

Hidatidosis muscular

Dres. Isabel Almeida¹, Teresa Castro,¹ Carlitos Arévalo² y Carmelo Álvarez.³

Resumen:

Se presenta un caso clínico de quiste hidático muscular, entidad poco frecuente, cuya manifestación clínica inicial es como un tumor de partes blandas. El difícil diagnóstico de esta patología conduce con frecuencia a tratamientos inadecuados, que son decisivos en el pronóstico. Se analiza en forma exhaustiva la literatura sobre el tema.

Palabra clave: Equinococosis.

Musculos.

Abstract:

Muscular hydatidosis

Muscular hydatid cysts are infrequent and consequently merit presentation of a clinical case. The onset of clinical manifestations is similar to that of a tumor of soft tissues. Diagnosis is therefore difficult and often leads to inadequate treatment a fact which is decisive to their prognosis. An exhaustive analysis of literature on the subject follows.

Key word: *Echinococcosis*

Muscles

La hidatidosis de partes blandas comprende las localizaciones de la forma larvaria de *Echinococcus granulosus* en el tejido celular subcutáneo y

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 19 de mayo de 1999.

1 Residentes de Clínica Quirúrgica "1"

2 Asistente de Clínica Quirúrgica "1"

3 Prof. Adjunto de Clínica Quirúrgica "1"

Dirección: isalmeida@usa.net

*Clínica Quirúrgica "1" Profesor Dr. Gonzalo Estapé.
Hospital Pasteur. Facultad de Medicina
Montevideo, Uruguay*

en el músculo esquelético, que pueden agruparse por sus similitudes patogénicas, clínicas, evolutivas y terapéuticas.

Su incidencia es muy baja (1 a 6%), siendo pocos los casos publicados en nuestro medio, lo que impide el análisis estadístico a nivel nacional de esta localización. (1,2,3,4)

El primer caso de hidatidosis muscular, fue descrito en el mundo en 1699 por Bidlao y el primer caso uruguayo por Bottaro en 1899, describiendo un quiste hidático del músculo braquial anterior. Desde entonces, se han comunicado observaciones aisladas. (5,6,7,8)

Se comentará la hidatidosis muscular a propósito de un caso clínico.

Caso Clínico

Paciente de 46 años, sexo femenino. Procedente de Canelones.

HC N° 112033 Hospital Pasteur.

Mi: Tumoración de muslo izquierdo.

EA: Un año antes del ingreso nota tumefacción en región posterior del muslo izquierdo, de aproximadamente dos cm de diámetro, ovoidea, consistencia firme e indolora, aumentando progresivamente de volumen.

En los últimos tres meses consulta por dolor durante el ejercicio físico. Desde entonces nota que la tumefacción presenta un crecimiento rápido, duplicando su tamaño inicial.

Niega impotencia funcional del miembro izquierdo. No parestesias. Sin signos fluxivos ni trastornos sensitivos.

AEA: No antecedente de traumatismo a ese nivel.

AP: Sin antecedentes personales a destacar.

AE: Radicada en zona rural de Toledo (Canelones) desde los 13 años.

Examen físico:

Paciente lúcida, con buen estado general. P y M : Normocoloreadas.

C.V. ; P.P. y mamas sin particularidades.

Abdomen: Plano, simétrico. No visceromegalias. Miembros inferiores:

Miembro inferior izquierdo: inspección en posición de pie: en región posterior de muslo izquierdo a 6 cm por encima del hueso poplíteo - en la logia de los músculos isquiotibiales- se constata una tumefacción redondeada de unos 5 cm de diámetro. No modificaciones de la piel ni del celular subcutáneo.

A la palpación se constata que dicha tumefacción es de límites netos, 5 cm de diámetro, de for-

ma ovalada, superficie lisa, de consistencia firme y elástica, no se adhiere a planos superficiales. Se fija y aumenta de consistencia al contraer el bíceps. Dolorosa. Pulsos conservados. No adenopatías. No otras tumefacciones.

Miembro inferior derecho: Sin alteraciones. Resto del examen físico normal.

En **suma**: Paciente de 46 años, sexo femenino, procedente de Canelones, que consulta por tumefacción en cara posterior de muslo izquierdo, de un año de evolución, que ha cambiado sus características en los últimos meses.

La impresión clínica primaria es que corresponde a un lipoma profundo.

