

## Diagnóstico a primera vista

### Tumoración en glúteo de etiología inusual

### Gluteal tumor of unusual etiology



Cristina Gaona-Álvarez<sup>a,\*</sup>, Carmen González-Velasco<sup>a</sup>, Juan Carlos Luna-Berral<sup>b</sup>  
y Miguel Fajardo-Olivares<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Microbiología, Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz, España

<sup>b</sup> Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz, España

#### Descripción del caso

Mujer de 52 años de origen marroquí, que reside en España desde hace 21 años, aunque continúa viajando de forma ocasional a Marruecos. La paciente consulta por tumoración en glúteo izquierdo en julio de 2015. En esta primera consulta, una ecografía mostró extensa colección hipocogénica compleja de 10 cm de eje mayor, multiloculada y localizada en plano profundo del tercio superior del músculo glúteo mayor izquierdo. Aunque sin descartar otras etiologías, se plantea la posibilidad de hematoma loculado en evolución debido a reiteradas inyecciones intramusculares en la zona afectada para el tratamiento de la migraña.

En marzo de 2022, la paciente consulta de nuevo por dolor y aumento de tamaño de la lesión. En la exploración física se observa

tumoración indurada con diámetro máximo de 15 cm, poco móvil y adherida a planos profundos. Se realiza estudio de imagen toracoabdominopélvico mediante tomografía computarizada (TC) con contraste intravenoso, apreciándose tumoración dependiente del glúteo mayor izquierdo, que impronta a los músculos piriforme y glúteo medio. La lesión, aparentemente encapsulada, presenta aspecto multilocular con numerosos septos internos (fig. 1). Las áreas hipodensas con valores de densidad de líquido sugieren un posible liposarcoma mixoide.

Se completa el estudio con una resonancia magnética de cadera izquierda, observándose una masa lobulada multiquística intramuscular con estructuras bien delimitadas en el interior. Ante estos hallazgos, se procede a exéresis quirúrgica.



Figura 1. TC toracoabdominopélvico. Lesión multilocular en glúteo.



Figura 2. Quiste con vesículas en su interior.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [cristina.gaona@salud-juntaex.es](mailto:cristina.gaona@salud-juntaex.es) (C. Gaona-Álvarez).

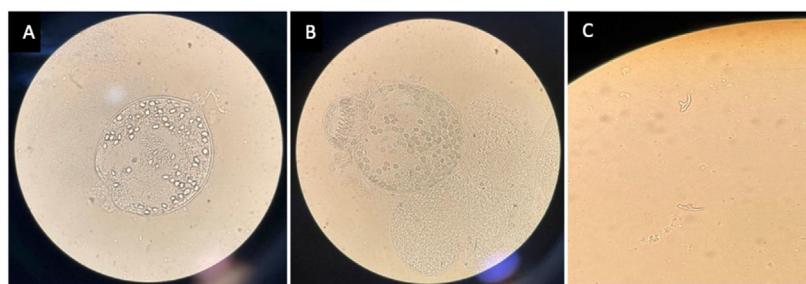


Figura 3. Visión microscópica (40x) de protoescólices A y B) y ganchos libres C) en líquido intravesicular (imagen aumentada).

## Evolución y diagnóstico

Una vez extirpado el quiste mediante quistoperiquistectomía, una incisión en la adventicia permitió acceder a las múltiples vesículas contenidas en el interior de la cavidad (fig. 2). Varias de estas vesículas fueron remitidas para estudio microbiológico.

A nivel macroscópico, la muestra recibida en Microbiología era una vesícula de apariencia gelatinosa y cubierta blanquecina. El contenido del quiste se aspiró con jeringa y aguja hipodérmica, obteniéndose un líquido acuoso, claro y transparente. Tras centrifugar 10 min a 2.000 r.p.m., se descartó el sobrenadante. La observación microscópica del sedimento permitió visualizar protoscoleces y ganchos libres (fig. 3).

Estas estructuras supusieron la confirmación microbiológica de *Echinococcus* spp. Un día después de la intervención, la determinación de anticuerpos en suero frente a *Echinococcus granulosus* (*E. granulosus*) mediante hemaglutinación indirecta (HAI) fue negativa. Posteriormente, la PCR de *E. granulosus* y *Echinococcus multilocularis* en líquido hidatídico realizada en el Centro Nacional de Microbiología confirmó la identificación de *E. granulosus*.

Según la clasificación de los quistes hidatídicos de la Organización Mundial de la Salud, las características de la lesión observadas mediante las pruebas de imagen permitieron clasificarla como lesión quística activa de tipo CE2.

Los resultados del TC toracoabdominopélvico descartaron la presencia de otros quistes en estas áreas.

Tras la cirugía, se pautó albendazol oral (400 mg/12 h). La paciente fue dada de alta ocho días después y citada para seguimiento clínico y terapéutico por la Unidad de Patología Infecciosa. El tratamiento con albendazol se mantuvo durante tres meses, siendo favorable la evolución clínica.

La equinococosis quística o hidatidosis es una zoonosis causada por *E. granulosus*. El hombre puede ser hospedador intermediario del parásito. La mayoría de los pacientes (40-80%) tienen una lesión

quística única en un solo órgano<sup>1</sup>, siendo los más afectados hígado (69-75%) y pulmón (17-22%); mientras la localización muscular es infrecuente (2%)<sup>2</sup>.

En el caso que presentamos, las pruebas de imagen descartaron quistes hepáticos y pulmonares, permitiendo el diagnóstico de hidatidosis muscular primaria.

Aunque la patogenia de los quistes primarios extrahepáticos y extrapulmonares no está clara, se proponen como posibles mecanismos la diseminación hematogena o linfática<sup>3</sup>.

El aumento de tamaño del quiste de nuestra paciente desde julio de 2015 a marzo de 2022 fue de 5 cm, lo que conlleva una evolución prolongada, impidiendo establecer el origen y el momento de adquisición de la infección.

La HAI presenta sensibilidad variable dependiendo de la localización del quiste, siendo positiva en el 80% de hidatidosis hepáticas y negativa en la mayoría de las musculares, limitando su valor diagnóstico<sup>3</sup>. Aunque se desconoce la causa de esta variabilidad, las hidatidosis con serología negativa podrían asociarse a que el enquistamiento de la forma larvaria produzca insuficiente estimulación de producción de anticuerpos, generando niveles séricos indetectables<sup>1</sup>. En nuestro caso, no se realizó serología previa, pero la HAI negativa el día posterior a la intervención demuestra que no habría sido útil para apoyar el diagnóstico de sospecha de hidatidosis.

## Bibliografía

1. Wen H, Vuitton L, Tuxun T, Li J, Vuitton DA, Zhang W, et al. *Echinococcosis: Advances in the 21st Century*. Clin Microbiol Rev. 2019;32(2).
2. Kern P, Menezes da Silva A, Akhan O, Mühlhaupt B, Vizcaychipi KA, Budke C, et al. The Echinococcoses: Diagnosis, Clinical Management and Burden of Disease. En: Thompson RCA, Deplazes P, Lymbery AJ, editores. *Advances in Parasitology*; 2017. p. 259-369.
3. Okus A, Sevinc B, Ay S, Karahan O, Eryilmaz MA, Er C. Relation between Serology and Grow-Up Time in Atypically Localized Hydatid Cysts. Turk J Parasitol. 2014;37:257-61.