



930 - HIDATIDOSIS ÓSEA: UNA SERIE DE CASOS

Arrate Mancisidor Andrés, Ana Calonge Arribas, Laura Aparicio Cordero, Oscar Subira Navarro, Carlos Vizcay Aranaz, Ainhoa Castiella Aranzasti, Enara Echauri Carlos y Rubén Arnáez Solís

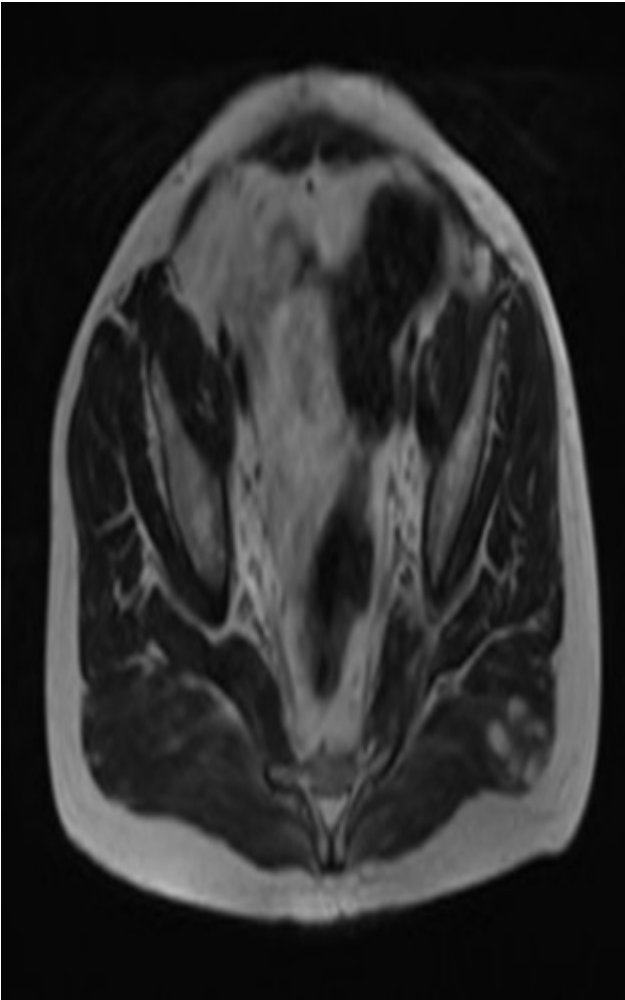
Hospital Universitario Navarra, Pamplona.

Resumen

Objetivos: Describir el proceso diagnóstico y terapéutico de dos pacientes con hidatidosis ósea.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo observacional de los hallazgos observados en una serie de casos de hidatidosis ósea en el Hospital Universitario de Navarra.

Resultados: Caso clínico 1. Varón de 57 años, natural de Marruecos, con antecedente de hidatidosis retroperitoneal pélvica y lumbar izquierda intervenida en 2000 y en 2019 que ingresa a cargo del Servicio de Cirugía General por tumefacción en zona lumbar izquierda. Durante su estancia y previo a realizar cualquier intervención se realiza TAC abdomino-pélvico en el que se observan masas quísticas con calcificaciones retroperitoneales y pared abdominal posterior izquierdas compatibles con quistes hidatídicos, así como lesión expansiva en ala sacra y pala ilíaca izquierdas, compatible también con quiste hidatídico. Por parte de Cirugía General se realiza incisión de la lesión con salida de abundante material purulento con vesículas, lavado de cavidad y colocación de penrose. Se inicia además, tratamiento con Albendazol 400 mg/día durante 28 días (3 ciclos), y se solicita RMN para una mejor filiación de las lesiones descritas en el TAC, observándose hidatidosis pélvica y retroperitoneal izquierdas, con afectación de hueso iliaco y sacro y presencia de múltiples lesiones quísticas en las partes blandas, por lo que es derivado Traumatología para cirugía de limpieza de quiste sacro ilíaco izquierdo con curetaje y aporte de injerto. Caso clínico 2. Varón de 55 años con sin antecedentes de interés, que es derivado a consulta de Traumatología por dolor en rodilla derecha. Tras resultado de TAC con diagnóstico de probable lipoma arborescente en receso suprapatelar, se realiza toma de biopsia por vía subcutánea, siendo esta negativa. Se decide, por tanto, exploración intraoperatoria, realizándose así la exéresis de sinovitis de rodilla sólida, descrita como presencia de «uvas» sugestivas de hidatidosis, con lavado exhaustivo posterior con suero hipertónico, H₂O₂ y suero fisiológico y tratamiento adyuvante con albendazol 3 ciclos.





Discusión: La hidatidosis es una zoonosis causada por las fases larvarias de diferentes especies de cestodos que pertenecen al género *Echinococcus*. La gran mayoría de las infecciones son asintomáticas, aunque pueden dar clínica por efecto masa o por complicaciones como la rotura del quiste o su sobreinfección. Las localizaciones más frecuentes de los quistes son el hígado y el pulmón, por lo que la afectación ósea es poco frecuente, y su sintomatología puede ser significativa en caso de fractura patológica o afectación neuromuscular. Para su diagnóstico es necesario además de la serología, tal y como se describe arriba, la visualización de los quistes por pruebas de imagen para así programar un correcto abordaje quirúrgico, ya que, en el caso de la afectación ósea, la cirugía es de primera elección. Si el paciente presentara alto riesgo quirúrgico, o como adyuvante a la cirugía, se administrará tratamiento farmacológico, con benzimidazoles (de elección, el albendazol).

Conclusiones: La hidatidosis ósea es una patología poco frecuente, que muchas veces es asintomática, y su tratamiento es siempre quirúrgico y farmacológico.