

## Imágenes en cirugía general

# Quiste hidatídico muscular primario

*Primary muscular hydatid cyst*

**J.P. Roldán-Aviña, S. Merlo-Molina, V. Camacho-Marente**

*Servicio de Cirugía. Hospital de Alta Resolución de Écija. Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir. Sevilla.*

### RESUMEN

Los quistes hidatídicos son infrecuentes a nivel muscular incluso en zonas endémicas. Clínicamente se caracterizan por una masa de crecimiento lento que puede llegar a producir síntomas por compresión. Es rara la positividad en la serología hidatídica, no recomendándose la punción diagnóstica, por lo que se precisan pruebas de imagen (ecografía, TAC y/o RMN) para el diagnóstico que se confirmará histopatológicamente. Se recomienda realizar tratamiento quirúrgico aunque existe un elevado riesgo de recidiva.

**Palabras clave:** hidatidosis, quiste hidatídico, músculo, tejidos blandos.

### ABSTRACT

Hydatid cysts are infrequent in muscle even in endemic areas. Clinically they are characterized by a mass of slow growth that can produce symptoms by compression. Positivity in hydatid serology is rare, and diagnostic puncture is not recommended, so imaging tests (ultrasound, CT scan and / or MRI) are required to confirm the diagnosis. Surgical treatment is recommended although there is a high risk of recurrence.

**Keywords:** hydatidosis, hydatid cyst, muscle, soft tissues.

### CASO CLÍNICO

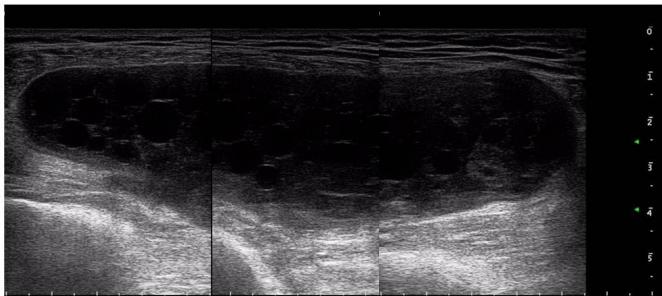
Paciente de 81 años, pluripatológico y polimedcado que es remitido a la consulta de Cirugía por claudicación intermitente y masa en muslo derecho de unos 4-5 meses de evolución sin otros síntomas. En la exploración física general destacaba una importante disminución de los pulsos periféricos distales en ambos MM.II., y una masa a nivel de la cara anterior del muslo derecho, de unos 10x5 cm, no dolorosa,

#### CORRESPONDENCIA

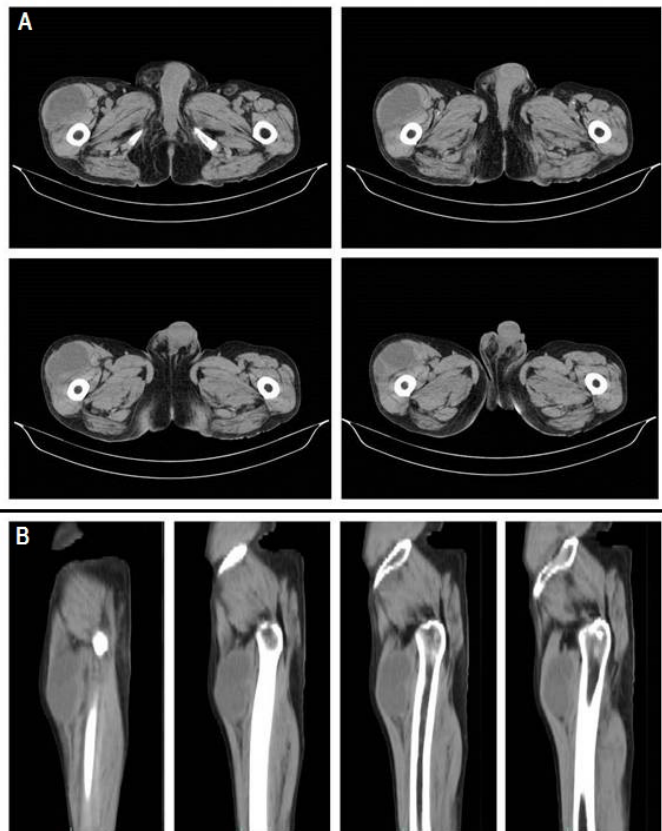
Juan Pastor Roldán Aviña  
Hospital de Alta Resolución de Écija  
Avda. Doctor Sánchez Malo, s/n  
41400 Écija  
[jpoldan@aecirujanos.es](mailto:jpoldan@aecirujanos.es)

sin signos inflamatorios, no móvil, de superficie lisa y no pulsátil. Los resultados de las pruebas complementarias fueron:

