

## REPORTE DE CASOS / CASE REPORT

### Hidatidosis primaria en muslo que simula un scwannoma de nervio ciático izquierdo. Reporte de un caso

*Primary hydatid disease in thigh simulating a left sciatic scwannoma.*

*Case Report*

Lisette Jáuregui Caycho,<sup>1</sup> Manuel Huamán Guerrero,<sup>2,4</sup> Filomeno Jáuregui Francia,<sup>3,4</sup> María del Rosario Jáuregui Figueroa,<sup>5</sup> Amanda Castillo Cabrera<sup>5</sup>

#### RESUMEN

La hidatidosis es una enfermedad prevalente en países en vías de desarrollo, a pesar de tener tratamiento oportuno y vías de prevención su prevalencia aún es alta, generando gastos económicos. Su presentación generalmente es a nivel pulmonar, muy rara es la presentación a nivel de extremidades. La tomografía es el examen de elección para el diagnóstico, se puede encontrar eosinofilia en el hemograma y el ELISA para hidatidosis es positivo. El abordaje quirúrgico va a depender de la localización del quiste.

Se presenta el caso de un paciente con hidatidosis en muslo izquierdo que mostró una tumoración en partes blandas a nivel de miembro inferior no dolorosa, siendo sometido a una resección amplia de dicha lesión, el resultado de la anatomía patológica fue hidatidosis.

**Palabras clave:** Hidatidosis; Tumor muscular; Scwannoma ciático.

#### SUMMARY

Hydatid disease is a prevalent disease in developing countries, despite having timely treatment and prevention ways its prevalence is still high, generating economic costs. His presentation is usually in the lung is very rare presentation dermal. Imaging tests such as CT scan is the test of choice for diagnosis, can also be found in the blood count and eosinophilia western blot positive. The surgical approach will depend on the location of the cyst.

The case of a patient with hydatid disease in thigh showed a tumor in soft level painless lower limb parts, being subjected to a wide resection of the lesion, the pathological diagnosis was hydatidosis.

**Key words:** Hydatid; Muscle tumor; Scwannoma sciatic.

#### INTRODUCCIÓN

La enfermedad es causada por cestodos del género *Echinococcus granulosus*, que eliminan los animales carnívoros en su materia fecal y por medio de agua contagian a huéspedes accidentales entre los que se encuentran los animales herbívoros y el hombre.

Zoonosis, es la enfermedad que se transmite de los animales al hombre, con mayor prevalencia en Argentina y tiene una distribución endémica e hiperendémica a nivel mundial.

La diseminación en humanos está fuertemente influida por la convivencia del hombre, sus canes y el ganado. El ciclo de la enfermedad deja como

1. Médico Cirujano del Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

2. Decano de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma.

3. Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital Edgardo Rebagliati Martins-EsSalud.

4. Docente de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma.

5. Médico Residencia del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.



resultado la aparición de quistes hidatídicos en el hombre.

La diseminación de esta enfermedad se explica porque después de la ingesta de los huevos del parásito adulto por parte del hombre (huésped intermediario), la oncósfera hidatídica es liberada en el estómago e intestino delgado atravesando la pared intestinal, llegando por vía porta al hígado. La diferencia de tamaño entre los capilares portales (20 micras), pulmonares (8 micras) y la oncósfera (30-36 micras) transforman a los 2 primeros en el primer y segundo filtro para el desarrollo de esta enfermedad. De sobrepasar ambas barreras, puede eventualmente llegar a desarrollarse en un órgano diferente como cerebro, peritoneo, u otro. La hidatidosis en la musculatura del muslo es una entidad muy poco reportada. De hecho, al enfrentarnos a un tumor de partes blandas en esta localización, es difícil plantearlo como alternativa diagnóstica, haciéndonos pensar como primera posibilidad en otras lesiones.

El objetivo de este trabajo es dar a conocer una forma de presentación inhabitual de hidatidosis, que se presentó en una paciente del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

### CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente natural de Apurímac, de 61 años, refiere ser alérgica a la penicilina, operada de varices en pierna izquierda hace 3 años. Ingresó al hospital con tiempo de enfermedad de 5 años refiriendo tumoración en muslo izquierdo, no dolorosa y que progresivamente va incrementándose de tamaño.

Al examen físico se palpa tumoración a nivel de tercio medio de muslo izquierdo en cara posterior de aproximadamente 20 x 15 cm., de consistencia renitente móvil, adherida a planos profundos.

Tiene ecografía, en la que describen amplia tumoración con presencia de imágenes quísticas múltiples de aspecto benigno con aparente disección de planos musculares en la región posterointerna superior de muslo izquierdo y que requiere correlación con examen clínico.

En la tomografía axial computarizada (TAC), se observa masa sólida heterogénea en muslo izquierdo, que mide 23.4 cm., como diámetro longitudinal mayor y 11.2 cm., como diámetro transversal, es superficial y se proyecta al tejido celular subcutáneo, de límites definidos, aspecto no infiltrativo, de contornos lobulados relacionable a tumor de vaina de nervio periférico.

