

Mujer de 31 años con tumoración en el muslo

Isabel Pacheco-Tenza^a, Eva González-Escoda^b, Francisco López-García^a, Vicente Navarro-López^b y José Antonio Barreras^c

^aServicio de Medicina Interna. ^bUnidad de Enfermedades Infecciosas. ^cServicio de Cirugía. Hospital Vega Baja. Orihuela. Alicante. España.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 31 años de edad, procedente de Marruecos y residente en España desde hacía 3 semanas. Desde hace 15 años refería una tumoración en la zona anterior del muslo izquierdo que no le producía dolor o fiebre pero que había aumentado de tamaño en los últimos meses. Acudió a urgencias por dolor en el área de la tumoración, sensación distérmica e impotencia funcional de 3 días de evolución. En la exploración física la enferma estaba afebril y con buen estado general. No se palpaban adenopatías y la exploración cardiopulmonar, abdominal y neurológica no mostraba alteraciones. Se objetivó una tumoración indurada de gran tamaño en la cara anterior e interna del muslo izquierdo, dolorosa, de consistencia elástica, sensible al tacto y sin signos inflamatorios superficiales (fig. 1). En la analítica destacó: leucocitos 6.670/ μ l (580 eosinófilos), Hb: 12,3 g/dl, Hto 36% y velocidad de sedimentación globular 28 mm/h. Se realizó una radiografía lateral de la pierna izquierda en la que existía un aumento de densidad de partes blandas en la zona interna del muslo izquierdo, sin afectación ósea. La ecografía del muslo izquierdo mostró una masa con varios nódulos anecogénicos bien delimitados y de distinto tamaño, compatibles con quistes. La tomografía computarizada (TC) evidenció una tumoración quística y multiloculada de 14 \times 9 \times 5 cm, que no realizaba tras la administración de contraste, originada en el músculo pectíneo con afectación de músculos aductores (fig. 2). El Mantoux y la serología para el virus de la inmunodeficiencia humana fueron negativas.



Figura 1. Tumoración de gran tamaño en la cara anterior e interna del muslo izquierdo.

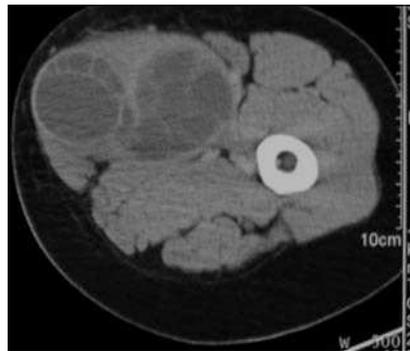


Figura 2. Tomografía computarizada.

Correspondencia: Dr. F. López-García.
Maestro Alonso, 100. 1.º piso. 03012 Alicante. España.
Correo electrónico: F.lopezgarcia@terra.es

Manuscrito recibido el 14-2-2006; aceptado el 28-8-2006.

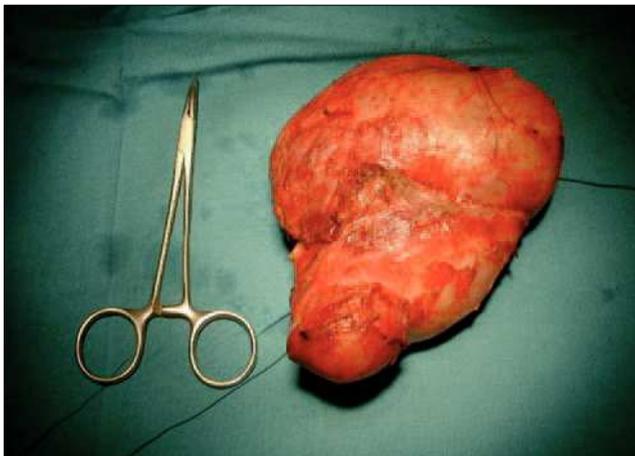


Figura 3. Pieza quirúrgica. Quiste hidatídico muscular.

Evolución y diagnóstico

Las pruebas serológicas demostraron una hemaglutinación indirecta positiva a títulos de 1/16384 para *Echinococcus granulosus* (Cellognost*-Equinococosis, Dade Behring Marburg, Alemania). Se realizó una TC torácica y abdominal que descartó la presencia de quistes en pulmones e hígado. Con el diagnóstico de hidatidosis muscular primaria se inició tratamiento con albendazol (800 mg/día) y se practicó una exéresis de la tumoración ampliada al tejido muscular alrededor del quiste (fig. 3). El estudio anatomopatológico de la pieza confirmó el diagnóstico de quiste hidatídico intramuscular. El albendazol se mantuvo hasta 3 meses después de la cirugía.

