

## HIDATIDOSIS VERTEBRAL. A propósito de un caso

G. Tróccoli, E. D'Annuncio y O. Gutiérrez

*Hospital Interzonal de Agudos "Dr. J. Penna", Bahía Blanca, Pcia. de Buenos Aires.*

### ABSTRACT

*A 34 years old woman with a spinal hydatid cyst is reported. A subtotal resection was done, and the treatment was completed with albendazole. The spinal hydatid cyst is rare (2% of cases present Nervous System compromise). The echinococcal cysts should be radically removed but, because recurrence is the rule, a complementary therapy with albendazole is advised.*

**Key words:** spinal hydatid cyst, medullar compression, albendazole.

**Palabras clave:** hidatidosis vertebral, compresión medular, albendazole.

### INTRODUCCIÓN

La hidatidosis o equinococosis es causada por la larva del *Echinococcus granulosus*. El parásito adulto habita el intestino delgado de perros y lobos. El hombre, que es huésped intermedio del parásito, adquiere la enfermedad ingiriendo líquidos o alimentos contaminados con excrementos del perro conteniendo huevos. Luego de la ingesta los embriones son liberados de los huevos y penetran en la circulación del hombre. Los sitios primarios de la infección (quistes hidatídicos) son el pulmón y el hígado. El compromiso del Sistema Nervioso Central ocurre en el 2% de los casos; de éstos, el 18% se manifiesta como compresión medular secundaria a compromiso de la columna vertebral<sup>1</sup>.

Presentamos una paciente con esta forma clínica poco frecuente de hidatidosis.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 34 años, de sexo femenino, sin antecedentes clínicos significativos, que consultó por dolor espinal dorsal de dos meses de evolución. El examen neurológico fue normal a excepción de dolor exquisito en la percusión de la apófisis espinosa dorsal 11. La radiología simple

demostró aplastamiento del cuerpo vertebral D 11; la tomografía computada mostró imágenes quísticas en partes blandas perivertebrales y dentro del canal neural; la resonancia magnética constató múltiples lesiones perivertebrales, intra-vertebrales y dentro del canal raquídeo hipointensas en T1 e hiperintensas en T2, de límites netos y sin compromiso de los discos intervertebrales (Figs. 1 y 2).

Ante la sospecha de hidatidosis se realizó la prueba de arco quinto en plasma que resultó positiva. La Rx de tórax fue normal así como la ecografía abdominal.

Se decidió tratamiento quirúrgico, previo a lo cual se instauró quimioprofilaxis con albendazol (10 mg/kg/día). Se abordó la columna dorsal por vía lateral extracavitaria y se logró la exéresis subtotal de varias lesiones quísticas que el laboratorio confirmó como hidatídicas. La evolución fue satisfactoria, con desaparición del dolor. Actualmente la paciente continúa asintomática y con tratamiento con albendazol.

### DISCUSIÓN

La hidatidosis afecta al hueso en 0,5%-2% de los casos, ocurriendo en las vértebras en menos de la mitad. La invasión vertebral puede ocurrir por extensión directa del hígado o del pulmón, o por vía hematogena<sup>3</sup>. La localización más frecuente es dorsal (80%). Dentro de la vértebra el parásito

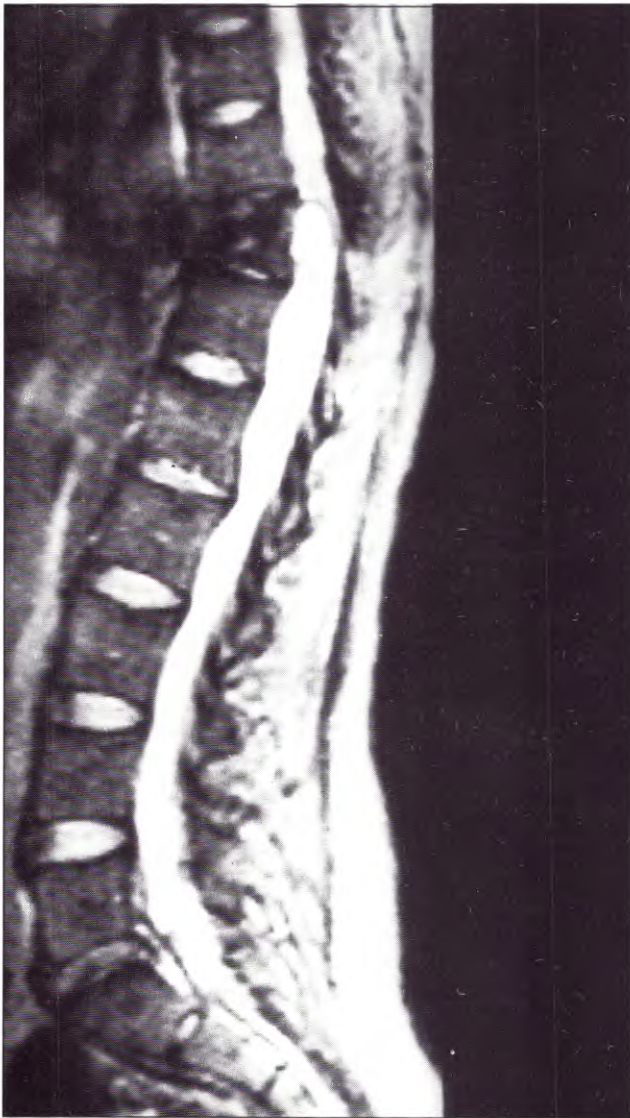


Figura 1.

