

HIDATIDOSIS SACRA

*Dr. Manuel Rull González **

*Dr. Antonio Cortés Moreno **

Dr. Renato Valladares Rivera

El estudio de un caso de hidatidosis sacra y su ulterior evolución, durante más de seis años, nos mueve a su publicación, como aportación a la casuística de esta rara localización. Ya que si bien sabemos que en los casos de afectación ilíaca es posible la propagación al sacro, es aún más excepcional la localización aislada en el ala sacra.

La parasitación hidatídica en el esqueleto es infrecuente. Según las estadísticas globales de DEVE, CONSTANTINO SABADINI, IVANISSEVICH, autores que tienen la mayor experiencia de esta afectación, oscila entre un 1 a 2o/o y concretamente la localización pelviana es más rara, aún.

Según la revisión de PASQUALI, de 406 casos de hidatidosis ósea, las localizaciones esqueléticas representan un 41,60/o; en húmero el 9,40/o; tibia y peroné el 8,90/o; fémur el 8,10/o; cráneo el 5,20/o; la porción iliaca de la pelvis y el sacro el 21,10/o, y el porcentaje restante de localizaciones óseas excepcionales.

Concretamente, y en lo referente a publicaciones de loca-

Sevilla, España.

lización pelviana, tenemos las de RENDLE (1913) con terminación fatal; DESPLAS, BOPPE y BERTRAND en 1924; COOLEY dos casos, también de terminaciones fatales, en 1932; OKINCZYC y MOULONGUET en 1933; OULIE y GRASSET en 1947; BORDE y col en 1972.

La infrecuencia del anidamiento esquelético está explicado por la vía de difusión, que aún cuando pueda hacerse por vía linfática, la mayor importancia la tiene la vía venosa. El embrión exacanto desde el aparato digestivo, a través de las mesentéricas tiene que atravesar las barreras hepáticas y pulmonar. De ahí que la afectación hepática aparezca en un porcentaje del 70o/o; la pulmonar en el 15o/o y el porcentaje residual en otras localizaciones cerebral, renal, etc.

El crecimiento esférico y uniforme del parásito, en parénquima pulmonar o hepático, no se da en el hueso. Aquí tiene que condicionar su desarrollo a la particular disposición de las trabéculas óseas. Donde la proliferación exógena por vesiculación externa, da lugar a un crecimiento centrífugo, con reabsorción y lisis de las trabéculas

limitantes, según la dirección de las líneas de menor resistencia. Adquiriendo de esta forma una morfología extremadamente variable y multilocular. La presencia del quiste en los espacios intertrabeculares provocan una proliferación conjuntiva, con gran infiltración linfocitaria, eosinófilos, células gigantes, hemosiderina y cristales de colesterol. Conforme proliferan las hidátides, el córtex va adelgazándose contribuyendo ello a su expansión, sin provocar apenas reacción condensante, salvo casos excepcionales, como el publicado por BORDE. No suele haber aposición perióstica. El crecimiento llega un momento en que termina provocando efracciones múltiples de la cortical, colonizando en tejidos vecinos, formando en éstos, grandes vesículas hijas con escolices, delimitada en su crecimiento por una espesa membrana fibrosa, resultante de la reacción de los tejidos huéspedes.

Estas colecciones de hidátides osifluentes conteniendo líquido sero-purulento fluido y detritus, puede difundirse a distancia como en la tuberculosis, dando lugar a la formación de una tumoración inguinal que anteriormente puede en raras ocasio-

nes fistulizarse, como ocurrió en nuestro caso, eventualidad no frecuente. En otras ocasiones pueden provocar fenómenos comprensivos, serios, como puede ocurrir cuando se propagan al canal espinal.

En el diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta las lesiones tuberculosas y con respecto a los procesos tumorales, hay que diferenciarla del endondroma, condrosarcoma, tumor de mieloplaxas, carcinoma metastásico y del mieloma solitario, y en la forma alveolar con la osteitis fibroquística.

