

Hidatidosis muscular

A propósito de 2 casos

Dres. Raúl Mori, Daniel López, Federico Schneeberger, Bernabé Bentancur y Alejandro Bado.

Se presentan dos casos de quiste hidático muscular y se revisa la estadística del Hospital de Clínicas entre 1972 y 1984. Se realizan consideraciones clínico-terapéuticas de esta rara localización recalcando aspectos diagnósticos y terapéuticos.

Clinica Quirúrgica "B" (Director Prof. Dr. Uruguay Larre Borges). Hospital de Clínicas. Fac. de Medicina. Montevideo.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS: Echinococcosis, Muscle.

SUMMARY: Muscular echinococcosis.

Two cases of muscular hydatid cysts are presented. The casuistic of the Hospital de Clínicas between 1972 and 1984 is reviewed. Some clinico-pathological considerations about this rare localization are done. Some diagnostic and therapeutic aspects are pointed out.

RÉSUMÉ: Hidatidose musculaire.

Deux cas de kyste hidatique musculaire sont présentés, faisant en même temps une révision de la statistique de l'hôpital de Clínicas entre 1972 et 1984. Les auteurs font des commentaires clinico-thérapeutiques sur cette localisation si peu fréquente, en soulignant des aspects diagnostiques et thérapeutiques.

Dentro de las múltiples localizaciones de la hidatidosis, la topografía muscular es rara, 2,7%⁽⁹⁾ a 13,7%⁽⁶⁾ según los autores. A partir de 1699 cuando Bidloo publica 1 caso de quiste hidático muscular⁽¹⁾ múltiples han sido las publicaciones sobre el tema: se destacan en nuestro medio los trabajos de: Mackinnon (1901), Duprat (1908), Prat (1913), Zerbino (1919), Rolda (1925), Morador (1937), Blanco Acevedo (1947), Larghero (1949), R. Praderi (1962), Gateño y O. Chavarría (1972), Estefan (1973) y (1974) quien revisa la estadística del Hospital de Clínicas entre 1953 y 1972. El propósito de este trabajo es comunicar dos nuevas observaciones y con motivo de ellas revisar los casos observados en el Hospital de Clínicas desde 1972.

CASUÍSTICA

CASO N° 1: M.M. Reg. H.C. N° 514208. Mujer de 37 años procedente de Colonia, que consulta por tumoración de cara interna de muslo izquierdo de 10 x 8 cm de diámetro; libre de los planos superficiales, que se fija con la contracción muscular de consistencia firme e indolora. El resto del examen físico es normal. Exámenes: radiografía simple: tumoración con densidad de partes blandas, sin compromiso óseo. Radiografía de tórax: normal. Diagnóstico preoperatorio: tumor de partes blandas.

Operación: 26/8/85. Anestesia general. Incisión longitudinal sobre la tumoración que es quística y está íntimamente relacionada al aproximador medio. Se abre accidentalmente,

Presentado como Tema Libre ante el 36° Congreso Uruguayo de Cirugía. Tacuarembó, Diciembre de 1985.

Médicos Auxiliares, Prof. Adjunto y Médicos Auxiliares de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Rambla Rep. de México 5973, Montevideo (Dr. F. Schneeberger).

extrayéndose material cremoso y turbio con múltiples vesículas hidáticas en su interior. Exéresis completa incluyendo aponeurosis y parte del aproximador mediano, esterilización del lecho con suero clorurado, cierre por planos. Postoperatorio sin incidentes; alta al 4° día. Dado el diagnóstico de hidatidosis se realizó posteriormente: ecografía hepática: normal; inmunodiagnóstico: positivo.

Anat. Patol.: (Dra. Cendan). Equinocosis hidática intramuscular.

CASO N° 2: T.S.C. Reg. C. Galicia N° 64254 Mujer de 45 años. Montevideo. Consultó por tumoración blanda de cara posterior de raíz de brazo izquierdo de varios años de evolución, con crecimiento en empujes, de 8 cm por 8 cm de diámetro, que se fija con la contracción muscular. Resto del examen físico normal. Radiografía simple: tumoración de partes blandas sin caracteres que orienten al diagnóstico, sector óseo normal. Diagnóstico preoperatorio: tumoración de partes blandas, probable lipoma.

Operación: 25/3/83. Anestesia general. Incisión longitudinal sobre la tumoración. Tumoración quística del triángulo de Quintela que se reseca en block. *Anat. Patol.* Quiste hidático hialino intermuscular. Postoperatorio sin incidentes. Dado el diagnóstico de hidatidosis se realizó: radiografía simple de tórax: normal. Ecografía hepática: normal. Inmunodiagnóstico: positivo.

En la revisión del archivo del Hospital de Clínicas desde el año 1972 al 1984 sólo se comprobó la existencia de dos casos de quiste hidático muscular que se reseñan:

— Reg. H.C. N° 388283. Mujer de 14 años procedente del interior que consulta por: tumoración de flanco izquierdo, que se interpreta como un tumor retroperitoneal izquierdo. Diagnóstico operatorio: quiste hidático muscular del Psoas. Procedimiento: quistostomía y resección parcial de la adventicia.

— Reg. H.C. N° 513314. Hombre, edad 36 años, procedente de Montevideo que consulta por tumoración de muslo izquierdo de 20 por 20 cm. Diagnóstico preoperatorio: sarcoma o linfoma. Ecografía: tumor quístico con ecos en su interior. TAC: tumor sólido. Diagnóstico operatorio: quiste hidático muscular. Procedimiento: quistostomía, adventicectomía parcial y drenaje.

