

## Hidatidosis ósea: a propósito de dos casos

**Sr. Editor:** Hemos leído con interés el trabajo de Rico et al<sup>1</sup>, publicado en su Revista, sobre un caso de hidatidosis vertebral, y nos gustaría aportar nuestra experiencia a propósito de dos nuevos casos de hidatidosis ósea, recientemente atendidos en nuestro hospital.

*Caso 1.* Mujer de 64 años con antecedentes de hidatidosis hepática intervenida en 1977, con artroplastia de cadera derecha por fractura de fémur en 1994 y reintervenida por infección (primer tiempo de Girdlestone) en 1998.

Reingresó en junio de 2000 para reimplante de prótesis, encontrándose durante el acto quirúrgico varias vesículas, tanto en el plano muscular como en el ilíaco, que fueron diagnosticadas mediante biopsia de quistes hidatídicos. Los datos analíticos fueron hemograma y bioquímica sanguínea sin alteraciones, salvo eosinofilia (851/ $\mu$ l); serología de hidatidosis positiva (título de hemaglutinación indirecta de 1/2.560), IgE 2.378 U/ml (4-110) y 24 KU/l de parásito (0-0,35). El estudio radiológico, mediante resonancia magnética (RM), reveló una imagen quística, multicavitaria y destructiva osteoarticular en la cadera derecha, con afección intrapélvica y muscular en el compartimento anteroexterno del muslo y la región glútea (fig. 1).

Se instauró tratamiento con albendazol a dosis habituales, sin haber objetivado hasta el momento, tras varios ciclos de tratamiento, mejoría clínica, analítica ni radiológica, estando pendiente de intervención quirúrgica.



**Figura 1.** Resonancia magnética (RM) de la cadera derecha.

**Caso 2.** Varón de 50 años con antecedente de hidatidosis hepática intervenida en 1989. Consultó en 1999 por lumbalgia, impotencia funcional de la pierna izquierda y parestesias de la extremidad inferior izquierda. En la exploración se apreciaba movilización limitada y dolorosa de la articulación de la cadera con atrofia del muslo izquierdo. Tras realizar estudio radiológico simple se interpreta el cuadro como necrosis avascular de cadera y se procedió a la colocación de una prótesis. En el acto quirúrgico se hallaron varias vesículas en esa localización que fueron biopsiadas y diagnosticadas de quistes hidatídicos. En la RM practicada posteriormente se observaron lesiones destructivas de la cadera que afectaban a la cabeza femoral y al hueso ilíaco, que se extendían por encima del borde articular. Los datos analíticos fueron: hemograma y bioquímica sanguínea normales, serología de hidatidosis positiva (hemaglutinación indirecta 1/81.920), IgE 3.460 U/ml (4-110) y 89 KU/l de parásito (0-0,35). A partir de ese momento se pautaron ciclos de tratamiento con albendazol (10 mg/kg/día), estando pendiente de intervención quirúrgica.

La hidatidosis es una zoonosis producida por *Echinococcus granulosus*, parásito que tiene al perro como huésped definitivo y que puede transmitirse al hombre al ingerir alimentos contaminados por las heces de los perros parasitados<sup>2</sup>.

Nuestros 2 casos sirven para recordar la posibilidad de la localización ósea, tan infrecuente (1-2%) como grave. Las vértebras (50%), las epífisis de los huesos largos (25%) y la pelvis (25%) son los huesos más afectados<sup>3</sup>.

La afección femoral suele ser silente hasta fases avanzadas, y es diagnosticada de manera casual o por una clínica que abarca desde dolor o tumefacción hasta inestabilidad o fractura patológica, lo que nos obligará a establecer el diagnóstico diferencial con otras causas infecciosas (tuberculosis, brucellosis etc.), vasculares o tumorales<sup>4</sup>.

El diagnóstico de sospecha se basa tanto en la serología<sup>5</sup> como en los hallazgos radiológicos<sup>6</sup>. La radiología simple puede ser muy útil inicialmente, aunque hoy día, la tomografía computarizada (TC) y la RM permiten valorar mucho mejor las estructuras afectadas y sus relaciones anatómicas.

En ocasiones, como en estos 2 casos, se llega al diagnóstico de forma inesperada durante el curso de una intervención quirúrgica tras una

sospecha inicial errónea. En nuestros pacientes fue posible la confirmación anatopatológica aunque se recomienda evitar las biopsias ante el riesgo de diseminaciones.

El pronóstico y el tratamiento son similares al de las lesiones malignas localizadas<sup>7</sup>. El tratamiento ideal es la cirugía radical asociada a tratamiento médico de forma pre y postoperatoria. Se recomienda administrar albendazol (10 mg/kg/día) que ha demostrado mayor eficacia que el mebendazol (40 mg/kg/día) probablemente por su mayor penetración en los quistes<sup>8</sup>. La asociación con praziquantel podría mejorar su eficacia, pero faltan más estudios para confirmarlo<sup>9</sup>. Se desaconseja la colocación de prótesis.

En nuestro país, donde la hidatidosis es endémica, ante hallazgos radiológicos como los descritos siempre hay que tener presente esta posibilidad etiológica.

praziquantel de hidatidosis multiorgánica. Enferm Infect Microbiol Clin 2001;19:139-40.

*Ferran Roche, M. José Crusells,  
Julián Cuesta, Santiago Letona,  
Isabel Sanjoaquin,  
Roberto De Miguel<sup>a</sup>  
y J. Antonio Amiguet*

Servicio de Enfermedades Infecciosas y  
<sup>a</sup>Servicio de Traumatología. Hospital  
Clínico Universitario Lozano Blesa.  
Zaragoza. España.

## Bibliografía

1. Rico A, García J, González A, Fernández-Baillo N. Lesión osteolítica vertebral en un varón joven. Enferm Infect Microbiol Clin 2001;19:341-2.
2. Benito A, Gárate T, Pérez J. Hidatidosis. Medicina 1998;81:3776-81.
3. Belzunegui J, Maíz O, López L, Plazaola C, González C, Figueroa M. Hydatid disease of bone with adjacent joint involvement. A radiological follow-up of 12 years. Br J Rheumatol 1997;36:133-5.
4. Anglés F, Salavert M, Sánchez C, Matamala A, Pons M, Ferrer H. ¿Cuál de los dos pacientes tiene osteomielitis? Enferm Infect Microbiol Clin 1995;13:259-60.
5. Güerri ML, Dávila M, Rodríguez M, Nieto FJ, Ladrón de Guevara C. Utilidad de las IgG fraccionadas en el diagnóstico y seguimiento de la hidatidosis. Enferm Infect Microbiol Clin 2001;19:262-6.
6. Dahnnya MH, Hanna RM, Ashebu S, Muhtaseb SA, El-Beltagi A, Badr S, et al. The imaging appearances of hydatid disease at some unusual sites. Br J Radiol 2001;74:283-9.
7. Zlitni M, Ezzaouia K, Lebib H, Karray M, Kooli M, Mestiri M. Hydatid cyst of bone: diagnosis and treatment. World J Surg 2001;25:75-82.
8. Gil-Grande LA, Rodríguez F, Prieto JG, Sánchez JJ, Brasa C, Aguilar L. Randomised controlled trial of efficacy of albendazole in intra-abdominal hydatid disease. Lancet 1993; 342:1269-72.
9. Miquel J, Gil-Grande LA, Retamar A, García-Hoz F, del Pozo D, Peña H. Respuesta a la terapia combinada con albendazol y