Analítica: hemograma sin alteraciones en la serie roja, ni en el recuento y fórmula de la serie blanca. Serología para E. granulosus negativa. Ecografía de abdomen: sin alteraciones en la ecoestructura hepática. Ecografía de partes blandas (Figura 1): masa heterogénea con múltiples quistes en su interior, de morfología oval y contornos bien delimitados de unos 7,5x3 cm, compatible con quiste hidatídico. TAC sin contraste de muslo derecho (Figura 2): masa de aspecto quística bilobulada en situación intramuscular, sin calcificaciones en su interior ni septos claros visibles. Se recomienda complementar estudio con RM.

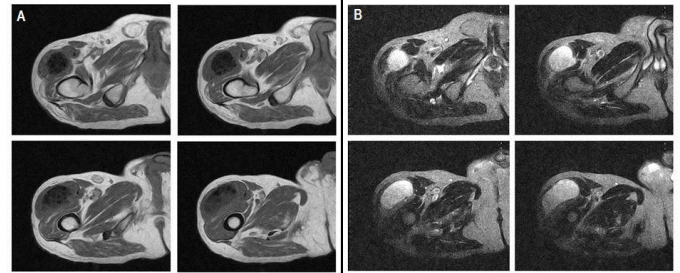


**Figura 1** Ecografía muslo derecho: masa heterogénea con múltiples quistes en su interior.



**Figura 2** TAC de muslo derecho: A (cortes axiales) y B (cortes sagitales), masa quística bilobulada en situación intramuscular.

RM con contraste muslo derecho (Figura 3): voluminosa lesión ocupante de espacio en el interior del músculo vasto lateral derecho de 9x6x3 cm. Se delimita por una cápsula gruesa homogénea sin infiltrar estructuras musculares, presentando un contenido heterogéneo a expensas de un material de naturaleza líquida densa con numerosas imágenes esféricas internas de alrededor de 1 cm que muestran a su vez una cápsula fina y naturaleza quística. Compatible con quiste hidatídico intramuscular.



**Figura 3** RMN de muslo derecho: A (cortes axiales T1) y B (cortes axiales T2), lesión en el vasto lateral derecho con cápsula gruesa homogénea y contenido heterogéneo líquido denso con numerosas imágenes esféricas internas.

El paciente rechazó el tratamiento quirúrgico propuesto, por haber mejorado de su claudicación intermitente al abandonar el hábito tabáquico y por efecto del tratamiento farmacológico prescrito por su médico de cabecera. Se realizó un seguimiento con ecografía cada seis meses durante cuatro años sin que mostrara crecimiento ni complicaciones. El paciente permanece asintomático y ha rechazado continuar con el seguimiento pasados cinco años desde el diagnóstico.

## DISCUSIÓN

El quiste hidatídico muscular primario se ha descrito con una incidencia entre el 0,7-5% incluso en zonas endémicas<sup>1-4</sup>, afectando fundamentalmente a los músculos proximales de la cadera<sup>2</sup> y no asociándose siempre a afectación visceral<sup>4</sup>. Esta baja incidencia se relaciona con la dificultad que tiene los escólex para implantarse debido a las contracciones y al ácido láctico muscular, y sobre todo a los filtros que constituyen el hígado y los pulmones<sup>1</sup>.

Clínicamente suele manifestarse de forma lenta e insidiosa<sup>1</sup>, no asociados a signos inflamatorios, por lo que al inicio suelen ser asintomáticos<sup>3</sup>. La mayoría presenta un crecimiento progresivo<sup>2</sup> por lo que la masa palpable suele ser el síntoma de consulta más constante<sup>3</sup>.

Curiosamente la serología hidatídica suelen ser negativa en nuestro medio<sup>1,3,5</sup>, y la presencia de hipereosinofilia también es muy infrecuente<sup>3,5</sup>.

