

QUISTE HIDATÍDICO SACRO-ILIACO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Manuel Segura-Trepichio (1), Jose Manuel Montoza-Nuñez (1), Vicente Navarro-Lopez (2), Josefa Herrero-Santacruz (3), Fernando Pla-Mingorance (4) David Candela-Zaplana (1)

1. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario del Vinalopó-Elche, España. 2. Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario del Vinalopó-Elche, España. 3. Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario del Vinalopó-Elche. 4. Servicio de Radiología, Hospital Universitario del Vinalopó-Elche.

INTRODUCCIÓN

Los quistes hidatídicos son causados por el parásito *Echinococcus granulosus*, es una enfermedad relativamente frecuente en países del tercer mundo o en vías de desarrollo. En humanos es común la afectación hepática y pulmonar, sin embargo, la hidatidosis con afectación ósea se presenta únicamente en un 0.5-2% de casos. En la mitad de estos casos ocurre en la columna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Una mujer de 48 años fue atendida en nuestro centro debido a dolor lumbar irradiado a glúteo izquierdo de 1 año de evolución sin déficits motores ni sensitivos en extremidades inferiores. En la radiografía lumbar no se observaron alteraciones. La Rm reveló una tumoración de morfología poliglobulada en íntima relación con primera y segunda raíces sacras que se extendía a primer y segundo orificios sacros izquierdos llegando a músculo iliaco retroperitoneal (Figura 1). Dicha tumoración también erosionaba ala y hueso iliaco izquierdo. La imagen radiológica planteaba como primera posibilidad diagnóstica tumor neurogénico. La biopsia guiada por TAC y posterior estudio anatómico-patológico reveló la presencia de quistes hidatídicos con una capa germinal interna, rodeados de una capa externa de quitina (Figura 2). El tratamiento quirúrgico se realizó mediante un doble abordaje a la columna lumbar (anterior retroperitoneal y lumbo-sacro posterior) para la extirpación completa del quiste, seguido de instrumentación lumbo-pélvica y aporte de injerto de banco de hueso (cabeza femoral) para rellenar el defecto óseo en ala sacra (Figura 3 y 4). El quiste se encontraba adherido a la duramadre, siendo necesaria la realización de durotomía y posterior reparación de la misma. Los 3 meses anteriores y posteriores a la cirugía, la paciente recibió tratamiento con albendazole (400mg/2 veces al día) y praziquantel (40mg/kg día).

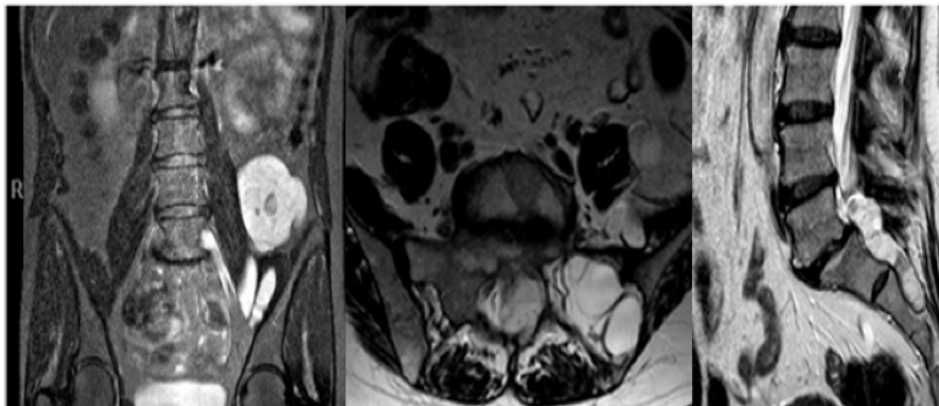


Fig 1. Imagen Rm T2 y STIR. Corte coronal, axial y sagital. Tumoración erosionando ala sacra izquierda, extendiéndose por 1º y 2º agujeros sacros y llegando a músculo iliaco retroperitoneal ipsilateral.