Clínicamente, se manifiesta muy tardíamente en relación a las lesiones histológicas óseas, muy lentamente evolutivas tardando en constituirse muchos años. El dolor suele ser sordo o muy moderado, salvo compromiso radicular, según su localización (el ciático, femorocutáneo, crural y obturador en las localizaciones raquídeas o pelvianas). La tumefacción es fosa ilíaca interna o en pliegue inguinal o crural, provocada por el absceso osifluente, puede ser otra forma de comienzo; en otras ocasiones el absceso se encuentra en la región glútea, sacra o retrotrocanterea y que al punzarlo se encuentra un líquido con aspecto de puré de guisantes, rico en colesteroína, y en otros casos líquido que en nada se diferencia del caseum tuberculoso, siendo excepcional conseguir un líquido claro, como el agua de roca, ya que para ello hay que caer en una vesícula hidatídica

Estos abscesos cursan sin alterar lo más mínimo el estado

general del paciente, salvo cuando se fistulizan y secundariamente pueden infectarse.

La compresión medular brusca puede ser otra forma inicial de manifestación clínica y cuando se afecta un hueso diafisario, puede dar lugar a una fractura bien a consecuencia de un traumatismo mínimo o sin él, teniendo las características de una fractura patológica.

El estudio radiológico muestra unas imágenes aerolares, osteolíticas, con cavitaciones irregulares, que recuerdan a las observadas en el tumor de mieloplaxas, con rechazamiento y adelgazamiento de la cortical y, salvo casos excepcionales, sin reacción condesante limitante, ni reacción perióstica. Estas imágenes son de difícil interpretación y no tienen nada de característico. A veces estas imágenes aerolares, pueden observarse en partes blandas adyacentes a la lesión esquelética, lo que traduce la invasión de partes blandas.

En el coxal la zona más frecuentemente afectada es el ala ilíaca y pueden propagarse de forma secundaria al sacro o a la coxofemoral, siendo más rara la localización aisladamente en isquión, pubis y ala sacra.

Los exámenes biológicos son poco concluyentes, ya que la eosinofilia se encuentra apenas en un 30o/o de casos; la reacción de Cassoni en un 40-45o/o y la misma conclusión puede obtenerse con la intradermoreacción con antígeno liofilizado (reacción de Dew).

La inmunoelectroforesis es el test inmunológico más valora-

ble para el diagnóstico de esta enfermedad (Capron).

En realidad el diagnóstico se confirma al obtener con la trepanación ósea vesículas o restos de membranas, que permiten por su aspecto macroscópico, comprobar la existencia de una hidatidosis, antes que los datos que puedan suministrarlos los estudios microscópicos.

El pronóstico en general es malo, y aún sigue teniendo vigencia la contundente sentencia de Lombard; cuando la tenía equinococo ha tocado un hueso, toda certitud de curación definitiva es banal.

Salvo algún caso excepcional cuya evolución se detiene e inclusive puede curar de forma espontánea, la progresiva destrucción ósea es inexorable, ya que no disponemos de medios farmacológicos que puedan detenerlo. Solo en aquellas localizaciones abordables a una exéresis quirúrgica radical, tal como ocurre en costillas o huesos diafisarios, es posible una curación del paciente. Pero en las localizaciones raquídeas o pelvianas, donde cuando se diagnostican generalmente están en fase muy avanzada, rara vez puede hacerse una intervención radical, y a lo único que podemos aspirar es a retardar la fatal evolución de estos pacientes con resecciones incompletas o vaciamientos de cavitaciones iterativamente, que por fuerza han de ser incompletos, tanto recurriendo a resecciones totales del ilíaco o incluso a hemipelvectomías más o menos completas, aún a costa de favorecer la diseminación y la posibilidad de infecciones secundarias;

si bien es verdad que con la terapia antibiótica tanto en estos casos como en los fistulizados, pueden evitarse estas complicaciones sépticas.