Según su disponibilidad, la ecografía, el TAC y la RMN suelen ser las pruebas de imagen comúnmente solicitadas<sup>3,4</sup>. La ecografía suele orientar al diagnóstico sobre todo en las formas típicas en las que se aprecia una formación líquida más o menos heterogénea con visualización de las vesículas hijas<sup>1</sup>. En el TAC los hallazgos son

variables, y el quiste hidatídico puede aparecer en forma unilocular, multilocular mostrando múltiples vesículas hijas, como un quiste atípico complejo o incluso como una lesión sólida<sup>3</sup>. La RMN se considera en la actualidad el método diagnóstico de elección por su capacidad de informar sobre la extensión locorregional del quiste y sus relaciones con las estructuras vecinas incluyendo los paquetes neurovasculares<sup>1</sup>. La punción-aspiración con fines diagnósticos está absolutamente desaconsejada y no debe realizarse por los riesgos de diseminación que presenta<sup>1,4,5</sup>.

El tratamiento de los quistes hidatídicos musculares primarios debe ser quirúrgico mediante la realización de una periquistectomía con las oportunas medidas de precaución de utilización de agentes escolicidas<sup>1,2,5</sup>. Algunos autores recomiendan el uso previo a la cirugía de albendazol (mejor absorción intestinal y mayor concentración) a dosis de 15 mg/Kg/día para reducir el riesgo de rotura del quiste durante la cirugía<sup>6</sup> o mebendazol para disminuir las posibilidades de anafilaxia y diseminación<sup>3</sup> y sobre todo el uso tras la cirugía para disminuir el porcentaje de recidivas<sup>3,4</sup>. Respecto al tratamiento con imidazoles en los quistes hidatídicos musculares se recomienda reservarlo para casos grandes y múltiples en los que se prevean dificultades para completar con éxito la completa exéresis quirúrgica por la presencia de estructuras neurovasculares afectadas por el quiste<sup>7</sup> ya que en los casos bien localizados su eficacia es escasa<sup>8</sup>.

La utilización de técnicas como la PAIR (Puncture-Aspiration-Injection-Reaspiration), que han mostrado su eficacia en otras localizaciones<sup>9</sup> podrían ser de utilidad en casos como el presentado donde el paciente rechaza el tratamiento quirúrgico.

Podemos concluir que el quiste hidatídico muscular primario se debe considerar en el diagnóstico diferencial de las masas quísticas localizadas en los músculos cuando son indoloras y se acompañan de un aumento del tamaño de los tejidos blandos, sobre todo en zonas endémicas<sup>3,5</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Omezzine SJ, Abid F, Mnif H, Hafsa C, Thabet I, Abderrazek A et al. Kyste hydatique primitif de la cuisse. Une localisation rare. *Rev Chir Orthop Traum* 2010; 96: 105-108.
2. Mseddi M, Taoumi M, Dahmene J, Ben Hamida R, Siala A, Moula T et al. Kyste hydatique musculaire. *Rev Chir Orthop* 2005; 91: 267-271.
3. Tekin R, Avci A, Tekin RC, Gem M, Cevik R. Hydatid cysts in muscles: clinical manifestations, diagnosis, and management of this atypical presentation. *Rev Soc Bras Med Trop* 2015; 48: 594-598.
4. Çiçekli Ö, Akgül T. An unusual cause of mass localized on vastus lateralis muscle in childhood: hydatid cyst. *Int J Surg Case Rep* 2015; 6: 179-181.
5. Torcal J, García F, Salinas JC, Sainz JM, Navarro A, Güemes A et al. Hidatidosis muscular primaria. *Cir Esp* 2002; 72: 147-151.
6. Seijas R, Catalán-Larracochea JM, Ares-Rodríguez O, Joshi N, García JP, Pérez-Domínguez M. Primary hydatid cyst of skeletal muscle affecting the knee: a case report. *Arch Orthop Trauma Surg* 2009; 129: 39-41.
7. Alimehmeti R, Seferi A, Rroji A, Alimehmeti M. Saphenous neuropathy due to large hydatid cyst within long adductor muscle: case report and literature review. *J Infect Dev Ctries* 2012; 6: 531-535.
8. Mseddi M, Mtaoumi M, Dahmene J, Ben-Hamida R, Siala A, Moula T et al. Hydatid cysts in muscles: eleven cases. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 2005; 91: 267-71.
9. Rajesh R, Dalip DS, Anupam J, Jaisiram A. Effectiveness of Puncture-Aspiration-Injection-Reaspiration in the treatment of hepatic hydatid cysts. *Iran J Radiol* 2013; 10:68-73.