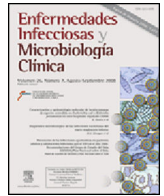




Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Masa indolora en muslo de crecimiento lento

Slow growing painless mass in the lower limb

Judit Vidal-Gonzalez^a, Maria Peraire^b, Carles Perpiñán^b y Consuelo Viladés^{c,*}

^a Servei de Medicina Interna, Hospital Universitari de la Vall d'Hebron, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^b Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España

^c Unidad de Infecciones, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII, IISPV, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España



Descripción del caso

Una mujer de 57 años consulta en agosto de 2014 por presentar una masa indolora de crecimiento lento en cara anterior del muslo izquierdo. En 1998 presentó una pequeña masa subcutánea en región inguinal izquierda, fue evaluada mediante un examen físico, no se realizó ninguna prueba complementaria, ni se efectuó ningún diagnóstico etiológico, se decidió una conducta expectante. Durante los años posteriores la masa fue aumentando de tamaño progresivamente, siempre indolora, hasta que alcanzó un tamaño tal que motivó la consulta actual. La paciente no presentaba ningún antecedente de interés, ni tomaba medicación. Era natural de España, de raza caucásica y no había realizado viajes al extranjero. A la exploración, la paciente tenía un buen estado general, afebril, con signos vitales conservados. Destacaba un aumento del tamaño del muslo izquierdo debido a una masa subcutánea dura e indolora en cara anterior del mismo, que se extendía desde la ingle hasta la rodilla, con piel de aspecto normal. El resto del examen físico fue normal. Se realizó una analítica convencional: hemograma, perfil hepático, renal, metabólico, que fueron normales.

Se efectuó una resonancia magnética nuclear (RMN) (fig. 1, que indicó la presencia de múltiples lesiones ocupantes de espacio en muslo derecho.

Evolución

La RMN indicó la presencia de múltiples lesiones ocupantes de espacio, localizadas en compartimento de musculatura aductora (*aductor brevis, longus y magnus*) condicionando un importante aumento de volumen del mismo. Las lesiones eran adyacentes unas con otras, algunas voluminosas, siendo la mayor de 68 × 61 × 142 mm, y en conjunto se extendían en una longitud de aproximadamente 210 mm. Las lesiones mostraban una señal hiperintensa en T2 e isointensa en T1, y tenían una cápsula fina hipointensa en secuencias T2 que realizaba contraste. Algunas de ellas contenían lesiones redondeadas en su interior, hiperintensas en T2 e hipointensas en T1 (quistes dentro de quiste, traduciendo vesículas hijas). Estos hallazgos radiológicamente sugirieron quistes hidatídicos en distintos estadios (CE3B y C4). La determinación de IgG a equinococo fue de 2,7 (n < 0,9).

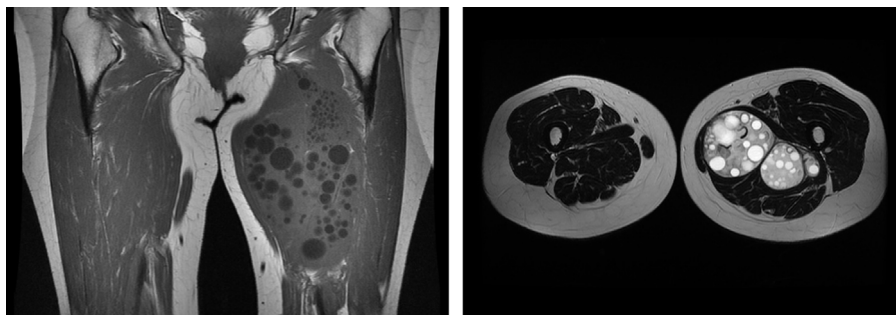


Figura 1. Resonancia magnética nuclear: múltiples lesiones ocupantes de espacio en muslo derecho.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cvilades@comt.es (C. Viladés).