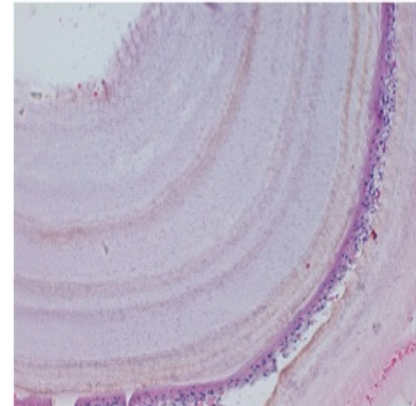


Fig 2. Quiste hidatídico. Cubierta de quitina y capa germinal. H-E, 200x

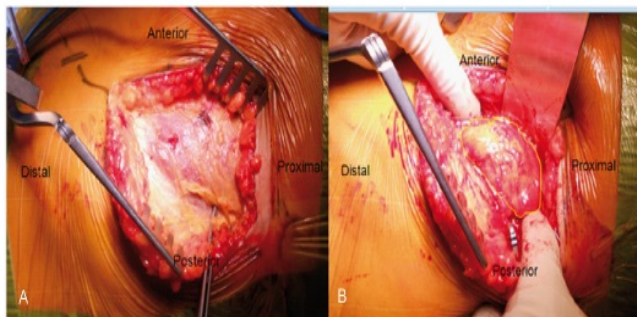


Fig 3. Abordaje anterior
A) Exposición m. oblicuo externo abdomen
B) Exposición quiste hidatídico.

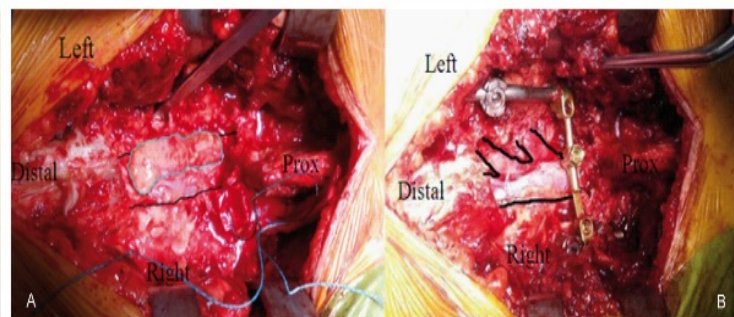


Fig 4. Abordaje posterior
A) Quiste hidatídico (línea azul) cubriendo saco dural (línea negra)
B) Saco dural libre y raíces S1 y S2 izquierdas.

RESULTADOS

Tras 9 meses postquirúrgicos, la paciente se encuentra libre de síntomas con total autonomía para actividades de la vida diaria y sin recidiva de la enfermedad en las pruebas radiológicas de control (Figura 5).

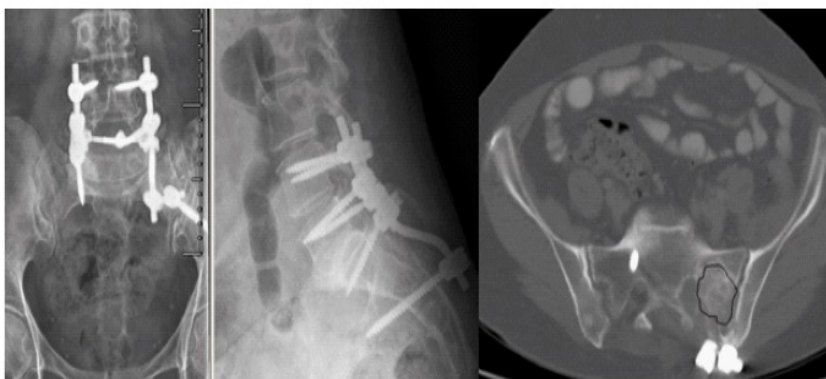


Figura 5. Rx y TAC lumbo-pélvico. Correcta colocación de implantes sin signos de aflojamiento. Integración de injerto de hueso en defecto sacro (línea negra). Sin recidiva de enfermedad.

CONCLUSIONES

La hidatidosis vertebral debe considerarse en el diagnóstico diferencial de tumores de estirpe neurogénica. El tratamiento combinado con cirugía y antiparasitarios resulta efectivo para el tratamiento de dicha enfermedad.

Referencias bibliográficas:

- 1 Abdelhakim K, Khalil A, Haroune B, Oubaid M, Mondher M. A case of sacral hydatid cyst. *Int J Surg Case Rep.* 2014;5(7):434-6. doi:10.1016/j.ijscr.2014.03.025
- 2 Lam k s, Faraj a, Mulholland r c, Finch rg. Medical decompression vertebral hydatidosis. *Spine.* 1997; 22: 2050-2055.