

CARTA CIENTÍFICA

Trombosis aórtica causada por diseminación de hidatidosis vertebral

Aortic thrombosis caused by vertebral hydatidosis dissemination

A.C. Marzo Alvarez*, M.I. Rivera Rodríguez, I. Vázquez Berges, I. Soguero Valencia y M.Á. Marco Luque

Servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

Recibido el 8 de noviembre de 2010; aceptado el 2 de diciembre de 2010

La hidatidosis es una zoonosis causada por el parásito *Echinococcus granulosus*, que parasita el intestino delgado de los cánidos en su forma adulta, y del ganado ovino en su fase larvaria. Los huevos salen al exterior con las heces del animal y contaminan el área donde son expulsados; pueden sobrevivir durante varios meses en los pastizales y jardines. Si el hombre o algún animal ingieren estos huevos en los vegetales contaminados, se forman quistes en diversos tejidos¹⁻³. Afecta sobre todo a las personas que tienen relación con ganado. Los quistes normalmente se desarrollan en el hígado (55-70%), seguido del pulmón (18-35%); es muy raro que la enfermedad afecte a otros órganos o sistemas, aunque puede afectar a cualquiera, y muy rara vez a nivel aórtico^{3,4}.

Presentamos el caso de un varón de 62 años de edad, pastor de profesión, que acude a otro centro por presentar dolor dorso-lumbar de más de tres meses de evolución. Se realiza tomografía axial computarizada (TAC), en la que se aprecia masa que engloba aorta abdominal, trombosis aórtica yuxtarenal y erosión de cuerpos vertebrales L3-L4 (fig. 1).

Como antecedentes personales presenta: tabaquismo, hipertensión arterial (HTA), fiebres maltas en la infancia y brucelosis.

En nuestro centro, presentaba abdomen blando, depresible, no masa pulsátil palpable; pulsos femorales débiles. Se realizó angio-resonancia, que informó de masa prevertebral L2-L4 que infiltra cuerpos vertebrales y obstrucción de la aorta infrarenal. Se realizó punción-biopsia: material hialino eosinófilo. No había leucocitosis, ni eosinofilia. Los marcadores tumorales y la serología para *Brucella*, lúes y *Salmonella*, así como los coprocultivos y hemocultivos, fueron negativos. Por exclusión se estableció el diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal trombosado. Dada la ausencia de sintomatología isquémica y que no existía riesgo de ruptura, no pareció necesaria la realización de cirugía.

Cuatro meses después acude de nuevo con aumento del dolor dorso-lumbar y dolor en miembros inferiores (MMII) desde el inicio de la deambulaci3n. Había ausencia de pulsos a todos los niveles, con pies bien perfundidos, motilidad y sensibilidad conservadas. En los días siguientes presentó empeoramiento progresivo del dolor y aparici3n de parálisis de MMII con incontinencia urinaria. Valorado por Traumatología y Neurología, diagnosticaron el cuadro de paraplejía flácida aguda por posible compresi3n medular. Dado el resultado poco específico de la biopsia en el ingreso anterior, se realiza nuevamente, informándose como trombosis intrada.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marzoalvarez@hotmail.com (A.C. Marzo Alvarez).

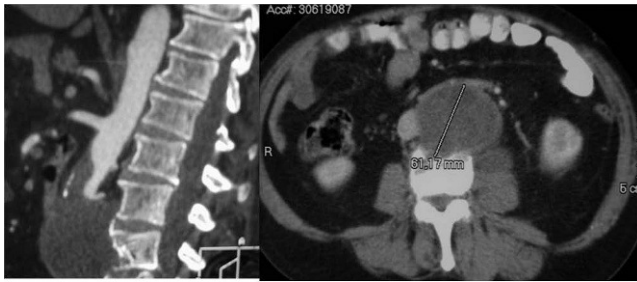


Figura 1 Angio-tomografía axial computarizada: masa englobando aorta con trombosis aórtica distal a renales y erosión de cuerpos vertebrales L3-L4.

Ante la probable compresión por el aneurisma se plantea por parte de nuestro equipo realizar cirugía; previamente a dicha intervención, se realizó nueva resonancia magnética nuclear (RMN), que mostró hidatidosis vertebral lumbar con diseminación aórtica al espacio prevertebral y canal espinal (posiblemente hasta canal cervical y cisternas basales encefálicas) (fig. 2). Ante los nuevos hallazgos de la RMN, se consulta con el Servicio de Neurocirugía, que desestima intervención por hidatidosis diseminada sin solución quirúrgica. Se inicia tratamiento antiparasitario.

Cuatro días después, el paciente presenta tetraplejía de nivel cervical alto que finalmente abocó a fallo respiratorio y *exitus*.