Comentario

La hidatidosis o equinococosis es una infección causada por los cestodos de la especie *E. granulosus*. Produce quistes que se localizan con más frecuencia en el hígado y los pulmones aunque pueden encontrarse en otros órganos como cerebro, corazón, riñón o bazo^{1,2}. Los quistes hidatídicos de localización osteomuscular primaria son muy raros, estimándose su frecuencia entre el 1 y el 4% según las escasas series publicadas³⁻⁶. La hidatidosis muscular se presenta casi siempre aislada, sin afectación pulmonar ni hepática. A diferencia de lo que sucedió en nuestra paciente, casi siempre asocia afectación ósea, lo que parece implicar un peor pronóstico⁵. Sin embargo, de 13 casos de hidatidosis muscular primaria descritos por García-Álvarez et al⁴, sólo tres tenían afectación del hueso, dos en el sacro y uno en la articulación sacroilíaca. La hidatidosis muscular suele manifestarse como una masa silente de crecimiento lento. Afecta sobre todo a los músculos de la zona proximal de las extremidades inferiores y glúteos⁴,

aunque se han descrito quistes en localizaciones muy variadas: músculo psoas⁶, diafragma⁶, pectoral mayor⁷, músculos de la pared torácica⁸, sartorio⁹, musculatura paravertebral¹⁰, cuádriceps¹⁰ y tríceps braquial¹⁰. Las técnicas de imagen son fundamentales para el diagnóstico; la ecografía es específica si existe afectación multivesicular y la TC se considera la prueba de elección si existe afectación ósea. Sin embargo, la resonancia magnética obtiene una imagen de mayor resolución, puede demostrar las vesículas hijas y la existencia de una o varias membranas en quistes multiloculares, por lo que se considera la prueba radiológica más sensible y específica^{3-5,10}. La infección sospechada por la clínica y las pruebas de imagen puede confirmarse mediante pruebas serológicas (hemaglutinación indirecta e inmunoelectroforesis), teniendo en cuenta que son menos sensibles cuando la hidatidosis afecta al músculo (25-56%)^{1,10}. La punción-aspiración con aguja fina diagnóstica debe evitarse ante el riesgo de reacciones anafilácticas graves y la biopsia abierta está contraindicada por el riesgo de diseminación de la infección, la formación de fistulas o el desarrollo de shock séptico. La resección quirúrgica del quiste es el único tratamiento curativo; la cirugía debe ser radical, de márgenes amplios y englobar completamente al quiste para evitar su rotura^{3,4}. La eficacia del tratamiento con fármacos antihelmínticos (mebendazol o albendazol) es controvertida. Son útiles si existe enfermedad residual para evitar su diseminación, pero en ningún caso eliminarán la enfermedad si no lo ha hecho previamente la cirugía. Se recomienda administrarlos antes de la cirugía y hasta 3 meses más en el postoperatorio³⁻⁶.

Bibliografía

- Kammerer WS, Schantz PM. Echinococcal disease. Infect Dis Clin North Am. 1993;7:605-18.
- Eckert J, Conraths FJ, Tackmann K. Equinococosis: An emerging or re-emerging zoonosis? Int J Parasitol. 2000;30:1283-94.
- Mseddi M, Mtaoumi M, Dahmene J, Ben Hamida R, Siala A, Moula T, et al. Hydatid cysts in muscles: Eleven cases. Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot. 2005;91:267-71.
- García-Álvarez F, Torcal J, Salinas JC, Navarro A, García-Álvarez I, Navarro-Zorraquino M. Musculoskeletal hydatid disease. A report of 13 cases. Acta Orthop Scand. 2002;73:227-31.
- Merkle EM, Schulte M, Vogel J, Tomczak R, Rieber A, Kern P, et al. Musculoskeletal involvement in cystic echinococcosis: Report of eight cases and review of the literature. Am J Roentgenol. 1997;168:1531-4.
- Daali M, Hssaida R. L'hydatidoise musculaire: 15 cas. Presse Med. 2000; 21:1166-9.
- Abdel-Khalig RA, 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.
- Álvarez-Sala R, Gómez de Terreros FJ, Caballero P. Echinococcus cyst as a cause of chest wall tumor. Ann Thorac Surg. 1987;43:689-90.
- Rask MR, Lattig GJ. Primary intramuscular hydatidosis of the sartorius. Report of a case. J Bone Joint Surg (Am). 1970;52:582-4.
- Agulló A, Alcalá-Santaella R. Hidatidosis muscular. A propósito de tres casos. Rev Esp Reumatol. 2002;29:4-6.