

Hidatidosis vertebral. Presentación de un caso

Drs. MARIO A. RODRIGUEZ SAMMARTINO, RAMON SARACHAGA
y GUILLERMO RODRIGUEZ SAMMARTINO*

Paciente M.A.M., varón de 30 años, procedente de Necochea. Historia Clínica Nº 145.570, Clínica de Fracturas y Ortopedia de Mar del Plata.

Consulta el 4/5/90 por dolores lumbares, con irradiación a ambos miembros inferiores, a predominio izquierdo, de larga evolución.

Clínicamente presenta un regular estado general, siendo muy limitados y dolorosos sus movimientos en la columna lumbar, con dolor franco a la presión de la vértebra L3, cuya apófisis espinosa se presenta más saliente y a este nivel la piel con las características del roce crónico. No hay trastornos sensitivos ni reflejos. Atrofia global del miembro inferior izquierdo, con la cadera izquierda libre pero ligeramente flexionada. En el abdomen se palpa en el hipocondrio y fosa ilíaca izquierda una tumoración profunda, alargada y dolorosa a la presión.

Las radiografías del 26/12/88 muestran una imagen osteolítica somática en la vértebra L3, con deformación trapezoidal en el perfil y aplastamiento en el lado izquierdo, con mayor diámetro transversal en la radiografía frontal. Deformidad del pedículo

izquierdo y espondilolisis izquierda en la radiografía oblicua.

Como antecedente de importancia: operado de quiste hidatídico, de localización imprecisa extraperitoneal izquierda (¿perirrenal?) a la edad de 4 años.

Los análisis clínicos presentan una eritro de 8, eosinófilos 3 y la inmunoelectroforesis no fue específica para hidatidosis.

La TAC con Iopamirón 200 mostró imágenes densitométricas con valores cercanos a los del agua, concordantes con los antecedentes de hidatidosis. Estas imágenes se visualizan fundamentalmente dentro del canal a nivel del espacio L2 y L3, en la parte anterior e izquierda y en el foramen de L3. También se observa un conglomerado de imágenes quísticas que comprometen el psoas izquierdo, desde L2 hasta la pelvis.

Se opera el 24/5/90 con la dirección operatoria del Dr. Saráchaga, con el diagnóstico de hidatidosis raquídea y extraperitoneal. Vía de acceso lumbolaparotomía extraperitoneal, palpándose una gran masa lobulada, adherida al peritoneo parietal, de disección muy laboriosa. Se continúa con la liberación tumoral, que llega hasta la pelvis, con adherencias de los nervios femorocutáneo, genitocrural, crural y vasos ilíacos izquierdos. La gran tumoración se presenta bilobulada por el psoas, también invadido. Se abre accidentalmente, saliendo numerosas vesículas de regular

* Clínica de Fracturas y Ortopedia, Av. Independencia 1475, Mar del Plata.

tamaño y líquido hidatídico. El tercer lóbulo proximal se presenta muy adherido a la aorta hasta llegar a los cuerpos vertebrales, con entrada en la vértebra L3, que presenta una gran destrucción anterior por la que emergen numerosas microvesículas.

Se libera L3 y se extirpan ambos discos vecinos, conservados, y toda la parte del cuerpo afectado y lleno de pequeñísimas microvesículas, hasta el ligamento longitudinal posterior. Se aborda el conducto raquídeo a través del agujero de conjunción izquierdo, extrayéndose dos vesículas extradurales bastante grandes. Se libera la raíz L2. Se completa la extirpación del ligamento longitudinal posterior, no encontrándose más vesículas. Se utiliza como escolicida H202 al 30%. Se coloca macroinjerto de cresta ilíaca, encastrado a presión, en dos muescas labradas en L2 y L4, completándose el relleno de todo el lecho con chips de costilla, que se mantienen con la prolija sutura del psoas. Postoperatorio sin complicaciones. Está tomando desde el 1/6/90 mebendazol 1000 cada ocho horas con perfecta tolerancia y controles de laboratorio, sin particularidades.

Las radiografías y TAC postoperatoria muestran la liberación y el injerto en posición.

COMENTARIO Y CONCLUSIONES

1. Esta presentación representa la octava observación de hidatidosis vertebral de

nuestra casuística, sobre 30 casos de hidatidosis ósea.

2. En el presente caso creemos que se trata de una hidatidosis **vertebral secundaria**, de un proceso hidatídico extraperitoneal (localización primaria paravertebral) del cual fue operado a los 4 años de edad, con invasión vertebral secundaria, pues teóricamente es imposible que a los 4 años de edad ya tuviera una hidatidosis vertebral, por su larguísima latencia, calculada en 10-20 años para manifestarse, en cualquier localización ósea —vertebral incluida—, lo que hace que recién se advierta en el joven o adulto.

3. Reiteramos el concepto de localización frecuente, grave y de muy difícil solución quirúrgica definitiva, siendo frecuentes las recidivas, por lo dificultoso que resulta su total excisión, de la cual lamentablemente no podemos dar seguridad al paciente.

4. En nuestra observación hemos optado por una de las técnicas preconizadas —injerto masivo encastrado + chips—, sin instrumentación en este caso, por la buena estabilidad lograda, y que permite su mejor seguimiento radiológico.

5. Continuamos usando el mebendazol como terapéutica complementaria, sobre cuyos resultados en varios casos tratados no podemos dar a la fecha conclusiones valederas. Como dijimos anteriormente en el seno de esta Asociación, en un intento por mejorar el pobre pronóstico de esta localización, con buena tolerancia y respuesta subjetiva, y con ello impedir o por lo menos disminuir la frecuencia de las recidivas.