La afectación de la pared aórtica por hidatidosis es poco frecuente, incluso en países donde ésta es endémica, siendo, por tanto, difícil su diagnóstico⁴. Aunque a nivel de aorta torácica la presentación primaria es frecuente, a nivel abdominal la afectación suele ser por embolización cardíaca o bien por invasión directa a partir de hidatidosis retroperitoneal. Otros autores creen que las hidátides logran traspasar el filtro hepático-pulmonar, llegando al torrente circulatorio; siendo los vasa-vasorum metarteriolas de unos 10-15 μ de diámetro, y las hidátides de 30-40 μ , la discrepancia de diámetros explicaría que esta localización sea tan infrecuente⁵.

En nuestro caso parece probable que inicialmente se tratara de una hidatidosis vertebral que por contigüidad infiltró los tejidos adyacentes, alcanzando así la aorta^{6,7}.

La hidatidosis ósea es muy poco frecuente (0,5-4%), afectando a columna vertebral en un 50% y representando una de las formas más graves de presentación.

No existen signos ni síntomas patognomónicos de hidatidosis vertebral, lo que, sumado a lo infrecuente de ésta, hace que muchas veces no se diagnostique. El quiste suele afectar a un solo cuerpo vertebral, afectándose el disco en fases avanzadas. La localización más frecuente es la columna dorso-lumbar.

La clínica más habitual es la aparición de paresia progresiva subaguda o crónica que puede aparecer a los 10-20 años. Además pueden existir síntomas por compresión de raíces nerviosas.

La eosinofilia no es un parámetro constante. No se debe realizar punción-aspiración con aguja fina ante la sospecha de hidatidosis, ya que puede provocar diseminación; nosotros la realizamos ignorando que se trataba de esta patología.

La RMN es la prueba de elección.

Una vez establecido el diagnóstico de hidatidosis es importante descartar su presencia en otros órganos.



Figura 2 Resonancia magnética nuclear: hidatidosis vertebral lumbar complicada con diseminación aórtica, al espacio prevertebral y canal espinal.

Existen pocos casos registrados que versen acerca de hidatidosis con afectación aórtica. La mayoría suelen ser quistes hidatídicos de origen cardíaco que se rompen y producen embolización aórtica. Estos casos se resuelven mediante tromboectomía aórtica⁸.

La hidatidosis localizada a nivel aórtico puede simular clínica y radiológicamente un aneurisma de aorta trombosado (nuestro diagnóstico de presunción inicial)¹.

Ya diagnosticada, hay que evitar la ruptura del quiste y su diseminación¹. En la afectación primaria de aorta, el tratamiento de elección será resección del segmento arterial afecto y revascularización del flujo mediante injerto^{9,10}. El tratamiento médico se realizará tanto preoperatoria como postoperatoriamente para prevenir la recidiva y la diseminación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Karapinar K, Ergül Z, Keskin A, Bugra O, Düzgün M, Zengin M. Hydatid cyst of the abdominal aorta and bilateral common iliac arteries: a case report. *J Cardiovasc Surg (Torino)*. 1999;40:583-5.
2. Süleyman M, Cüneyt Y, Tahsin R, Baki H. Intraortic growth of hydatid cyst causing occlusion of the aorta and of both iliac arteries: case report. *Radiology*. 1999;213:192-4.
3. Carranza Martínez JM, Cano Trigueros E, Pérez García E, Revuelta Mirones J, Marco Luque MA. Isquemia crónica de miembro superior izquierdo por quiste hidatídico. *Cirugía Española*. 1996;60:135-7.
4. Hendaoui L, Siala M, Fourati A, Thameur MH, Hamza R. Case report: Hydatid cyst of the aorta. *Clin Radiol*. 1991;43:423-5.

5. Samarraï AR, Al-Shuki S. Intramural hydatid cyst of the abdominal aorta. *Int Angiol.* 1999;18:239-40.
6. Pulathan Z, Cay A, Güven Y, Sarihan H. Hydatid cyst of the abdominal aorta and common iliac arteries complicated by a false aneurysm: a case report. *J Pediatr Surg.* 2004;39:637-9.
7. Posacioglu H, Bakalim T, Gikirikcioglu M, Yuce G, Telli A. Intramural hydatid cyst of descending aorta complicated by false aneurysm. *Scand Cardiovasc J.* 1999;33:242-4.
8. El Mesnaoui A, Bensaid Y, Ammar A, El Yagoubi M, Benabderrazik T, Benjelloun A, et al. Faux aneurysme hydatique de l'aorte thoraco-abdominale. *J Chir (Paris).* 1996;133: 222-5.
9. Rosenberg T, Panayiotopoulos YP, Bastounis E, Papalambros E, Balas P. Acute abdominal aorta embolism caused by primary cardiac echinococcus cyst. *Eur J Vasc Surg.* 1993;7:582-5.
10. Nisanoglu V, Erdil N, Isik B, Battaloglu B, Alat I. Acute abdominal aorta embolism caused by rupture of a cardiac hydatid cyst. *Ann Vasc Surg.* 2004;18:484-6.