

## Una rara lesión quística ósea.

**Pedro Luis Vaca Fernández\***, **Nerea Vega Martínez\***, **Sergio Martín Blanco\***, **Marta Juncal Barrio Velasco\***

\*MIR. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. (España).

**Correspondencia:** Pedro Luis Vaca Fernández: [plvaca@saludcastillayleon.es](mailto:plvaca@saludcastillayleon.es)

### RESUMEN

**Introducción:** La hidatidosis es una enfermedad parasítica causada por el *Echinococcus granulosus*. Los órganos más afectados en la raza humana son hígado y riñón, siendo la afectación ósea rara, centrándose principalmente en la columna vertebral y pelvis. Al cursar normalmente de manera asintomática, no se alcanza el diagnóstico hasta fases avanzadas de la enfermedad. Su curso es recurrente, siendo muy difícil su erradicación.

**Exposición del caso.** Mujer de 56 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta por dolor en el codo derecho de varios meses de evolución de características inflamatorias, que no cede con tratamiento analgésico. En las pruebas de imagen se aprecian imágenes quísticas, sin poder llegar a establecer un diagnóstico. La paciente es intervenida mediante curetaje y relleno de la cavidad, y relleno óseo de injerto alogénico. La anatomía patológica reveló una hidatidosis ósea. La paciente tiene una buena evolución postoperatoria, realizando vida normal. Dos años más tarde acude de nuevo a la consulta con mismos síntomas, objetivándose en la imagen recidiva de la lesión. Se realizó nuevo curetaje y relleno, siendo la evolución satisfactoria tras dos años de seguimiento.

**Diagnóstico y discusión:** La hidatidosis ósea es una patología rara, que debe sospecharse ante una lesión osteolítica en zonas endémicas. El tratamiento es quirúrgico (curetaje y relleno) pudiendo asociar tratamiento farmacológico (albendazol) previo o tras la cirugía. En caso de recidiva se puede plantear cirugía oncológica de resección y reconstrucción

### PALABRAS CLAVE

Hidatidosis, recurrente, quiste.

### CASO CLÍNICO

#### INTRODUCCIÓN

La hidatidosis es una antroponosis causada por especies de Equinococos. En humanos la afectación es rara y principalmente endémica, y su localización ósea más infrecuente aún. [1,2]

A continuación, se presenta el caso de una paciente de 56 años con hidatidosis ósea recurrente, con el objetivo de exponer un caso de esta patología y revisar la bibliografía existente.

#### EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 56 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a consultas externas de traumatología por presentar dolor en el codo derecho de varios meses de evolución de características inflamatorias, que no cede con tratamiento analgésico de primer escalón de la OMS. No refiere pérdida de fuerza ni limitación de la movilidad. No hay constancia de antecedente traumático.

En la exploración presentaba dolor a la palpación en olécranon derecho. No dolor a la palpación de la cabeza del radio, ni supracondíleo. Movilidad (flexo-extensión y pronosupinación) completa. Fuerza y sensibilidad normal. Reflejos osteotendinosos conservados. Exploración vascular normal. No se aprecian cambios locales en tejidos blandos.

Entre las pruebas complementarias se solicitan radiografías simples en dos proyecciones del codo derecho, objetivándose imagen osteolítica en olecranon con adelgazamiento de la cortical postero-medial. No se aprecia reacción perióstica ni reacción de partes blandas (Figura 1). Ante estos hallazgos se solicita Tomografía Axial Computerizada y Resonancia Magnética Nuclear. Se aprecian imágenes líticas quísticas en la medular del olecranon con rotura de la cortical postero-medial. No se aprecia reacción perióstica. No lesión de partes blandas. Todos los signos radiológicos son sugestivos de baja agresividad.

Se solicita Gammagrafía Ósea, objetivándose aumento de la captación en la zona de la lesión. Así mismo se realiza una analítica general (marcadores tumorales, infección [Proteína C Reactiva, Velocidad de Sedimentación Globular]), siendo todos los resultados compatibles con la normalidad.

Nos encontramos por lo tanto con una lesión lítica en cúbito derecho con criterios de baja agresividad. Debemos realizar diagnóstico diferencial con:

- Osteomielitis crónica.
- Tuberculosis ósea.
- Tumor óseo: metástasis, tumor de células gigantes, quiste óseo simple/aneurismático...
- Hidatidosis ósea.

La paciente es intervenida quirúrgicamente realizándose, bajo anestesia loco-regional, curetaje de la lesión y relleno con injerto óseo alogénico. Se inmoviliza posteriormente con yeso braquio-antebraquial. Intraoperatoriamente se objetivan múltiples lesiones vesiculosas rellenas de líquido. Se toman muestras para microbiología y anatomía patológica.

La paciente evoluciona favorablemente en el postoperatorio inmediato, sin complicaciones relacionadas con la cirugía. Tras un mes de postoperatorio se retira el yeso e inicia tratamiento rehabilitador. A los 3 meses la paciente hace vida normal, y los estudios radiológicos muestran incorporación del injerto óseo.

Los resultados del estudio microbiológico fueron negativos. El estudio anatomopatológico mostró membranas de estructura laminar, que se teñían pálidamente con la hematoxilina, de 1 mm de grosor aproximado, que correspondían a las capas externas (membrana laminar) del metacestodo de *E. granulosus*. En algunos puntos quedaban restos de la capa interna (membrana germinal) y se encontraban algunos escólices con corpúsculos calcáreos y

ganchos. Siendo todos estos hallazgos sugestivos de hidatidosis con afectación ósea.