La formolización intraoperatoria, con sus efectos tóxicos secundarios o el empleo del antimonio no resuelven nada. PÉREZ FONTANA aplicaba durante diez minutos ácido glicérico-carbónico al 20o/o, haciendo a continuación un lavado con alcohol de 90o. y a partir del cuarto día post-operatorio por los tubos de drenaje inyectaba solución de cloruro sódico al 30o/o, con lo que se pretende la esterilización de los scolex por acción osmótica. Su eficacia solo puede admitirse sobre el foco expuesto, ya que es prácticamente imposible que actúe en los espacios intertrabeculares microscópicos, donde proliferan las hidátides. Estos lavados, cuando se emplean, hay que repetirlos cada cuatro a seis días, teniendo el inconveniente de vernos obligados a tener al paciente bajo una intensa analgesia e inclusive anestesia debido al dolor que ello provoca.

Se ha pensado en casos en que ha habido una infección secundaria, al mantener los drenajes mucho tiempo, que ello podría provocar una reacción osteogénica, pero ello no impide la vesiculación ni perturba la biología del scolex. La fístula puede considerarse como "una válvula de seguridad" como ocurre en nuestro caso.

En nuestra observación, se trata de una paciente D. P. P. Hria no. 21, 004 Arch. Gral. de 28 años de edad, soltera,

que es vista por primera vez el día 12-VI-1, 970. Refiere que desde hace aproximadamente seis años, nota molestias a nivel de la articulación sacroiliaca derecha, vagas, que son calificadas como reumáticas, ya que se presentaban esporádicamente, y cedían después de unos días con tratamiento salicilado. Estas molestias con frecuencia se exacerbaban cuando llevaba unas horas en la cama. De esta forma ha venido evolucionando hasta hace dos años aproximadamente en que se manifiesta de forma más continuada y a veces con algias que se irradian por cara posterior del muslo, hasta hueso poplíteo. Ya no mejora con los salicilados y acude a otro Servicio, donde después de varios análisis y estudio radiográfico, la diagnostican y tratan con tuberculostáticos de una sacroileitis tuberculosa. Poco tiempo después nota la aparición de un bulto oblongado que ocupa la mitad externa del pliegue inguinal derecho y que termina por fistularse espontáneamente. Lleva con la fístula más de un año y a pesar de las instilaciones con estreptomycinina e hidracida, no termina de cerrar. Desde que se fistulizó han cedido por completo la continuidad de sus dolores moderados y sólo de vez en cuando tiene pequeñas molestias a nivel de la sacroiliaca.

Nunca ha tenido fiebre y su estado general siempre ha sido bueno. No hay antecedentes ni familiares ni personales de tuberculosis activa, ni de ninguna otra índole.

En la exploración de la paciente solo encontramos dolor moderado a la presión del ala sa-

cra y a la hiperextensión abducción de la cadera derecha, a nivel de la sacroiliaca del mismo lado. Empastamiento o sensación de ocupación de la fosa iliaca derecha y un orificio de fístula en pliegue inguinal, inmediatamente por fuera del latido de la arteria femoral, con escasa secreción serosa, y por donde penetraba una sonda uretral unos 8 cms. El estudio radiográfico del raquis lumbar era normal, pero sin embargo en sacroiliaca derecha había imágenes cavitarias aerolares de la mitad superior del ala sacra derecha con osteolisis del borde superior, imagen de concavidad superior, sin reacción condensante limitante (Fig. 1), imágenes que aparecen más claramente en la proyección oblicua (Fig. 2).

Los exámenes de laboratorio complementarios fueron inexpressivos. La reacción de Weimberg y Cassoni fueron negativos, así como la serología luetica. En el leucograma y fórmula habían 5 eosinófilos y una linfocitosis de 64o/o. La velocidad de sedimentación daba un índice de Katz de 28mm. El análisis del exudado de la fístula daba abundantes leucocitos y hematíes, pero sin encontrar gérmenes al examen directo. Los cultivos fueron negativos después de tres días de incubación a 37o (Dr. Bermudo).