Tiene resonancia magnética (RMN) de muslo izquierdo evidenciando extensa lesión neofórmica que impresiona origen neural a nivel del nervio ciático localizada en el compartimiento posterointerno del músculo izquierdo sugestivo de extenso schwannoma de ciático izquierdo. (Figura 1)



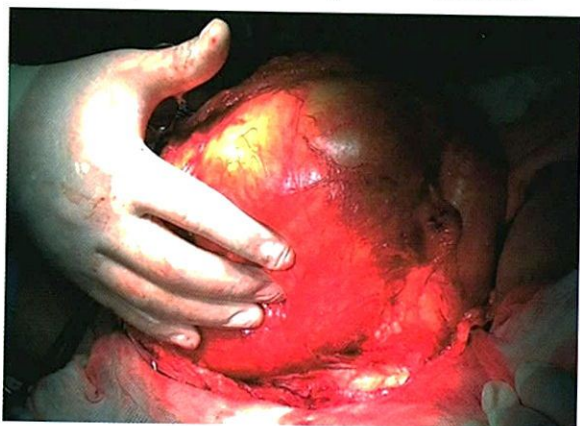
**Figura 1.** Corte coronal de RMN de muslo izquierdo donde se evidencia el quiste hidatídico.

La paciente fue intervenida quirúrgicamente el 5 de diciembre del 2013, considerando todas las medidas asépticas en relación a tratamiento quirúrgico de quiste hidatídico. Se realizó disección y extirpación de tumoración quística localizada en cara posterointerna y media del muslo izquierdo de aproximadamente 24 x 12 x 15 cm, con un peso de 2.800 mg, cierre de herida operatoria por planos y drenaje por contraabertura lateral (Fig. 2, 3, 4 y 5)





**Figura 2.**  
Discección y liberación del quiste hidatídico.

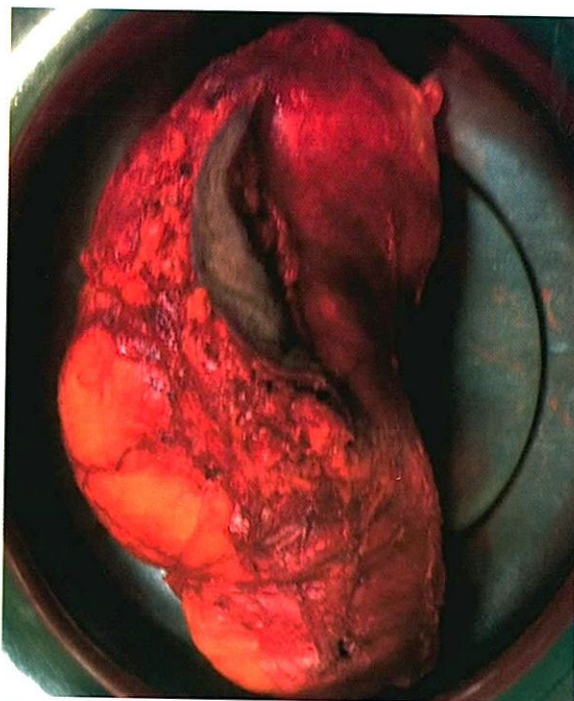


**Figura 3.** Campos quirúrgicos con solución hipertónica. Discección de quiste hidatídico.

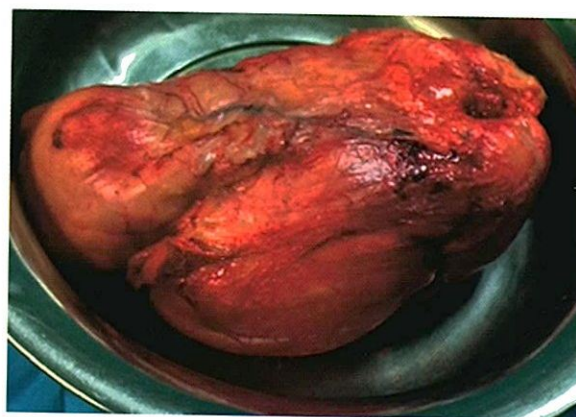
Actualmente la paciente se encuentra en buenas condiciones generales de salud, con su herida operatoria cicatrizada, sin evidencia de enfermedad, en seguimiento. El diagnóstico anatómico patológico fue Quiste Hidatídico no viable en los cortes estudiados, cápsula periquística con inflamación crónica leve e inespecífica.

## DISCUSIÓN

La hidatidosis músculo esquelética puede llegar a ser un 5% de las hidatidosis, este porcentaje está dado más por la ubicación ósea



**Figura 4.** Losange de piel con quiste hidatídico extirpado.



**Figura 5.** Vista posterior del quiste hidatídico extirpado al 100%

que la muscular. La hidatidosis muscular puede presentarse de forma primaria (más frecuente) así como secundaria. Las regiones musculares preferentemente comprometidas son: cuello, tronco y zona proximal de las extremidades, información que coincide con la localización de la hidátide en el paciente, que fue en muslo. En la literatura internacional desde el año 1967 hasta la fecha, sólo hay 3 casos publicados de hidatidosis en la pierna.

