



**HOSPITAL UNIVERSITARI
GENERAL DE CASTELLÓ**

COMPRESIÓN MEDULAR POR HIDATIDOSIS VERTEBRAL RECIDIVANTE

Mohamed Salem A.*, Poyatos Campos J.*, Cifrián Pérez M.**

Unidad de Raquis. Servicio C.O.T.*
Radiología intervencionista. Servicio Radiodiagnóstico**
Hospital General de Castellón

INTRODUCCIÓN

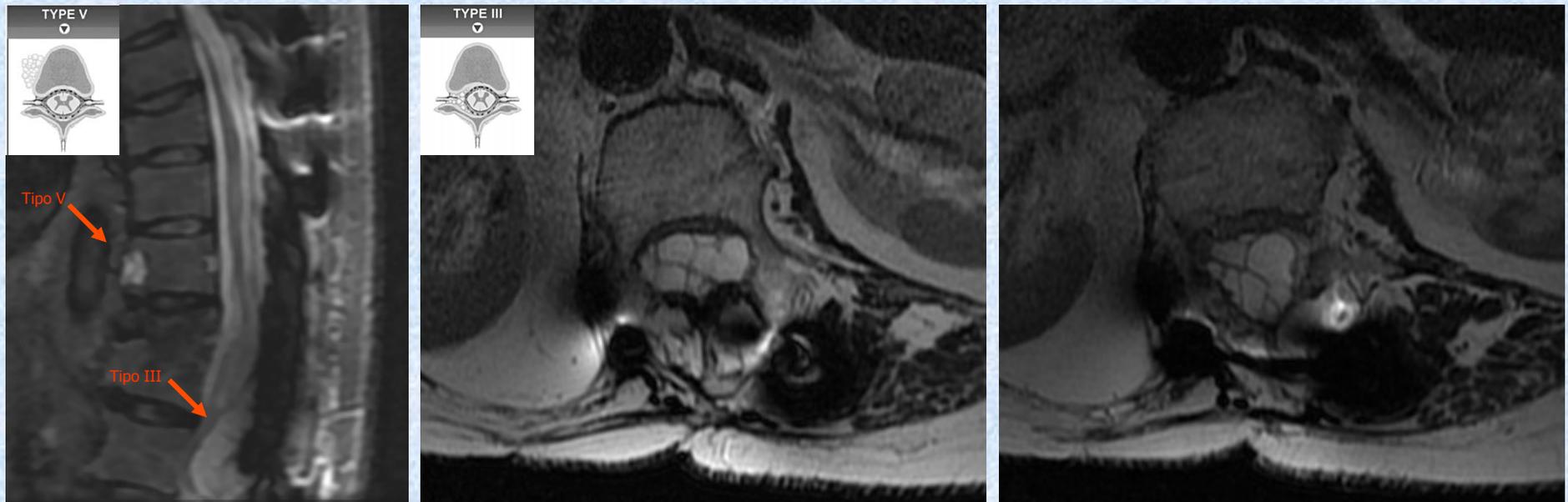
La Hidatidosis, endémica en nuestro país, tiene afectación ósea primaria en un 0,5-4% de los casos, de los cuales el 50% se localiza en la columna vertebral.

Sobre la Hidatidosis Vertebral destacar:

- Se manifiesta por dolor local y paraparesia crónica progresiva
- El tratamiento de elección es el quirúrgico
- Recidiva frecuente pese a la exéresis aparentemente completa
- Alto riesgo de lesión por compresión medular

