

Lesión osteolítica vertebral en un varón joven

Alicia Rico^a, Julio García^a, Alicia González^a y N. Fernández - Baillo^b

^aServicio de Microbiología y ^bServicio de Traumatología. Hospital La Paz. Madrid.

Caso clínico

Varón de 24 años que acudió a nuestro hospital por presentar desde hace siete meses una fistula productiva en región lumbar, con ausencia de sintomatología general ni dolor a ese nivel. Como único antecedente de interés refería vivir en el campo en contacto con animales.

Tras su ingreso para estudio se realizó una radiografía, una fistulografía y una tomografía axial computarizada (TAC) lumbar (figs. 1 y 2) que mostraron una imagen lítica (afectando a la apófisis transversa, lámina, pedículo y cuerpo vertebral derechos) con reborde escleroso a nivel de L3 y una comunicación con absceso que se extendía por el músculo psoas hasta la pelvis.

Se decidió intervención quirúrgica con fines diagnóstico-terapéuticos, realizándose una biopsia intraoperatoria que se remitió al laboratorio de Microbiología para su estudio.

La muestra se procesó para bacterias y micobacterias. El examen en fresco de la misma reveló abundantes leucocitos polimorfonucleares y presencia de escólex (fig. 3).

Los resultados serológicos por hemaglutinación indirecta arrojaron unos títulos de 1/2.560, compatibles con el diagnóstico de la enfermedad.

Diagnóstico

Hidatidosis vertebral por *Echinococcus granulosus*.

Figura 1. Fistulografía.

Evolución

El enfermo fue sometido a una segunda intervención quirúrgica terapéutica iniciándose conjuntamente tratamiento con albendazol oral a la dosis de 10-15 mg/kg/día durante cuatro ciclos de 28 días.

En la actualidad permanece asintomático, acudiendo periódicamente a revisión.

Correspondencia: Dra. A. Rico Nieto.
Servicio de Microbiología.
Hospital La Paz.
Pso. Castellana, 261.
28046 Madrid.
Correo electrónico: microbiologia@hulp.es

Manuscrito recibido el 25-2-2000; aceptado el 19-7-2000.

Enferm Infect Microbiol Clin 2001; 19: 341-342

Figura 2. Tomografía axial computarizada, nivel L₇.

Las localizaciones más frecuentes son hígado (75%), pulmón (15%) y solamente un 10% ocurre en el resto del cuerpo². La afectación ósea primaria por *E. granulosus* se produce aproximadamente entre un 1%-2%, de éstos un 50% sufren lesión de la médula espinal^{3,4}.

Ante una espondilitis y/o lesión lítica vertebral debe practicarse un diagnóstico diferencial con otras entidades tales como tuberculosis vertebral, brucelosis, tumores óseos y osteomielitis de origen bacteriano.

La afectación ósea por enfermedad hidatídica tiene un pronóstico reservado pues presenta frecuentes recurrencias y complicaciones, por lo que actualmente se recomienda el tratamiento combinado médico-quirúrgico. Los ciclos largos de albendazol pueden retrasar las recidivas y ayudan al control de la enfermedad^{3,5}.

Figura 3. Imagen en fresco.

Comentario

La hidatidosis es una zoonosis causada por un parásito denominado *Echinococcus granulosus*. El ciclo biológico de *E. granulosus* involucra al perro como huésped definitivo dentro de cuyo intestino residen los cestodos adultos. El hombre actúa como huésped intermediario y se contagia por vía oral al ingerir alimentos contaminados por las heces de los perros parasitados¹.

Bibliografía

1. Koneman EW, Allen SD, Janda WM, Schreckenberger PC, Winn WC, et al. Diagnóstico microbiológico (5^a edición). Ed. Panamericana, 1999; 1.116-1.117.
2. Gossios KJ, Kontoyiannis DS, Dascalogiannaki M, Gourtsoyiannis NC. Uncommon locations of hydatid disease: CT appearances. Eur Radiol 1997; 7 (8): 1.303-1.308.
3. Islekel S, Ersahin Y, Zileli M, Oktar N, Oner K, Ovul I, et al. Spinal hydatid disease. Spinal-Cord 1998 36(3): 166-170.
4. Lam KS, Faraj A, Mulholland Rc, Finch-RG. Medical decompression of vertebral hydatidosis. Spine 1997 1; 22(17): 2.050-2.055.
5. Keller TM, Schweitzer JS, Helfend LK, Chappell T. Treatment of progressive cervical spinal instability secondary to hydatid disease. A case report. Spine 1997; 22(8): 915-919.