

QUISTE HIDATÍDICO ÓSEO

M.Á. CONTRERAS BLASCO

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL DE TORREVIEJA.
TORREVIEJA. ALICANTE. ESPAÑA.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 52 años sin antecedentes médicos de interés que acude a urgencias por un cuadro de dolor centrotorácico de características atípicas. Se le realiza una radiografía simple de tórax en la que se encuentra, de forma casual, una lesión quística en el tercio proximal del húmero derecho (fig. 1). La paciente se encontraba totalmente asintomática del brazo.

DIAGNÓSTICO

Quiste hidatídico en el tercio proximal del húmero derecho.

DISCUSIÓN

La hidatidosis es una enfermedad parasitaria, de distribución mundial, producida por las larvas del *Echinococcus*, generalmente de la especie *E. granulosus*, y con menor frecuencia del *E. multilocularis* o del *E. vogeli*¹. El *E. granulosus* se encuentra en Australia, Argentina, Chile, África, Europa del Este, Oriente Medio, Nueva Zelanda y la cuenca mediterránea, sobre todo en Líbano y Grecia. La hidatidosis ósea es una patología rara, que representa el 1-2% de todas las hidatidosis humanas².

El gusano adulto vive en el intestino delgado del huésped definitivo, que suele ser el perro. Los huevos son expulsados con las heces. De modo que el hombre, que es el huésped intermediario, se infecta al ingerir accidentalmente esos huevos, que anidan en el duodeno y liberan embriones

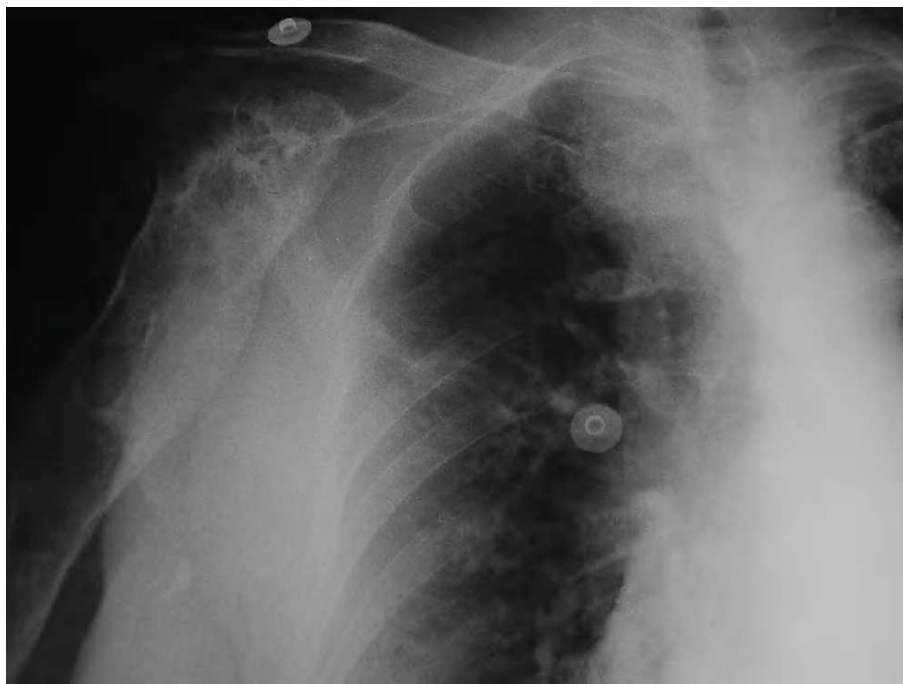


Fig. 1. Lesión osteolítica quística en el extremo distal del húmero.

que atraviesan la mucosa y alcanzan la circulación portal, de donde pasan al hígado, que es la localización más frecuente de esta infección. A veces, las larvas pasan la primera barrera hepática y alcanzan los pulmones^{1,3,4}. Es más raro que las larvas consigan alcanzar la circulación arterial y así afectar a otros tejidos, como el cerebro, el riñón o el hueso, o incluso el músculo^{5,6}. Una vez alcanzan esos tejidos forman quistes que pueden calcificarse, apareciendo como áreas radiodensas curvilíneas e irregulares⁷. La hidatidosis ósea es rara, ya que las larvas tienen que pasar dos filtros: el pulmonar y el hepático. Sin embargo, la afectación ósea es una de las formas más severas^{4,8-10}.

La invasión intraósea se produce por tres mecanismos:

- 1) Mecánico: por compresión y dislocación.
- 2) Isquémico: por obstrucción y compresión de los vasos nutrientes, lo que origina la consiguiente necrosis ósea.

3) Celular: por proliferación de osteoclastos alrededor del tejido óseo comprimido¹¹.

Con el paso del tiempo se puede producir la invasión extraósea de los tejidos blandos, por disrupción ósea o por una fractura patológica, formándose el llamado absceso hidatídico, que es un absceso frío, migratorio, similar al tuberculoso⁴.