El día 2 de Julio de 1970 es intervenida quirúrgicamente, abordando por su cara posterior la sacroiliaca. Hay un tejido fibroso muy engrosado, que hay que excindir para exponer el foco óseo, encontrando una superficie muy irregular y llena de cavidades, aerolares como pañal, llenas de tejido fungoso y vesícu-

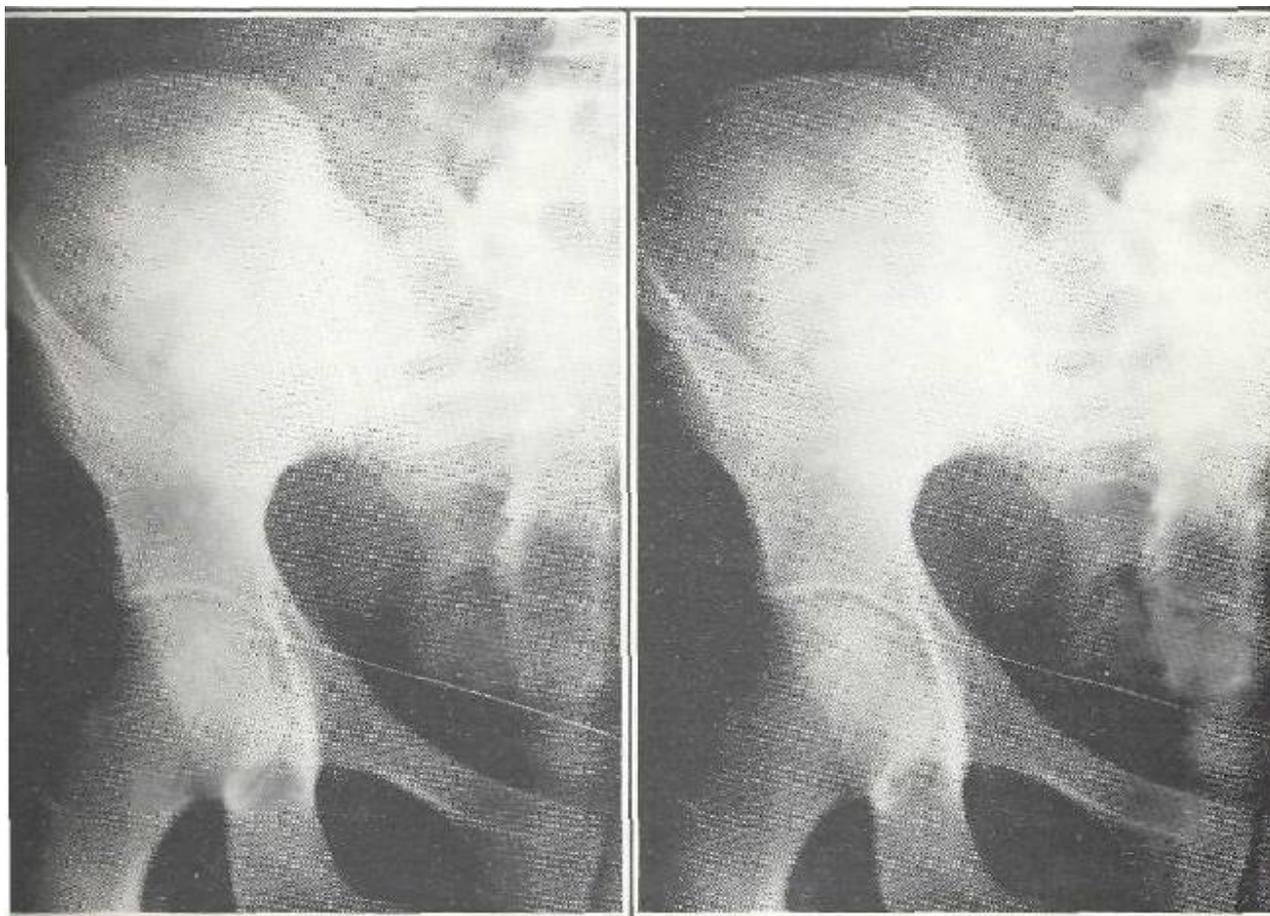


Fig. 1 y 2.- H. C. 21004. Rx. Ap y Oblicua.- Imágenes cavitarias aerolares de la mitad superior del ala sacra dch. con osteo-
sis del borde superior, imagen de concavidad superior, sin reacción condensante limitante.