A los dos años de la cirugía, la paciente acude de nuevo a Consulta de Traumatología por presentar síntomas similares a los del cuadro inicial. En la exploración física sólo destaca dolor a la palpación en olecranon. Los estudios radiológicos muestran imágenes osteolíticas similares a las que presentaba en el cuadro inicial. Ante la sospecha de recidiva de la hidatidosis ósea se decide nueva intervención quirúrgica; realizándose exéresis del contenido de las cavidades, amplio curetaje, irrigación con suero hipertónico y relleno con sustitutivo óseo (óxido de silicio, de sodio, de fósforo y de calcio) (Figura 2). Se inmovilizó el brazo posteriormente con yeso braquio-antebraquial.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria, retirando el yeso al mes de la cirugía y comenzando la paciente un programa de fisioterapia. A los tres meses la paciente realiza vida normal. Tras dos años y medio de seguimiento clínico y radiológico, tras la segunda intervención, no se aprecian signos de recidiva local; permaneciendo la paciente asintomática.

## DIAGNÓSTICO Y DISCUSIÓN

La hidatidosis es una enfermedad endémica en diferentes partes del mundo. Los órganos más frecuentemente afectados en la raza humana son el hígado y el riñón. La afectación ósea es más rara, representando el 0,5-2,5% de todos los casos, siendo la pelvis y la columna los más afectados. La afectación de huesos largos (fémur, tibia) es más rara; representando en torno al 15 %, de los casos de hidatidosis ósea. [3]

La afectación ósea del *E. Granulosus* ocurre por siembra hematógena. En los huesos largos, la infección se localiza inicialmente en la epífisis o metafisis; extendiéndose posteriormente a la diáfisis. Al no existir tejido conectivo dentro de la médula ósea, el parásito no encuentra resistencia a su crecimiento, y se va multiplicando pudiendo llegar a infiltrar y reemplazar toda la médula ósea. Esto explica por qué en la hidatidosis ósea se observa una afectación poliquística, circunstancia que no se da en otras localizaciones. La cortical ósea, dada su gran resistencia, no permite el crecimiento rápido del parásito; sino que se va erosionando produciendo finalmente deformidad o fractura patológica, habitualmente tras años de evolución. En ocasiones, el parásito puede permanecer más de 20 años sin dar

síntomas. No suele existir reacción inflamatoria del hueso, salvo que haya sobreinfección secundaria.[4]

El diagnóstico de la hidatidosis ósea es en la mayoría de las ocasiones intraoperatoria, ya que no tiene una significación clínica o radiológica característica; además suele ser en lesiones avanzadas. La aproximación diagnóstica inicial se hace con estudios de imagen: radiología simple, Tomografía Axial Computerizada y Resonancia Magnética. Los hallazgos radiológicos suelen ser cavidades quísticas mono/multiloculadas, osteolíticas que pueden afectar a la cortical ósea y en ocasiones extenderse a tejidos blandos. En zonas endémicas debe incluirse en el diagnóstico diferencial de lesiones osteolíticas óseas junto con: osteomielitis crónica, displasia fibrosa, osteosarcoma... [5]

El tratamiento de elección es la cirugía (curetaje y relleno con injerto) pudiendo utilizarse como coadyuvante tratamiento farmacológico (albendazol, mebendazol). Si el diagnóstico se obtiene preoperatoriamente, debe realizarse un ciclo de terapia farmacológica preoperatoria para intentar disminuir la tasa de recurrencias, que es elevada. El uso postoperatorio de la terapia farmacológica es más controvertido, aunque podría disminuir la tasa de recurrencias y la diseminación sistémica. En ciertas ocasiones, cuando existe recurrencia de la enfermedad tras realización de curetaje, se debe realizar tratamiento oncológico con resección con márgenes y reconstrucción. [6]

En este caso, en la primera cirugía no se tenía sospecha de hidatidosis por lo que no se realizaron terapias adyuvantes preoperatorias. Al aparecer la recurrencia, se decidió no utilizar tratamiento farmacológico; realizándose un curetaje amplio y

aporte de sustitutivo óseo de características especiales; con buen resultado. En caso de nueva recurrencia, habría que plantear a la paciente tratamiento farmacológico previo a la cirugía y/o cirugía oncológica y de reconstrucción.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ben Amar J, Zaibi H, Dhahri B, Aouina H, Bouacha H. Recurrent iliac hydatidosis: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2015;7C:79-81.
2. Salamone G, Licari L, Randisi B, Falco N, Tutino R, Vaglica A, Gullo R, Porello C, Cocorullo G, Gulotta G. Uncommon localizations of hydatid cyst. Review of the literature. *G Chir.* 2016 Jul-Aug; 37(4):180-185..
3. Kalinova K, Proichev V, Stefanova P, Tokmakova K, Poriázova E. Hydatid bone disease: a case report and review of the literature. *Journal of Orthopaedic Surgery* 2005;13(3):323-325.
4. Kassa et al. Tibial hydatidosis: a case report. *BMC Reserch Notes* 2014 7:631.
5. Zlitni M, Ezzaouia K, Lebib H, Karray M, Kooli M, Mestiri M. Hydatid cyst of bone: diagnosis and treatment. *World J Surg.* 2001 Jan;25(1):75-82..
6. Qiuzhen L, Hao W, Akbar Y, Zheng T, Fei J, Xinghua S. Treatment experiences of pelvic bone hydatidosis. *International Journal of Infectious Diseases* 2014;18:57-61.

**TABLAS Y FIGURAS**



**Figura 1.** Lesión osteolítica (Hidatidosis olecranon).



**Figura 2.** Curetaje y relleno con sustitutivo óseo.