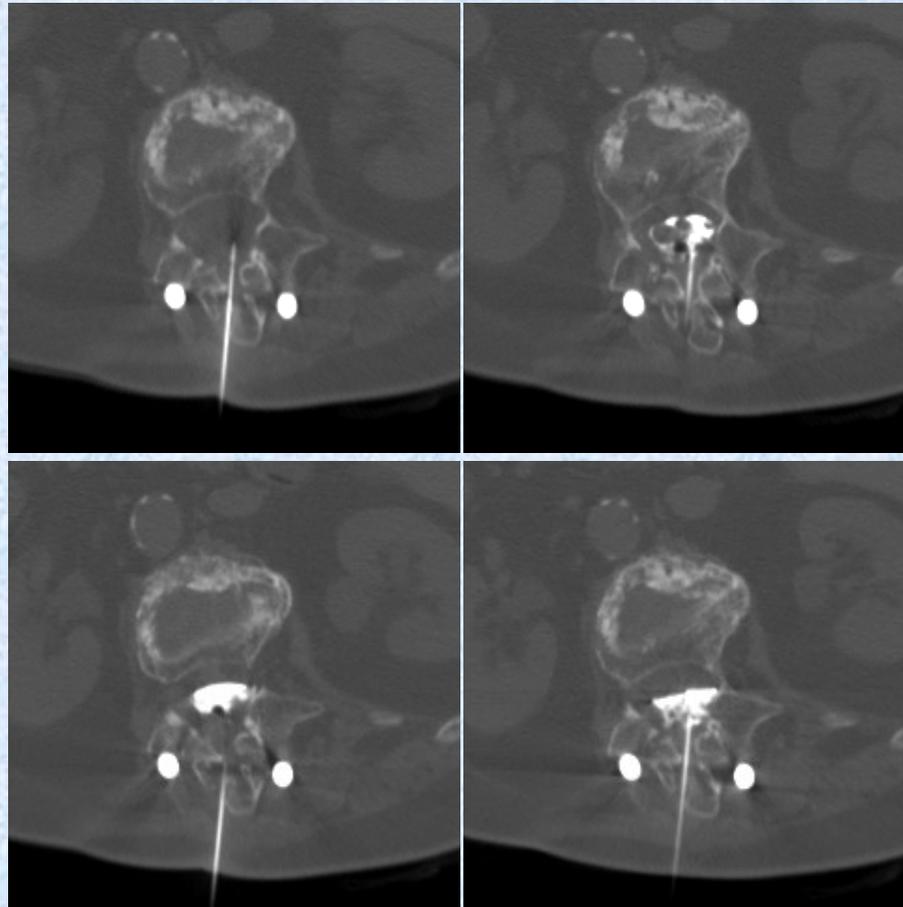
MATERIAL Y METODO

- ❖ Mujer de 78 años, intervenida en dos ocasiones hace 11 años por quiste hidático de T10-T12 (artrodesis T7-L3)
- ❖ Derivada de hospital comarcal por dorsalgia y clínica neurológica de paraparesia progresiva en MMII de 2 meses evolución.

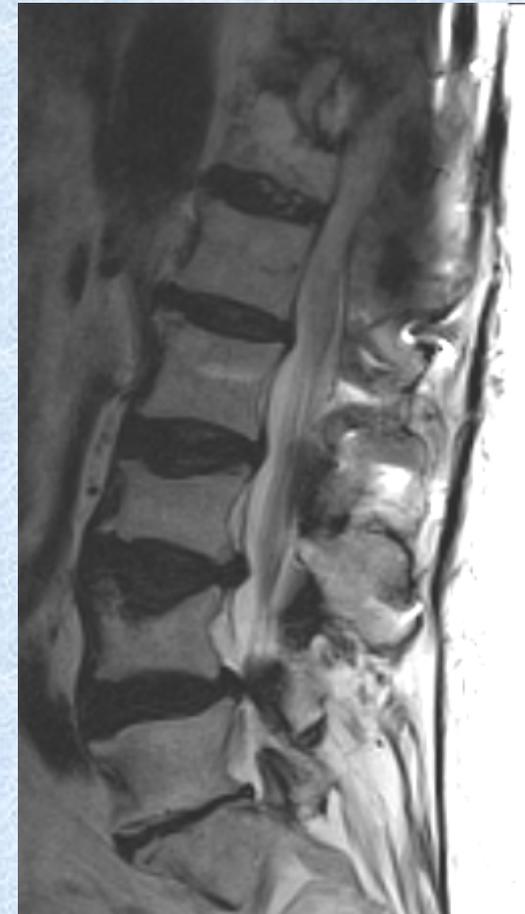


Lesión poliquística 33mm cara anterior de T10 y lesión poliquística extradural de 37mm la altura de T12 que condiciona una GRAVE compresión medular. Tipo V y III de la Clasificación de Braithwaite and Lees respectivamente.

Punción guiada por TAC: punción de hidátides y aspirado, inyección de contraste, comprobación de ausencia de fugas, nuevo aspirado y esclerosis con alcohol.



Punción guiada por TAC: Inyección de contraste, se comprueba la ausencia de fuga.



Control posterior al año del procedimiento

CONCLUSIONES

- La **Hidatidosis Vertebral** es una entidad poco frecuente en nuestro país; sin embargo, ante el aumento de la inmigración y viajes a zonas epidémicas es necesario tomarla en cuenta en el diagnóstico diferencial de pacientes con paraparesia progresiva.
- La resonancia magnética muestra imágenes características en “**panel de abeja**”.
- El tratamiento más indicado es el **quirúrgico** apoyado con fármacos antihelmínticos.
- La **alta tasa de recurrencia** (30-60 %) obliga en ocasiones a intervenciones quirúrgicas repetidas, lo que supone dificultades relacionadas con la instrumentación, fibrosis, edad y patologías concomitantes del paciente.
- La **punción y aspiración guiada por TAC**, utilizada en otras localizaciones, se muestra como una opción viable ante situaciones que dificulten o contraindiquen la cirugía.
- En nuestro caso la paciente experimentó una **mejoría clínica** progresiva con recuperación de fuerza en MMII. Actualmente deambulación sin apoyos.

Bibliografía:

- Am K. S., Faraj A., Mulholland R. C., Finch R. G.: Medical decompression vertebral hydatidosis. *Spine*. 1997; 22; 2050-2055.
- Baykaner M. K., Dogulu F., Oztürk G., Edali N' tali T.: A viable residual spinal hydatid cyst cured with albendazole: case report. *J Neurosurg (Spine 1)* 2000; 93; 142-444.
- Braithwaite, P.A., Lees, R.F.: Vertebral hydatid disease: radiological assessment. *Radiology* 1981; 140: 763-766.
- Gelabert-González M.: Spinal compression dueto a vertebral hydatid cyst. *Rev Neurol*. 2000; 30; 654-655.
- Lturtas S., Viale E. S., Pan A.: Long term results of surgery for hydatid disease of the spine. *Surg Neurol*. 1980; 13;468-470.