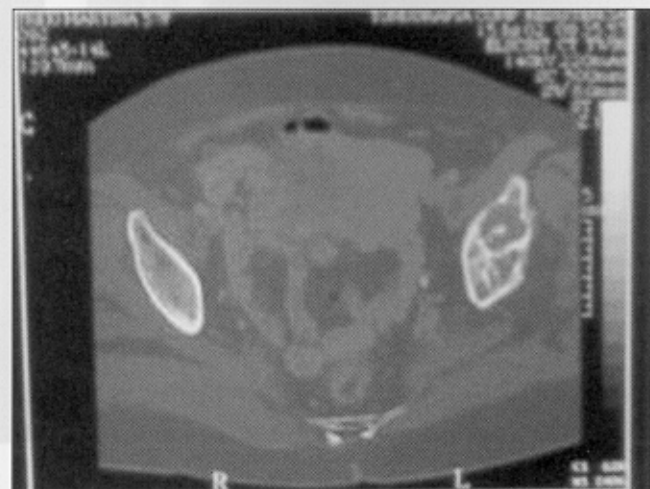


Figura 3. Vesículas hidatídicas (intraoperatorio).



Figura 4. Posquirúrgico inmediato. Nótese el relleno de la lesión con hueso esponjoso.

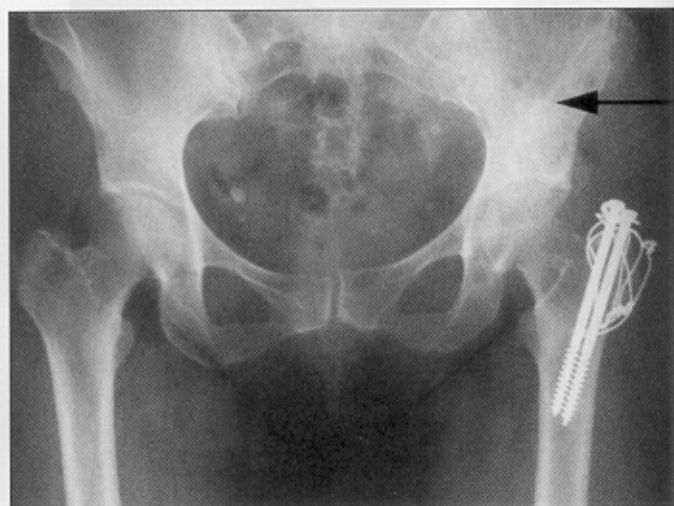


Figura 5. Doce meses de evolución. Nótese la incorporación del injerto.

La TC y la RM permiten diagnosticar lesiones asintomáticas, determinar el grado de lesión y planificar la cirugía.^{4,5}

La biopsia es controvertida, ya que la punción puede producir diseminación y shock anafiláctico debido a las proteínas del líquido hidatídico. El método debería ser escisional y formar parte del tratamiento quirúrgico definitivo. Existen adyuvantes químicos de la cirugía como: lavados intraoperatorios con agua oxigenada, solución hipertónica de cloruro de sodio, formoladas, entre otros.

Los métodos quirúrgicos más empleados son: curetajes con relleno óseo o con metilmetacrilato, resecciones amplias, resecciones con reemplazos protésicos y amputaciones.

El tratamiento de mayor eficacia es la combinación de un antihelmíntico (Albendazol) más la resección quirúrgica de la lesión con criterio oncológico.¹⁻⁶

Coincidimos con la bibliografía en que este tratamiento disminuye el riesgo de recidiva.

Referencias bibliográficas

1. Agarwal S, Shah A, Kadhi SK, et al. Hydatid bone disease of the pelvis. A report of two cases and review of the literature. *Clin Orthop*; (280):251-255;1992.
2. Chiboub H, Boutayeb F, Wahbi S, et al. Échinococcosis of the pelvic bone: four cases. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot*; 87(4):397-401;2001.
3. Martínez AA, Herrera A, Cuenca J, et al. Hydatidosis of the pelvis and hip. *Inter Orthop*; 25(5):302-304;2001.
4. Paz Antonio J. Hidatidosis ósea. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol*; 62(1):13-23;1997.
5. Sapkas GS, Stathakopoulos DP, Babis GC, et al. Hydatid disease of bones and joints. 8 cases followed for 4-16 years. *Acta Orthop Scand*; 69(1):89-94;1998.
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.