



Hidatidosis pulmonar como causa de compresión medular

A. Senar Calderón, J. Barriendos Villagrasa, F. Sánchez García* y M.I. Badorrey Martín

Servicio de Neumología. *Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

La hidatidosis pulmonar es una causa rara de compresión medular. Describimos el caso de una mujer de 49 años con una clínica de dolor en columna cervical y dorsal, síntomas neurológicos en extremidades superiores y una imagen de masa bien delimitada en la radiografía de tórax. Las imágenes obtenidas por TAC y RNM pusieron de manifiesto la existencia de una formación quística en el lóbulo superior derecho que destruía cuerpos vertebrales e invadía el canal medular produciendo compresión de sus estructuras. La cirugía y el estudio anatomopatológico de las muestras obtenidas confirmaron la sospecha diagnóstica de hidatidosis.

Palabras clave: *Quiste hidatídico. Hidatidosis pulmonar. Compresión medular.*

Arch Bronconeumol 1996; 32: 108-110

Pulmonary hydatidosis causing spinal cord compression

Pulmonary hydatidosis is a rare cause of spinal cord compression. We describe the case of a 49-years-old woman with cervical and dorsal pain, neurologic symptoms affecting upper extremities and a chest film showing a well defined mass in the upper right lobe. Computed tomography and magnetic resonance imaging revealed a pulmonary cyst destroying vertebral bodies and invading the spinal channel to cause spinal cord compression. Surgery and histopathology confirmed the diagnosis of pulmonary hydatidosis.

Key words: *Hydatid cyst. Pulmonary hydatidosis. Spinal cord compression.*

Introducción

La afectación del canal medular y sus estructuras por hidatidosis es rara, constituyendo menos del 1% de todas las hidatidosis¹. En la mayoría de los casos se trata de una invasión secundaria a partir de una hidatidosis vertebral que es la causa más frecuente de paraplejía por enfermedad hidatídica (66-70%)². Con menor frecuencia la invasión se produce a partir de estructuras paravertebrales como costillas, músculos espinales², mediastino posterior³, retroperitoneo o a partir del propio pulmón⁴.

Exponemos un caso de hidatidosis múltiple en el que un quiste de localización pulmonar producía un síndrome de compresión medular por invasión del canal.

Caso clínico

Una mujer de 49 años acudió a nuestro centro por presentar hacía una semana dolor en la columna cervical baja y dorsal alta irradiado hacia ambos hemitórax y ambas extremidades superiores con disestesias en las mismas y ptosis palpebral izquierda. No refería ninguna sintomatología respiratoria. Entre sus antecedentes destacaba hidatidosis raquimedular por la que había sido intervenida en varias ocasiones quedando paraplejía y vejiga neurogénica residual, extirpación de quiste hidatídico pulmonar e hidatidosis hepática.

La exploración física mostraba una paciente afebril con tensión arterial 90/70 y estado general conservado. El examen neurológico evidenció paraplejía, ptosis palpebral izquierda, nivel sensitivo D2-D3 e hipostesia C5-D1 bilateral con reflejos osteotendinosos y fuerza conservada en las extremidades superiores. La auscultación cardíaca y pulmonar era normal y en el abdomen se palpaba hepatomegalia de 4 cm no dolorosa.

En la radiografía de tórax se veía una masa redondeada de 6 cm de diámetro, de bordes nítidos, densidad homogénea y sin broncograma aéreo, localizada en la parte posterior del campo superior derecho. El hemograma, la bioquímica sanguínea y la gasometría arterial fueron normales. La serología hidatídica mostró un látex positivo y una hemaglutinación pasiva de 1/4.096. En la TAC se veía una formación quística bien delimitada de 61 × 67 mm de diámetro máximo con múltiples tabiques en su interior, localizada en la parte posterior del lóbulo superior derecho que destruía parcialmente el arco posterior de la quinta costilla, la articulación costovertebral y el cuerpo vertebral D4 introduciéndose en el canal medular (fig. 1). Por debajo de esta lesión se observaban otras 2 formaciones quísticas paravertebrales derechas de 30 × 40 mm de diámetro y otra paravertebral izquierda de 56 × 81 mm, con importante destrucción de arcos costales posteriores y cuerpos vertebrales. En el lóbulo izquierdo hepático existía un quiste de 90 mm de diámetro con vesiculaciones en su interior. La RNM cervicodorsal mostró cómo a partir de estas formaciones quísticas multivesiculadas en la zona dorsal se producía una diseminación de pequeñas vesículas hijas por el espacio subdural con dilatación del mismo hasta el nivel C5-C6 (fig. 2).

La paciente fue intervenida quirúrgicamente comprobando la localización del quiste en el segmento posterior del lóbulo superior derecho. Se realizaron punción y aspiración del quiste.

Correspondencia: Dr. A. Senar Calderón.
c/ Juan II de Aragón, 3, 1.º D.
50009 Zaragoza.

Recibido: 5-4-95; aceptado para su publicación: 6-6-95.