Se estableció el diagnóstico de hidatidosis muscular. Una TAC toraco-abdominal no mostró quistes hidatídicos en otras localizaciones. Mediante un abordaje del compartimento aductor del muslo, se realizó una cisto-pericistectomía quirúrgica y se obtuvo una pieza de 190 × 100 × 50 mm, polilobulada, con un peso de 696 g. La superficie externa estaba totalmente recubierta por un tejido fibroso. A la apertura se observaban múltiples membranas amarillentas, algunas de ellas formando quistes de tamaños variables entre 6 y 22 mm. Dichas cavidades quísticas estaban constituidas por una pared externa correspondiente a una lámina germinal sobre la que se observaban cuerpos de *Echinococcus granulosus*.

Comentario

La equinococosis o hidatidosis es una zoonosis parasitaria producida por distintas especies del género *echinococcus*, principalmente *echinococcus granulosus* que es responsable del 95% de casos de hidatidosis¹. Su distribución es universal y predomina en los países templados. La mayor prevalencia en España se sitúa en las regiones del centro y norte^{2–5}. Desde el punto de vista clínico, suele ser una enfermedad silente, y los síntomas habituales son dolor o molestias locales presentes cuando los quistes alcanzan un gran tamaño. Las localizaciones más frecuentes son hepáticas (50–75%) y pulmonares (20–30%). Además, se han descrito quistes hidatídicos en multitud de localizaciones, entre ellas en músculo esquelético^{5–8}.

La hidatidosis muscular es muy rara, y se han publicado casos anecdóticos o series cortas^{5–8}. Las localizaciones más comunes son muslo, nalga, hombro y musculatura paravertebral, y en un 40% de casos son la única localización de la enfermedad^{7,8}. Como ocurrió en el caso que se describe, se comporta como una masa indolora, de crecimiento muy lento, que suele ser asintomática hasta que el

tamaño de la tumoración es llamativo. En el diagnóstico diferencial de la hidatidosis muscular, se deben considerar la osteomielitis crónica, tumores de células gigantes del hueso, quistes de solitaria, neurofibromatosis, tuberculosis, enfermedad fibroquística y algunos sarcomas. Las pruebas de imagen proporcionan una certeza diagnóstica prácticamente completa. El tratamiento recomendado es la extirpación quirúrgica. En el caso presentado, un primer acto quirúrgico resultó en una extirpación incompleta. Se instauró tratamiento con albendazol, que se debió suspender a los 2 meses por toxicidad hepática grave y, finalmente, una segunda intervención resultó curativa.

Bibliografía

1. Armiñanzas C, Gutiérrez-Cuadra M, Fariñas MC. Hidatidosis: aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos. *Rev Esp Quimioter*. 2015;28:116–24.
2. López-Bernús A, Belhassen-García M, Carpio-Pérez A, Perez del Villar L, Romero-Alegria A, Velasco-Tirado V, et al. Is cystic echinococcosis re-emerging in western Spain? *Epidemiol Infect*. 2015;143:3351–7.
3. Amado-Diogo CA, Gutiérrez-Cuadra M, Armiñanzas C, Arnaiz de la Revillas F, Gómez-Fleitas M, Fariñas MC. Echinococcosis: A 15-year epidemiological and clinical overview [Article in English, Spanish]. *Rev Clin Esp*. 2015;215:380–4.
4. López-Bernús A, Balhassen-García M, Prieto Vicente AJ, Alonso-Sardón M, Carpio-Pérez A, Velasco-Tirado V, et al. Epidemiological update of hydatid disease in hospitals in the public health system of Extremadura (2003–2012) [Article in Spanish]. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2016;34:232–6.
5. López-Bernús A, Benhassen-García M, Alonso-Sardón M, Carpio-Pérez A, Velasco-Tirado V, Romero-Alegria A, et al. Surveillance of human echinococcosis in Castilla-León (Spain) between 2000–2012. *PLOS Neglect Trop Dis*. 2015;9:e0004154.
6. Kayaalp C, Dirican A, Aydin C. Primary subcutaneous hydatid cysts: A review of 22 cases. *Intern J Surg*. 2011;9:117–21.
7. Tekin R, Avci A, Tekin RC, Gem M, Cevik R. Hydatid cysts in muscles: Clinical manifestations, diagnosis, and management of this atypical presentation. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2015;48:594–8.
8. Gougoulas NE, Varitimidis SE, Bargiotas KA, Dovas TN, Karydakis G, Dailiana ZH. Skeletal muscle hydatid cysts presenting as soft tissue masses. *Hipokratia*. 2010;14:126–30.