

INFECCIÓN POR PARÁSITOS EN COLUMNA

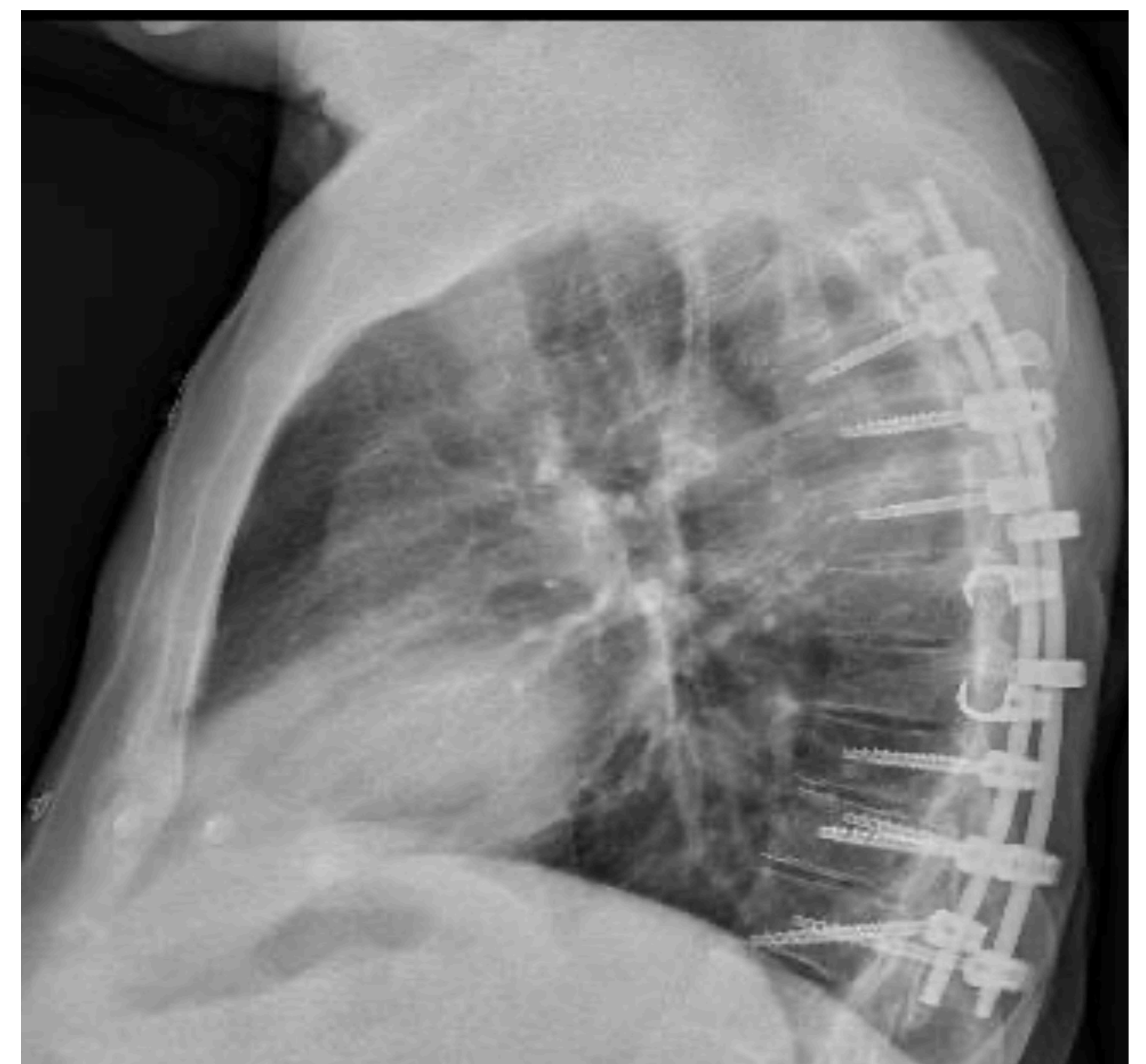
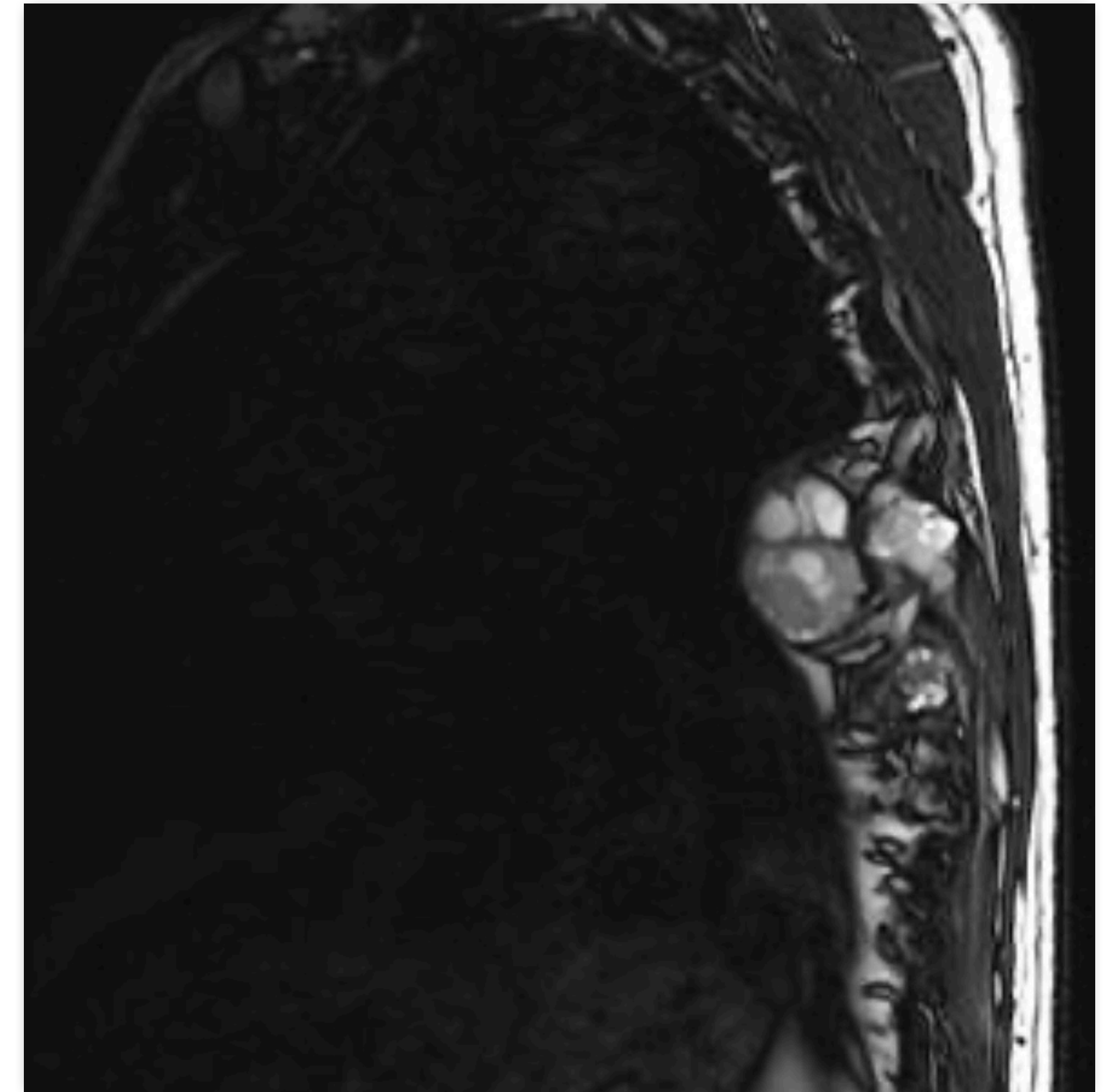
MARTA GONZALEZ MARTIN-BENITO, CRISTINA RUIZ JURETSCHKE, NOELIA LEAL COSME, PABLO JIMÉNEZ BAENA,
FELISA SANCHEZ MARISCAL DIAZ
Hospital Rey Juan Carlos, Mostoles, España