La afectación ósea primaria es producida por el *Echinococcus granulosus*, mientras que el *Echinococcus multilocularis* produce la afectación de hueso y partes blandas por continuidad a partir del hígado¹⁰. La hidatidosis ósea suele afectar a un solo hueso, aunque puede hacerlo también a los huesos adyacentes. Los huesos que se afectan con mayor frecuencia son las vértebras, la pelvis, los huesos largos y el cráneo^{12,13}. Dentro de los huesos largos el que se afecta con mayor frecuencia es el fémur, seguido por la tibia⁴.

Desde que se produce la invasión por el parásito tiene lugar un período de latencia

Correspondencia: M.Á. Contreras Blasco.
Ctra. de Torrevieja a San Miguel de Salinas.
CV-95 Partida La Ceñuela.
03186 Torrevieja. Alicante. España.
Correo electrónico: macblasco@gmail.com

muy largo, de varios años, con lo que el diagnóstico suele ser muy tardío, en fases muy avanzadas^{4,7}. A este diagnóstico tardío contribuye el hecho de que clínicamente la enfermedad suele ser asintomática. Cuando se diagnostica es de forma casual, como hallazgo radiológico, o cuando se produce una complicación. Las posibles complicaciones que puede originar la hidatidosis ósea son:

- 1) Fracturas patológicas, cuando afecta a huesos largos.
- 2) Déficit neurológico secundario a compresión medular, cuando afecta la columna vertebral.
- 3) Fistulización del absceso.
- 4) Infección bacteriana secundaria del absceso⁴.

El diagnóstico habitualmente es radiológico, reservándose la resonancia y la tomografía para el estudio de extensión^{4,8,9}.

Radiológicamente se caracteriza por presentarse como una lesión osteolítica quística, única o múltiple, de carácter expansivo, mal delimitada, con ausencia de reacción perióstica⁷. Cuando afecta a huesos largos, inicialmente se localiza en la metáfisis, para luego extenderse a la epífisis y la diáfisis, dando lugar a la denominada panosteoquinococosis de Costantini⁴.

El diagnóstico diferencial se debe hacer con la displasia fibrosa, el plasmocitoma, el tumor de células gigantes, los tumores cartilagosos, las metástasis esqueléticas, el tumor pardo del hiperparatiroidismo, el angiosarcoma y el seudotumor hemofílico. Cuando afecta a la columna vertebral hay que diferenciarlo también de la tuberculosis y de la osteomielitis piógena crónica. El pronóstico de la hidatidosis ósea es malo cuando afecta a la columna vertebral o a la pelvis, que además son sus localizaciones más frecuentes^{4,8}.

El tratamiento es la excisión quirúrgica, con un amplio margen sano, ya que la extirpación incompleta se acompaña de recidivas. Cuando afecta a huesos largos, se realiza la resección del hueso, pero puede ser necesaria incluso la amputación o desarticulación si la lesión es extensa^{1,4,8,5}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clinton A, Weller P. Cestodos. En: Harrison Principios de Medicina Interna. Madrid: Mosby; 2006. p. 1410-5.
2. Bocanegra TS. Manifestaciones musculoesqueléticas de las enfermedades parasitarias. En: Pascual E, Rodríguez V, Carbonel J, Gómez-Reino J, editores. Tratado de Reumatología. Madrid: Arán; 1998. p. 1387-94.
3. Louie JS, Bocanegra TS. Mycobacterial, Brucella, fungal and parasitic arthritis. En: Hochberg M, Silman A, Smolen J, Weinblatt M, Weisman M, editors. Rheumatology. Madrid: Mosby; 2003. p. 1077-89.
4. Zlitni M, Ezzaouia K, Lebib H, Karay M, Kooli M, Mestiri M. Hydatid cyst of bone: diagnosis and treatment. World J Surg. 2001;25:75-82.
5. García P, Vázquez A, Palomares O. Multiple hidatidosis of the liver, bones and muscles. Rev Esp Enferm Dig. 1995;87:267-8.
6. Torcal J, García-Álvarez F, Salinas JC, Sainz JM, Navarro A, Güemes A, et al. Hidatidosis muscular primaria. Cir Es. 2002;72:147-51.
7. Resnick D. Osteomielitis, artritis séptica e infecciones de partes blandas: organismos. En: Resnick D, editor. Huesos y articulaciones en imagen. Madrid: Marbán; 2001. p. 684-716.
8. Sapkas GS, Stahakopoulos DP, Babis GC, Tsarouchas JK. Hydatid disease of bones and joints. 8 cases followed for 4-16 years. Acta Orthop Scand. 1998;69:89-94.
9. Belzunegui J, Maíz O, López L, Plazaola I, González C, Figueroa M. Hydatid disease of bone with adjacent joint involvement. A radiological follow-up of 12 years. Br J Rheum. 1997;36:133-5.
10. Navarro I, Pereda G. Hidatidosis ósea de la pelvis. Rev Clin Esp. 1974;135:395-8.
11. Barredo I, Aperribay M, Cancio J. Hidatidosis ósea del peroné. Rev Esp Patol. 2004;37:315-20.
12. Rong SH, Nie ZQ. Hydatid disease of bone. Clin Radiol. 1985;36:301-5.
13. Durán H, Fernández L, Gómez F, López L, Mata P, Brandan D, et al. Osseous hidatidosis. J Bone J Surg. 1978;60:685-90.