las hidatídicas. Se hace un curetaje cuidadoso de estas cavita-iones y se resecan parcialmente los tabiques interaerolares de las cavidades mayores, dejándola lo más a plano posible. La cortical endopelviana muy atrófica esta perforada, por lo que se amplían estas perforaciones, convirtiéndola en un orificio único que permite curetear la cavidad endopélvica de una bolsa conjuntiva y un avado con suero salino hipertónico al 30o/o, con salida parcial por el orificio de la fístula inguinal. No puede conseguirse el paso de la sonda uretra] desde el foco

al orificio inguinal, por estenosis o acodadura del trayecto fistuloso, por lo que se cierra la herida operatoria por planos, dejando una mecha de gasa impregnada en suero salino hipertónico y Rifocina. Drenaje de la herida operatoria, con dos tubos de poli-
tene, para aspiración continua e inyección cada 8 horas de una mezcla de Novocaína al 1o/o (5 c.c.) 20 c.c. de suero salino hipertónico al 30o/o y 1 c.c. de gentamicina y rifamicina, 1 amp. i.m. cada 6 horas. A los cuatro días del postoperatorio se retiran la gasa y los tubos de drenaje y a

partir de entonces semanalmente se **inyectaban** 10 c.c de suero salino hipertónico por la fístula inguinal, con 1 c.c. de gentamicina y con el trocar que empleamos para las flebografías intra-
óseas, inyectábamos 5 c.c. de Novocaína al 1o/o y a los pocos minutos 10 c.c. de suero salino hipertónico, bajo una intensa analgesia. La herida en gran parte curó por primera intención, quedando pequeñas zonas de ella que cicatrizaron por segunda intención al término de 3 meses.

El examen histológico mostró un tejido fibro-escleroso, con

zonas necrosadas rodeadas de células histiocitarias, abundantes linfocitos y escasas células gigantes junto a membranas hidatídicas (Dr. Cálvente).

La evolución de la paciente hasta esta fecha sigue siendo satisfactoria. La fístula permanece abierta, por donde a veces tiene un exudado seroso y en los controles radiográficos que se han hecho el proceso sigue limitado y sin imágenes de condensación, siendo prácticamente igual a las radiografías preoperatorias. La paciente está con tratamientos intermitentes de antibióticos que ella por su cuenta se dosifica cuando tiene algunas molestias, pero dada la benignidad evolutiva, no acepta tratamientos focales con Suero salino hipertónico intermitente, como se le ha propuesto.

¿Es realmente eficaz este tratamiento o se trata de una de las excepcionales formas de evolución benigna?

RESUMEN

Los A.A. presentan un caso de hidatidosis ósea localizada en el sacro, en una paciente de 28 años, que había cursado de forma casi asintomática, siendo su primera manifestación un absceso inguinal y ulterior fístula.

La radiología muestra una imagen en sacabocados en la parte superior del ala sacra derecha, con geodas aerolares en la restante mitad superior de dicho ala sacra y los datos de investigación biológicos inexpresivos.

La confirmación diagnóstica es obtenida a la vista de los ha-

llazgos operatorios y del estudio microscópico, comentando la evolución de seis años, junto al tratamiento coadyuvante empleado.

SUMARIO

La localización ósea de la tenia equinococo es infrecuente, y de entre éstas, las localizaciones aisladas en el sacro son excepcionales, ya que generalmente este hueso se afecta secundariamente a partir de las formas muy evolucionadas de hidatidosis ilíacas.

El pronóstico evolutivo es muy sombrío en cuanto a las perspectivas de obtener una curación.

Salvo las formas localizadas en diáfisis, costillas o circunscritas en el ala ilíaca, donde técnicamente pueden hacerse resecciones totales de la zona afectada, las localizaciones sacras primarias como en nuestro caso, o secundariamente invadida en casos muy evolucionados de localización ilíaca y las localizaciones vertebrales escapan a la posibilidad técnica de una cirugía radical. Solo una cirugía iterativa, para demorar sus fatales complicaciones y prolongar la vida de estos pacientes, constituyen el único recurso terapéutico, más aun, careciendo de fármacos que actúen con éxito sobre el embrión exacanto. La formulación o el empleo de antimonio intraoperatoriamente no resuelven nada y la única esperanza por ahora, y en ciertas condiciones están en el empleo del ácido glicero-carbónico y en las soluciones hipertónicas salinas como coadyuvantes del tratamiento quirúrgico local.