Introducción y Objetivos

A propósito de un caso, infección de columna vertebral por Equinococcus.

Material y Métodos

Paciente de 64 años, natural de Marruecos, sin antecedentes de interés, que consulta en Urgencias por dorsalgia en marzo de 2018, con diagnóstico de dorsalgia inespecífica. Exploración neurológica normal. Se solicita estudio RM dorsal observándose una masa costovertebral derecha con componente de partes blandas yuxtacortical paravertebral y retroespinal. Ampliamos estudio con TC, en el que se observa “tumoración sólido-quística con áreas calcificadas en parrilla costal asociando masa de partes blandas que infiltra 7a y 8a costilla derecha y apófisis transversa de D7 y D8, importando el foramen de conjunción”. Se remite a Medicina Interna para filiar etiología, planteándose diagnóstico diferencial entre patología tumoral (primaria vs metastásica) e infección (quiste hidatídico), solicitan ampliación de estudio complementario con serologías, incluyendo Equinococcus, que resulta positivo. Se establece etiología como hidatidosis costovertebral de comportamiento agresivo.



Resultados

Se inicia tratamiento con Albendazol, con seguimiento clínico-analítico por Medicina Interna. Coincidiendo con reagudización del dolor, se solicita actualización de estudio de imagen, objetivándose no disminución de la masa. En 2020, tras comité multidisciplinar (Medicina Interna, Cirugía Torácica y Traumatología), se decide intervención quirúrgica. El paciente es intervenido conjuntamente con Cirugía Torácica y Neurocirugía, realizándose fijación T3-T11 con laminectomía derecha T6, T7 y T8, y resección de pedículos y arcos costales. En postoperatorio inmediato presentó tromboembolismo bilateral y derrame pleural, con evolución favorable y alta hospitalaria al décimo día. Evolución clínica satisfactoria y mejoría importante del dolor. No sintomatología neurológica. Continúa con tratamiento crónico con albendazol.

Conclusión

La afectación ósea en la hidatidosis es infrecuente. Más prevalente en mujeres, con edad promedio de 50 años, y asocia alta tasa de recidiva y morbi-mortalidad. El diagnóstico suele ser tardío, porque su lento crecimiento produce clínica inespecífica. La rotura de los quistes puede desencadenar una reacción anafiláctica. El diagnóstico diferencial debe incluir metástasis óseas, tuberculosis, mieloma múltiple y tumor de células gigantes. El diagnóstico se establece por las pruebas de imagen y las serologías. En la cirugía los quistes deben extirparse sin romperse para evitar diseminación. El tratamiento farmacológico crónico con albendazol o mebendazol mejora el resultado de la cirugía.