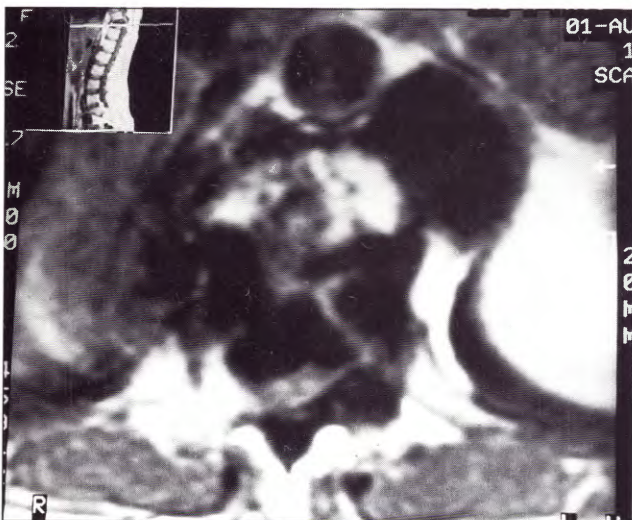


Figura 2

crece destruyendo al hueso como un tumor pero sin invadir el disco intervertebral. Cuando destruye la cortical posterior, el parásito invade el espacio extradural<sup>1</sup>.

Clinicamente es una enfermedad silenciosa hasta la invasión y destrucción de la cortical. Este proceso causa dolor local, aunque los signos de compresión radicular y medular pueden presentarse de inicio, a veces en forma brusca<sup>3</sup>.

La radiología aporta la osteolisis lacunar como signo característico en las placas simples, pudiéndose observar también otros signos de destrucción ósea vecina o de invasión intrarraquídea (aumento de distancia interpedicular, deformación de pedículos, etc.).

La tomografía computada muestra un área hipodensa dentro del cuerpo vertebral sin osteogénesis periférica y sin refuerzo post contraste.

La resonancia magnética en T1 muestra el quiste hipointenso, con leve hiperintensidad en las paredes, e hiperintenso en T2.

El tratamiento de la enfermedad hidatídica vertebral es difícil y controvertido<sup>1,3,4</sup>. La opinión mayoritaria aconseja la extirpación quirúrgica total. La cirugía debe contemplar no sólo la resección de las estructuras comprometidas, sino también la descrompresión y la fijación vertebral.

Lamentablemente la naturaleza invasiva de la enfermedad hace casi imposible la erradicación total sin ruptura. Por lo tanto la recurrencia es muy frecuente<sup>4</sup>. En algunos pocos casos esta ruptura intraoperatoria del quiste ha causado shock anafiláctico por lo que en caso de apertura del quiste debe irrigarse el campo quirúrgico con abundante solución salina hipertónica.

## CONCLUSIONES

Debido a que la cirugía no es curativa, actualmente se aconseja tratamiento médico complementario con albendazol en dosis de 10 mg/kg/día durante 3-4 meses e incluso comenzando previo a la cirugía<sup>2</sup>. Los resultados en hidatidosis del Sistema Nervioso Central todavía no son firmes, especialmente en los casos tratados sin cirugía.

Una opción terapéutica adicional es la punción-aspiración del quiste bajo control radiológico. Este procedimiento es controvertido por el potencial riesgo de diseminación de la enfermedad y de shock anafiláctico. En la actualidad algunas publicaciones concluyen en que el temor a realizar punciones es exagerado ya que las complicaciones son menores con las medidas de protección adecuadas<sup>5</sup>.

**Bibliografía**

1. Carey M.E.: Infections of the spine and spinal cord. En: Youmans JR (ed): **Neurological Surgery. W.B. Saunders Co** 5: 3270-3304, 1996.
2. Morris D.L., Dykes P.W., Marriner S. y colaboradores: Albendazole - objective evidence of response in human hydatid disease. **JAMA** 253: 2053-2057, 1985.
3. Rao S., Parikh S., Kerr R.: Echinococcal infestation of the spine in North America. **Clin Orthop** 271: 164-169, 1991.
4. Rodríguez Sammartino M.A., Saráchaga R., Rodríguez Sammartino G.: Hidatidosis vertebral: presentación de un caso. **Rev Asoc. Arg. Ortop y Traumatol** 55: 535-536, 1990.
5. Spektor S., Gomori J.M., Beni-Adani L., Constantini S.: Spinal echinococcal cyst. **J Neurosurg** 87: 464-467, 1997.