DISCUSION

La equinocosis hidática muscular es la localización de la hidátide en el tejido muscular estriado. De acuerdo a Ocampo Seguí⁽⁷⁾ los quistes hidáticos musculares y de los espacios célula-conjuntivos intermusculares deben reunirse en un solo grupo pues desde el punto de vista práctico es muy difícil su diferenciación. Actualmente se estudian junto a los quistes hidáticos del tejido celular subcutáneo, diferenciándose según la relación con la aponeurosis, en sub y supra-aponeuróticos. En su crecimiento los quistes musculares pueden superficializarse, desarrollándose en el tejido celular subcutáneo: se denominan quistes a evolución supraaponeurótica y según Laserre y Laney, deben ser considerados como musculares⁽⁸⁾. La anatomía patológica permite afirmar su origen al mostrar fibras musculares formando parte de la adventicia⁽¹⁾. Tiene

gran trascendencia establecer su origen primitivo o secundario a una hidatidosis ósea, porque el pronóstico es totalmente distinto; estos últimos imponen en general operaciones iterativas además del tratamiento de la hidatidosis que la originó⁽⁴⁾. En este sentido según Ivanissevich "todo quiste hidático de partes blandas vecino al hueso debe ser considerado como de origen óseo hasta demostración de lo contrario"⁽⁴⁾. La sintomatología de esta afección es inespecífica. Todos los casos se presentaron como tumoración, (único síntoma en el 53% de los casos⁽²⁾) de forma, tamaño y consistencia variables dependiendo de la topografía y evolución. En general son traslúcidas y no evocan el diagnóstico de hidatidosis. En su crecimiento pueden determinar desplazamiento de estructuras vasculo-nerviosas (1 de los casos revisados) siendo raro que determinen síntomas por compresión⁽¹⁾. Los signos considerados patognomónicos: el "frémito hidático de Blatin" y la "crepitación almidonada de Reclus" son de rarísima observación.

Tal vez la escasa frecuencia de esta localización, 2 casos en la revisión de 12 años del Hospital de Clínicas, determina que no siempre se tenga presente esta posibilidad diagnóstica frente a una tumoración con las características señaladas. Actualmente el desarrollo de nuevos métodos paraclínicos ha determinado un avance en el diagnóstico de la hidatidosis. La Tomografía Axial Computarizada permite la localización topográfica precisa del quiste hidático⁽³⁾. La ecografía se presenta como muy eficaz para el diagnóstico positivo al mostrar ecos en el interior de una imagen quística⁽⁸⁾. Sin embargo en el único caso utilizados no fueron concluyentes en el diagnóstico.

La radiografía del esqueleto vecino debe ser realizada sistemáticamente para pesquisar la participación ósea, aunque sabemos que sólo se hace evidente en etapas avanzadas⁽¹⁾.

El inmunodiagnóstico se presenta como un elemento de gran valor para el diagnóstico etiológico, ya que en todos los casos en que se realizó resultó positivo.

La valoración del resto de los parénquimas frecuentemente afectados (hígado, pulmón) es obligatoria, si bien destacamos que en la revisión practicada por Estefan y col.⁽²⁾ y en los casos presentados en este trabajo, en una sola oportunidad se comprobó concomitancia con hidatidosis visceral (hepática).

En cuanto al tratamiento, la quistectomía en block es de elección en los quistes hidáticos superficializados (2 de los casos) con las precauciones necesarias para evitar la siembra lo-

cal. En los quistes hidáticos que por su topografía requieran una exéresis muscular que comprometa el resultado funcional se puede utilizar como procedimiento de preferencia la evacuación, esterilización y cierre de la adventicia sin drenaje (1 de los casos).

Cuando el contenido es supurado se impone el drenaje de la cavidad y antibioticoterapia (1 de los casos)^(1, 4).

El pronóstico es benigno una vez descartada la participación ósea en la lesión.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BLANCO ACEVEDO E., MORADOR J.L., MINETTI R. — Los quistes hidáticos musculares Arch. Int. Hidatid. 9: 221, 1949.
2. ESTEFAN A., GATEÑO N., CHAVARRIA T. — Equinocosis hidatídica de los músculos estriados y tejido conjuntivo. *Día Méd. Urug.* 40 (478): 323, 1974.
3. GUARNERA E., MORRONE R., DUARTE J.C., CHULLMIK R.I., TUR H., GRAGHTY F., CHIAMPUCHINI R.A. — Consideraciones acerca de la TAC. *Jornadas Internacionales de la Hidatidosis, 14as. Mercedes 1979. Arch. Int. Hidatid.* 27: 21, 1981.
4. IVANISSEVICH O., FERRARI R.C. — Quistes hidáticos musculares. *Bol. Trab. Soc. Cir. Bs. Aires*, 20: 968, 1936.
5. LASERRE CH., LANEY P. — A propos de quelques cas de kystes hydatiques de la masse musculaire sacro-lombaire. *S. Med. Bordeaux*, 188, 1923.
6. MASFERRER J., DARGALLO J. — Hidatidosis muscular. *Barcelona Quir.*, 16: 405, 1972.
7. OCAMPO SEGUI M.A. — Quistes hidáticos musculares y del tejido celular subcutáneo. *Arch. Inst. Cir. Prov. Bs. Aires*, 1: 747, 1946.
8. PETERSEN R., RETTICH G., AZAMBUYA N. — Diagnóstico ecotomográfico de la hidatidosis hepática y sus complicaciones. *Jornadas Internacionales de la Hidatidosis, 14as. Mercedes 1979. Arch. Int. Hidatid.* 27: 19, 1981.
9. RODRIGUEZ VILLEGAS R. — Quistes hidatídicos de los músculos y del tejido celular. *Rev. Cir. Bs. Aires*, 5: 211, 1925.