Los antibióticos evitan las temidas complicaciones sépticas que esta cirugía iterativa conllevaban en estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alldred A. J. Dunedin (New Zealand) and Nisbet N.W. (Oswestry-England): Hydatid disease of bone in Australasia.- *Jour. Bone and Joint Surg.*, 1964, 46-B, 260.
2. Anglem T. J.: Destructive lesion in Ilium of eleven year's duration.- *Bone and Joint C.P.C.S. of the Massachusetts General Hospital* p. 60, LiÛe Brown Co.- Boston 1966.
3. Borde J.; Mitrofanoff P.; Grosley M; Wallon P. et Biga N.: Une observation d'echinococcose de L'aile iliaque.- *Annales Orthop de l'ouest* 1972, No. 4: 37.
4. Capurro R. G. y V. Pedemonte: Hydatid cyst of the femur.- *Jour. Bone and Joint Surg.* 1953, 35-B: 84.
5. Coley B. L.: Echinococcus disease bone.' *Jour. Bone and Joint Surg.* 1932, 14.
6. Dimitru C. Pintillie; G. H. Panoza; D. Hatmano and M. Fahrer. Bucharest (Rumania): Echinococcosis of the humerus.- *Jour. Bone and Joint Surg.* 1966, 48-A: 957, July.
7. Fitzpatrick S. C; Hamilton Hydatid Disease of the lumbar vertebra.- *Jour. Bone*

- and Joint Surg. 1965 47-B: 286.
8. Garzón Aranda: Hidatidosis ósea.- Cir. Gin Urología, 1953, 6: 603, Diciembre.
 9. Jaffe H. L.: Metabolic, Degenerative and Inflammatory diseases of Bones and Joints pag. 1.072.- Urban and Schwarzenberg, Munchen, Berlín, Wien 1972.
 - 10 Kellsey and H. F. Sproat: Echinococcus disease of bone Jour. Bone and Joint Surg. 1954, 36-A: 1241.
 11. Lesure J. N.: Echinococcose vertébrale.- Rev. Chir. Orthop, 1962. 70.
 12. Louyot et Lesure: Echinococcose vertébrale.- Rev. du Rhum, année 1959, 289.
 13. Lozano Blesa: La hidatidosis del aparato locomotor. Coloquios Nacionales sobre Cirugía de la Hidatidosis, pag. 301, Liade. 1968.
 14. Moretti: Spunti interpretativi di alcune aspetti istologici di un caso di echinococcosi dell'ischio.- Chir. Org. Mov. vol. LIV: 139.
 15. Murray R. O. Fuad Haddad Hydatid disease of the Spine.- Jour. Bone and Joint Surg. 1959, 41-B: 499.
 16. Padovani, Rougerie: Un cas de echinococcose rachidienne.- Rev. Chir. Orthop. 1961, 47: 688.
 17. Parker and R. Chapman: Hydatid disease of the innominate bone.- Jour. Bone and Joint Surg. 1965, 47-B: 292.
 18. Pérez Fontana V.: Sobre el tratamiento del Quiste Hidatídico de los huesos.- Archivos Internacionales de la Hidatidosis, 1959.
 19. Pérez Fontana V.: El formol y el Cloruro Sódico en el tratamiento del Quiste Hidatídico.- Archivos Internacionales de la Hidatidosis, 1961.
 20. Ramos Seisdedos G.: Hidatidosis ósea lumbo-pélvica.- Coloquios Nacionales sobre Cirugía de la Hidatidosis, LIADE, 1968 pag. 293.
 21. Ravault et Col.: L'echinococcose osseuse.- Rev du Rhum année 1966, 33:171.
 22. Rull M.: Hidatidosis ósea.- Hispalis Médica, 1970, 27: 799.
 - 23.- S. de Seze et Rickewaert: Echinococcose osseuse.- Maladies des os et art. Editorial Flammarion, París, 1954.