Se solicita:

Ecografía de muslo: A nivel de tercio medio de cara posterior de muslo izquierdo, tumoración polilobulada, quística con áreas hipoecogénicas, de aproximadamente 62 x 34 x 30 mm. Dicha tumoración impresiona estar encapsulada, no infiltrando tejidos vecinos. Se encuentra a unos 10 mm de la superficie. No muestra vascularización propia. Puede corresponder a un tumor desmoidé. Fig. 1.

Tomografía Axial Computada (T.A.C.) de muslo: Se observa en el sector posterior una formación hipodensa, lobulada, de contornos regulares, de aproximadamente 3 cm, dentro del cuerpo

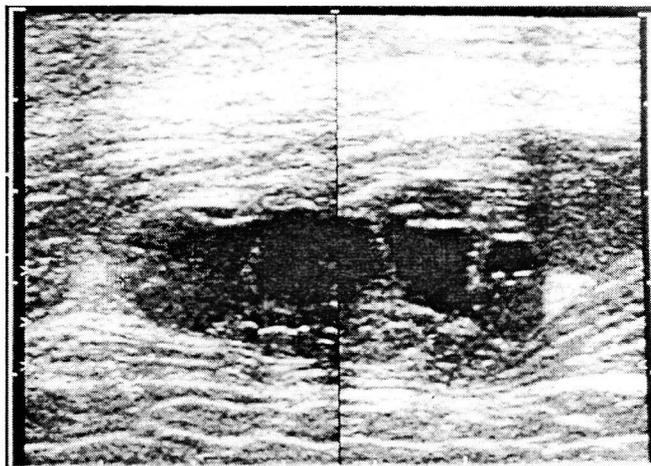


Fig. 1. Ecografía de muslo.
Se observa a nivel de tercio medio de cara posterior una tumoración polilobulada, predominantemente quística con tabiques en su interior, de 62 x 34 x 30 mm. Dicha tumoración impresiona estar encapsulada, no infiltrando tejidos vecinos.

muscular externo. No presenta claro realce con contraste. No se observan alteraciones óseas ni de los planos grasos superficiales adyacentes. La imagen descrita puede corresponder a un hematoma evolucionado.

Ateneo clínico: La T.A.C. sugiere que dicha formación quística, con múltiples tabiques en su interior, podría corresponder a un quiste hidático. Fig. 2.

E.L.I.S.A. para Hidatidosis (Enzyme Linked Immunosorbent Assay): Reactivo.

Se solicita Rx de tórax y ecografía abdominal y cardíaca, en búsqueda de otras localizaciones asintomáticas, siendo normales.

Diagnóstico: Hidatidosis Muscular Primitiva.

Conducta: Tratamiento quirúrgico.

Anestesia general. Se colocó a la paciente en decúbito lateral derecho. Incisión longitudinal sobre la tumefacción, sección de aponeurosis, disección muscular de la porción corta del biceps crural. Se identifica tumoración descrita, de aspecto quístico, blanquecino. Se realiza excéresis de la misma con sector muscular. Irrigación con solución salina en dicha zona por 5 minutos.

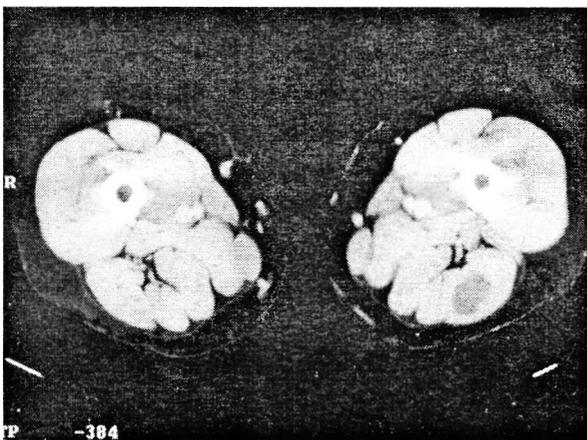


Fig. 2. Tomografía axial computada de muslo. Se observa una formación hipodensa, lobulada, de contornos regulares, de aprox. 3 cm, dentro del cuerpo muscular. No se observó alteraciones óseas ni de los planos grasos superficiales adyacentes.

Cierre de aponeurosis y de celular subcutáneo. Cierre de piel.

Se realiza apertura de la pieza operatoria, donde se observa quiste hidático, hallándose membrana hidática y vesículas hijas en su interior. Fig. 3.

Se puncionan las vesículas hijas, se realiza centrifugado del líquido hidático, se observa el sedimento obtenido al microscopio óptico donde se visualizan numerosos protoescolices inmóviles y ganchos. Se tiñen con eosina, lo que indica que se trata de un quiste hidático, fértil, no viable.

