



QUISTE HIDATÍDICO EN EL MÚSCULO PSOAS

*Lo Tartaro Maximiliano Ariel,¹ Cardinale Federico H,¹
Menna Jose Luis, MAAC,² Medan Carlos, MAAC.³*

Del Servicio de Cirugía General del Hospital Milstein,¹ CRAI Norte² y Hospital Naval³,
Buenos Aires, Argentina

Resumen

La hidatidosis es una zoonosis endémica en nuestro país, presentándose en la mayoría de los casos como quistes hidatídicos hepáticos y pulmonares, siendo el músculo psoas una localización infrecuente para esta enfermedad. Los autores presentan un caso clínico de quiste hidatídico en el músculo psoas tratado mediante resección total e inyección de agentes escolicidas, usando el abordaje extraperitoneal.

Abstract

Hydatidosis is an endemic zoonosis in our country. It presents in most cases as hepatic or pulmonary cyst, being the psoas muscle an uncommon location of hydatid cyst. The authors present a case of hydatid cyst developed in the psoas muscle, treated with total resection and escolicidal agent injection using an extraperitoneal approach.

Introducción

La hidatidosis humana, es una enfermedad zoonótica, en la cual el hombre se presenta como el huésped intermediario del parásito *equinococcus granulosus*, infección que se produce por la contaminación de las manos, agua y verduras con huevos del parásito, provenientes de las heces de sus huéspedes definitivos (perros), desarrollándose en el hombre la fase larvaria del parásito como quiste hidatídico.¹⁰

Nuestro país es una de las zonas de mayor prevalencia de hidatidosis del mundo, junto con Rusia, Australia, este africano y países mediterráneos.

En la gran mayoría de los casos, debido a la función de filtro que cumplen el hígado

y el pulmón, son éstos los sitios más frecuentemente comprometidos, donde el hígado se presenta como el lugar de mayor prevalencia (55-75%), seguido por el pulmón (15-30%), siendo rara la aparición de quistes en otras regiones del cuerpo.^{6,9,10}

Es así, que la presencia de quistes hidatídicos en músculos es de muy rara aparición, siendo ésta del 1 al 4%, y dentro de ella también lo es su aparición en el músculo psoas.⁹

Se presenta en el siguiente artículo un caso clínico de un quiste hidatídico en el músculo psoas.

Caso Clínico

Paciente masculino de 30 años de edad, con antecedentes de lobectomía inferior derecha por hidatidosis pulmonar hace 15 años, que consulta en Sanatorio Colegiales por dolor lumbar con irradiación hacia el muslo derecho. Presenta arco V negativo,

¹ Residente

² Subjefe de Trasplante Hepático

³ Jefe de Sector Paredes Abdominales

Correspondencia: maxilotartaro@yahoo.com.ar

TAC de tórax y abdomen y RMN con contraste de columna dorsolumbar (Fig 1).

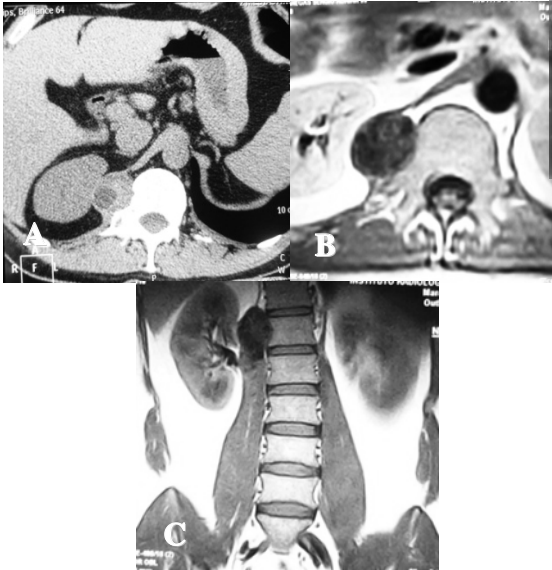


Figura 1. A) TAC de abdomen que muestra imagen de 9 x 3,5 cm en psoas derecho, con sectores hipodensos, con septos y engrosamiento parietal. **B y C)** RNM que evidencia formación de quística hiperintensa en T2 e hipointensa en T1, con pequeñas imágenes quísticas en su interior, que provocan remodelación ósea de D12.

Se realiza intervención quirúrgica, sin realizar tratamiento previo con albendazol, ingresando al retroperitoneo por un acceso anterior extraperitoneal, identificando una formación ovoidea entre la cara lateral derecha de la columna vertebral y músculo psoas, comprobando su adherencia al mismo. Se realiza punción-aspiración e inyección escolicida. Se realiza la resección del mismo bajo la protección circundante con gases embebidas en suero hipertónico (fig 2).

El paciente presenta buena evolución postoperatoria, sin evidencias de nuevos quistes en los sucesivos controles.