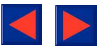


Fig. 1. TAC de tórax. Formación quística en el segmento posterior del lóbulo superior derecho. Destruye el arco posterior de la quinta costilla y la cuarta vértebra dorsal invadiendo el canal medular.

te por la técnica de Posada, aspiración de multitud de vesículas hijas del canal medular y laminectomía parcial descompresiva a nivel D4. En el postoperatorio la paciente no remontó el coma anestésico apareciendo anisocoria por midriasis izquierda máxima sin reflejo corneal de ese lado, desviación del ojo izquierdo hacia la izquierda y del ojo derecho hacia arriba en posición media, ausencia de reflejos oculocefálicos y oculo-vestibulares, parálisis facial izquierda, inmovilidad de las 4 extremidades, arreflexia, bradicardia sinusal e hipotermia. La TAC craneal fue normal y el cuadro se interpretó como un infarto cerebral en territorio vertebrobasilar con afectación del tronco cerebral (mesencéfalo-protuberancial izquierdo) produciéndose la muerte a las 72 horas de la intervención. No se obtuvo el consentimiento familiar para la realización de la autopsia. El estudio anatomopatológico del aspirado quístico y del aspirado intracanalicular demostró la existencia de vesículas hidatídicas con membrana germinativa y escólex.

Discusión

Habitualmente los quistes hidatídicos pulmonares suelen crecer hacia los tejidos que ofrecen menor resistencia, es decir, el parénquima pulmonar, pudiendo permanecer asintomáticos durante mucho tiempo o producir síntomas por compresión o por complicación (infección o rotura). En ocasiones, en general cuando son de gran tamaño, pueden alcanzar y erosionar estructuras de mayor resistencia como el hueso. Sin embargo, la destrucción intensa de costillas y cuerpos vertebrales con invasión del canal medular y producción de un síndrome compresivo medular a partir de un quiste hidatídico pulmonar es excepcional⁴.

La diseminación ascendente de vesículas hijas dentro del espacio subdural (fig. 2) ha sido descrita previamente^{4,5}, y en esta paciente explica el inicio de los síntomas neurológicos a un nivel superior (C5-C6) al de la compresión medular (D4).

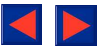
Clásicamente la hidatidosis que causa paraplejía se ha clasificado en 5 grupos según su localización inicial: intramedular, intradural, extradural, vertebral y paravertebral. Los tres primeros grupos son muy raros^{6,7} siendo



Fig. 2. RNM cervical. El canal medular aparece ensanchado hasta el nivel de C5-C6 debido a la diseminación de multitud de vesículas hidatídicas por el espacio subdural (cabezas de flecha).

el origen vertebral el más frecuente. Cualquiera de las estructuras paravertebrales puede ser asiento de un quiste hidatídico y secundariamente invadir el canal medular a través de agujeros de conjunción o espacios intervertebrales. Sin embargo, en los casos en los que existe afectación de varias estructuras no resulta fácil distinguir cuál de ellas ha sido afectada primariamente y cuál por extensión local.

El tratamiento de este tipo de procesos tiene varios objetivos: 1) descompresión medular, a veces de urgencia, mediante laminectomía y aspiración de vesículas del canal medular; 2) cirugía del quiste hidatídico; 3) prevención de recidivas con el uso de benzoimidazoles (mebendazol y albendazol). Aunque el primero ha sido más ampliamente utilizado, los estudios comparativos más recientes consiguen mejores resultados con albendazol^{8,9}. Su dosis recomendada es de 10 mg/kg/día durante 3 meses con períodos de descanso de 15 días entre cada mes¹⁰, y 4) rehabilitación. Los resultados de este



tratamiento pueden ser buenos a corto plazo pero con frecuencia se producen recidivas que obligan a reintervenir repetidamente al paciente⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kaoutzian N, Anagnostopoulos D, Apostolou A. Hydatid disease affecting the vertebrae. *Acta Neurochir Wien* 1989; 98: 60-65.
2. Balasubramanian V, Ramanujan B, Ramamurthi B. Hydatid disease of the nervous system. *Neurology India* 1979; 18: 92-95.
3. Ranganadham P, Dinakar I, Sundaram C, Ratnakar VS, Virekananda P. Posterior mediastinal paravertebral hydatid cyst presenting as spinal compression. *Clin Neurol Neurosurg* 1990; 92: 149-151.
4. İplikçioğlu AC, Kökes F, Bayar A, Doganay S, Buharalı Z. Spinal invasion of pulmonary hydatidosis: computed tomographic demonstration. *Neurosurgery* 1991; 29: 467-468.
5. Chikhaoui N, Adil A, Kadiri R. Aspects radiologiques de l'hydatidose vertébro-médullaire: a propos de 12 cas. *J Radiol* 1993; 74: 621-628.
6. Wani MA, Taheri SA, Babu ML, Ahangar GA, Wani H. Primary spinal extradural hydatid cyst. *Neurosurgery* 1989; 24: 631-632.
7. Akhan D, Dincer A, Saatci I, Gulekon N, Besim A. Spinal intradural cyst in a child. *Br J Radiol* 1991; 64: 465-466.
8. Teggi A, Lastilla MG, De Rosa F. Therapy of human hydatid disease with mebendazole and albendazole. *Antimicrob Agents Chemother* 1993; 37: 1.679-1.684.
9. Todorov T, Vutova K, Mechkov G, Georgier P, Petkov D, Tonchev Z et al. Chemotherapy of human cystic echinococcosis: comparative efficacy of mebendazole and albendazole. *Am Trop Med Parasitol* 1992; 86: 59-66.
10. Gil LA, Rodríguez F, Prieto JC, Sánchez JJ, Brasa C, Aguilar L et al. Randomised controlled trial of efficacy of albendazole in intra-abdominal hydatid disease. *Lancet* 1993; 342: 1.269-1.272.