La hidatidosis muscular se presenta generalmente en áreas endémicas, como la nuestra. Simula un tumor de partes blandas que desplaza los



tejidos vecinos, en ausencia de un antecedente traumático y/o quirúrgico previo, su crecimiento y posterior desarrollo es lento y complejo, debido a la contracción muscular intermitente y a la acidez láctica presente. Los síntomas, dolor y aumento de volumen, son secundarios a la compresión; en caso de complicación se pueden asociar signos inflamatorios, el paciente motivo de este caso no reportó dolor a pesar del tamaño de la tumoración (TAC: 23.4 x 11.2 cm).

El diagnóstico, al igual que en otras localizaciones es por serología e imagenología (ultrasonido, LC y RNM). El test de ELISA tiene una baja sensibilidad y especificidad en hidatidosis extrahepática, llegando a un 50 y 25% respectivamente, por lo que la negatividad de estas pruebas no descarta el diagnóstico. La sensibilidad de la ultrasonografía va de un 95% a un 100%.

La utilidad de TAC está en definir mejor la localización quística y descartar compromiso de órganos vecinos, se puede ver un quiste esférico u ovalado con vesículas hijas en el interior y calcificación total o parcial de las paredes. En ocasiones, los hallazgos pueden no ser patognomónicos y simular un quiste congénito o un tumor o metástasis. La RNM muestra una lesión quística con vesículas hijas, con paredes rodeadas por un halo de menor densidad en L1 y L2. En L2 el líquido hidatídico capta contraste. En varias ocasiones la imagenología no es patognomónica y la serología es negativa por lo que el diagnóstico es intra o postoperatorio

El diagnóstico diferencial puede ser un absceso, un hematoma, un granuloma, una metástasis y otros tumores quísticos. La literatura no plantea dentro del diagnóstico diferencial la fasciitis eosinofílica.

Dentro de las posibilidades terapéuticas de la hidatidosis muscular se encuentran la periquistectomía total o parcial y el drenaje percutáneo, ambas en asociación o no a albendazol. El tratamiento clásico es la cirugía. El manejo percutáneo a tenido éxito en quistes

hepáticos, pulmonares, renales y en otras zonas como parótida y órbita. Hay aislados casos de manejo de hidatidosis muscular con drenaje percutáneo, con controversiales resultados.

En nuestro paciente el hemograma no informó eosinofilia. La imagenología tampoco mostró compromiso de la fascia muscular. La biopsia que informó pequeños fragmentos membranosos que sugieren componente de quiste hidatídico/cisticerco.

Como conclusión, consideramos que el diagnóstico de hidatidosis debe ser considerado frente a un tumor de partes blandas de patrón quístico o mixto, de crecimiento lento en un paciente rural, especialmente en zonas endémicas de hidatidosis.

## BIBLIOGRAFIA

- Bull WHO. Working Group on Echinococcosis. Guidelines for treatment of cystic and alveolar echinococcosis in human. 1996;74:231-242.
- Cubas R., Brain C. Hidatidosis hepática. Experiencia en 25 años. *Revista Cirugía y cirujanos*. 2011;79(4):331-337.
- Fernández D, Alvarez JA. Quiste hidatídico hepático gigante con extensión al mediastino. *Revista española de enfermedades digestivas*. 2013;105(6):367-368.
- Galindo. Hidatidosis hepática. *Revista Cirugía digestiva*. 2009;4(42):1-16.
- Kalovidouris A, Voros D, Gouliamos A, Vlachos L, Danias N, Papadimitriou J. Extracapsular (satellite) hydatid cysts. *Gastrointest Radiol*. 1992;17:353-356.
- Kayaalp C, Balkan M, Aydin C, Ozgurtaş T, Tanyuksel M, Kirimbioglu V, et al. Hypertonic saline in hydatid disease. *World J Surg*. 2001;25:975-979.
- Mansilla E, Manterola D, Alvear Z, Quiroz C y Fonseca G. Utilidad del albendazol pre operatorio en pacientes con hidatidosis hepática. *Revista Chilena de cirugía*. 2003;55(5):434-439.
- Manterola D, Vial G, Pineda N, Losada M y Barroso V. Factores asociados a morbilidad en cirugía de la hidatidosis hepática. 2004;56(2):154-159.
- Manterola D, Moraga C, Urrutia V y grupo MINCIR. Morbilidad postoperatoria en pacientes con hidatidosis hepática no complicada. Utilización de una propuesta de clasificación de complicaciones. *Revista Chilena de Cirugía*. 2010; 62(4):362-368.

**Correspondencia:** Dr. Manuel Huamán Guerrero  
**Dirección:** Hospital Edgardo Rebagliati Martins  
 Email.: mhuaman@urp.edu.pe