En suma: Quiste hidático primitivo de biceps crural, único, no complicado.

Comentarios

Etiopatogenia

La hidatidosis muscular se presenta únicamente en músculos estriados ya que hasta el presente nunca se ha descrito en músculos lisos, a pesar que teóricamente el embrión hexacanto podría llegar a cualquier sitio del organismo. Puede ser primitiva originada por la llegada vía arterial del embrión hexacanto o secundaria la mayor parte de

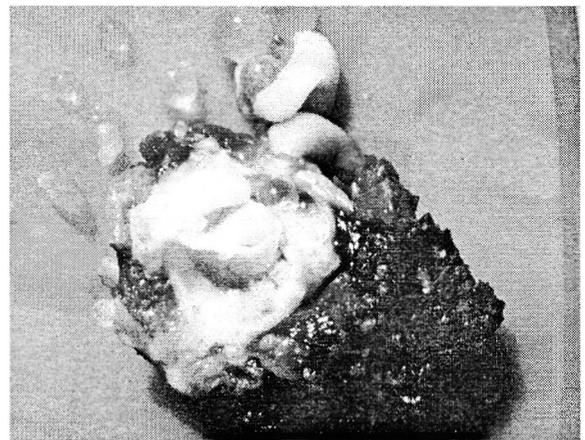


Fig. 3. Anatomía Patológica (macroscopía). Se observa tejido muscular, en el centro del cual se observa una cavidad revestida por tejido blanquecino correspondiente a la membrana cuticular y adventicia, dentro del cual se observan vesículas hijas.

las veces a una hidatidosis ósea o menos frecuente por la ruptura de una hidátide muscular primitiva.⁽²⁾

Según Ocampo Segui⁽⁸⁾ los quistes hidáticos musculares y de los espacios intermusculares, deben ser reunidos en un solo grupo, dado que la diferenciación, si bien lógica desde el punto de vista anatómico, es difícil desde el punto de vista práctico diferenciar si el quiste hidático es intra o intermuscular.

En la HM de acuerdo a Gateno,⁽⁹⁾ sería preferible hablar de QH de una región o grupo muscular o logia.

Sintomatología

El QH de los músculos se presenta habitualmente como una tumefacción de evolución lenta y silenciosa.

Cuando se complica, las manifestaciones dependen de las características de ésta: supuración, rotura espontánea o traumática, compresión nerviosa, vascular, fistulización.

Diagnóstico clínico: imagenológico y serológico

En la hidatidosis muscular, en la mayoría de los casos solo se llega al diagnóstico preciso en el acto operatorio, con esto queremos resaltar las dificultades en cuanto a la clínica y paraclínica.^(2,10,11,12,13,14)

El diagnóstico diferencial debe realizarse con otras tumoraciones de partes blandas: lipoma, hematoma, sarcoma, aneurismas y otros procesos parasitarios: cenurosis.

La ultrasonografía y la tomografía axial computada son métodos no invasivos que permiten evidenciar las relaciones topográficas. Algunos autores jerarquizan el valor de la ecografía intraoperatoria.^(15,16)

En el caso clínico presentado, si bien el antecedente epidemiológico junto con la clínica, más

la ecografía y la TAC, nos hicieron sospechar el diagnóstico, no fue concluyente.

El inmunodiagnóstico (E.L.I.S.A.) se presenta como un estudio de gran valor para el diagnóstico etiológico y para el seguimiento.^(17,18)

En la hidatidosis muscular deben buscarse sistemáticamente la coexistencia de otras localizaciones viscerales asintomáticas (hígado, pulmón, etc.).^(2,13)

Tratamiento

Si se presume el diagnóstico, la punción debe ser evitada por los riesgos de diseminación, careciendo del valor que tuvo previamente.^(2,3)

Una vez realizado el diagnóstico, el tratamiento es médico-quirúrgico. La resección en block es de elección en los quistes hidáticos superficiales, con las precauciones necesarias para evitar la siembra local.

Cuando el contenido es supurado se impone el drenaje de la cavidad y tratamiento médico.

Una de las drogas más efectivas en el tratamiento médico es el Albendazole (ABZ). La dosis recomendada varía entre 10 y 20 mg/kg/día. Con ciclos de 20 días, con control clínico y de laboratorio mensual.^(18,19,20)

En esta paciente, por tratarse de un QH único, no complicado y sin incidentes en el acto intraoperatorio, creemos que no tiene indicación de tratamiento con ABZ.