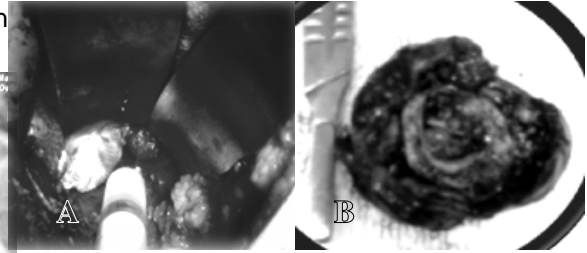


Figura 2. A) Punción intraoperatoria del quiste. **B)** Pieza quirúrgica en la que se observa las tres túnicas con quistes en su interior.

Discusión

La presencia de quistes hidatídicos en el músculo esquelético, y particularmente en el músculo psoas es una poco frecuente ubicación de la hidatidosis, la cual suele representar del 1 al 4% de las localizaciones de estos quistes.^{9,10}

Pueden presentarse clínicamente con dolor como síntoma principal asociado o no a la presencia de masa palpable, o pueden ser hallazgos imagenológicos en una menor proporción de casos,² siendo en todos estos casos el antecedente epidemiológico de vital importancia para llegar al diagnóstico etiológico y a un correcto tratamiento.

Si bien los pacientes que presentan quistes hidatídicos pueden presentar tests serológicos positivos, en un elevado número de casos reportados de quistes musculares estas pruebas resultaron negativas, no pudiéndose descartar la presencia de quistes hidatídicos ante resultados negativos.^{6,9}

En cuanto a los métodos por imágenes, tanto la ecografía, como la tomografía y la resonancia nuclear magnética son de gran utilidad no solo para diagnosticar el o los quistes, sino para determinar su extensión y estadio evolutivo, y si bien la punción o biopsia diagnóstica han sido utilizadas, pueden generar rotura del quiste y diseminación del mismo.^{2,10,11}

QUISTE HIDATÍDICO EN EL MÚSCULO PSOAS

Si bien varias estrategias terapéuticas han sido utilizadas, la cirugía sigue siendo la mejor opción terapéutica para lograr un tratamiento definitivo, siendo para los quistes del psoas y retroperitoneales, el abordaje extraperitoneal el más recomendado para evitar una posible diseminación intraperitoneal del contenido del quiste, realizando una resección completa y amplia del mismo para evitar recurrencias a la que se puede agregar la esterilización de la cavidad,^{1-4,8,9} aunque se han reportado casos exitosos mediante evacuación guiada por ecografía y de periquistectomía parcial.^{5,12}

Por último, el tratamiento médico con albendazol en el pre como en el postoperatorio es ampliamente utilizado, en la mayoría de los casos en combinación con el tratamiento quirúrgico definitivo ya que no suele ser efectivo como único tratamiento.^{1,7,9}

Bibliografía

- 1) Basarir K, et al. Primary muscular hydatidosis mimicking soft tissue tumour: a report of five cases. *J Orthop Surg* 2008; 16:368-72.
- 2) Bedioui H, et al. Primary hydatid cyst of the psoas muscle: description of 9 cases in Tunisia and review of the literature. *Med Trop (Mars)* 2008; 68:261-6.
- 3) Drimousis PG, et al. Unusual site of recurrent musculoskeletal hydatid cyst: case report and brief review of the literature. *World J Gastroenterol* 2006; 12:5577-8.
- 4) El Malki HD, et al. Cas clinique: kyste hydatique du muscle psoas. *Cahiers Santé* 2007; 17:177-9.
- 5) El Moussaoui A, et al. Hydatid cyst of the psoas muscle, apropos of a case. *Ann Urol* 1997; 31:357-60.
- 6) García Alvarez F, et al. Musculoskeletal hydatid disease: a report of thirteen cases. *Acta Orthop Scand* 2002; 73:227-31.
- 7) Junghanss T, et al. Clinical management of cystic echinococcosis: state of the art, problems, and perspectives. *Am J Trop Med Hyg* 2008; 79:301-11.
- 8) Kafih M, et al. Hydatid cyst of the psoas muscle. *Ann Gastroenterol Hepatol* 1993; 29:110-2.
- 9) Kandirali E, et al. Case report: non-functioning kidney resulted from primary hydatid cyst of the psoas muscle. *Marmara Medical Journal* 2006; 19:145-6.
- 10) Merkle EM, et al. Musculoskeletal involvement in cystic echinococcosis: report of eight cases and review of the literature. *AJR* 1997; 168:1531-4.
- 11) Turan Ilica A, et al. Extrahepatic abdominal hydatid disease caused by *Echinococcus granulosus*: imaging findings. *AJR* 2007; 189:337-43.
- 12) Zambelli S, et al. Hydatidosis of the psoas muscle. Description of a case and review of the literature. *Arch Esp Urol* 1991; 44:864-6.