Pronóstico

Depende fundamentalmente del tamaño, localización y de las relaciones que haya tomado el quiste con los vasos y nervios y de su origen primitivo o secundario, siendo benigno una vez descartada la participación ósea.

Siempre cabe la posibilidad de complicaciones, como la rotura y siembra local, que puede adquirir un carácter altamente agresivo, extensi-

vo y aún infiltrante, muy difícil de resolver quirúrgicamente.

Dadas las características del caso suponemos un buen pronóstico. Deberá realizarse un control clínico, inmunológico e imagenológico anual-mente.

Conclusiones

La hidatidosis muscular primitiva es una entidad poco frecuente, que en un país endémico como el Uruguay, debe considerarse ante la evidencia clínica de una tumoración de partes blandas.

El diagnóstico será realizado con ecografía y tomografía y confirmado con el estudio inmunológico y parasitológico de la pieza operatoria.

El tratamiento es quirúrgico, la quistectomía en block es de elección con las precauciones necesarias para evitar la siembra local.

En caso de siembra, complicaciones o recidiva deberá realizarse tratamiento médico adyuvante con drogas parasitocidas.

La vía de infección es arterial por lo que es obligatorio pesquisar en forma estricta otros territorios (cerebro, corazón, bazo, etc.)

Es importante realizar el seguimiento del paciente y su núcleo familiar así como estudiar el foco epidemiológico.

Bibliografía

1. Caeiro J.,Caldas E. Quiste Hidático Muscular. Bol. Trab. Soc. Cir. Bs. As. 1936, 20: 968
2. Ivanishevich O. Rivas P. Equinococosis hidática de los músculos. Día Med. Urug., 1960, 27: 3165
3. Blanco cevedo E.,Morador J. Minetti R. Los quistes hidáticos musculares. Arch. Int. Hidatid., 1949, 9:221
4. Chavarria O. Quiste hidático de región glútea izquierda. Cir. Uruguay 1972; 42:183
5. Estefan A.,Gateño N.,Chavaria O. Equinococosis hidática de los músculos estriados y tejido conjuntivo. Día Med. Urug.1974; 40:323
6. Praderi R. Quistes Hidáticos de la bola de Bichat. Bol.Soc.Cir. Uruguay 1960;31:42.
7. Rocca, Monografía del curso de Postgrado. Montevideo: Facultad de Medicina, 1985.
8. Ocampo Segui M. Quiste hidático de los músculos y del tejido celular subcutáneo. Arch. Int.Cir.Bs.As.,1946; 1:747
9. Gateno Yaffe N. Quiste hidático del espacio interpectoral. Cir.Uruguay,1972; 42:178
10. Prat D. Los quistes hidáticos en el Uruguay. Arch. Int. Hidatid.,3:73,1937.
11. Prat D., López J. Hidatidosis primitiva de la logia del psoas ilíaco derecho. Bol.Soc.Cir. Uruguay. 1939;10:70
12. Larghero Ibarz. Equinococosis del músculo psoas. Bol.Soc.Cir. Uruguay 1949;20:78
13. Croci F. Rocca G.,Dos Santos G. Hidatidosis de partes blandas. Cir.Uruguay 1985;55:276.
14. Mori R.,Lopez D.,Schneeberger, Bentancur B.,Bado A. Hidatidosis muscular. A propósito de 2 casos. Cir. Uruguay 1987; 57:175.
15. Alvarez J., Rabadán M.,Madrigal J.,Mayol J., Domínguez, I. (Recurrent primary hydatid disease of the left quadriceps: The use of intraoperative ultrasonography. Eur J. Surg. 1992; 158;571
16. Wozniak A., Luongo A., Pou, G. , El estudio de la Hidatidosis con tomografía computada. Cir.Uruguay 1981; 51:527
17. Craig P. The detection of circulating antigen in human hydatid disease. Ann.Trop. Med. Parasitol. 1984;78:219
18. Bonifacino R., Craig P., Carters S., Malgor R., Dixon J. Partial Characterization of antigens in circulating immune complexes in cystic hydatid patients treated with Albendazole. Trans.R.Soc.Trop. Med. Hyg. 1993;87:97
19. Todorov T, Vutuva K., Mechkov G., Georgiev P.Chemotherapy of human cystic echinococcosis: comparative efficacy of mebendazole and albendazole. Ann.Trop.Med. Parasitol. 1992;86:59.
20. Viteri F.,Illuminati G.,Palumbo P.,Guglielmi R. Recurrent primary hydatidosis of sartorius muscle.Case report. Acta Chir.Scand 1988; 154:535