

Hidatidosis vertebral

Pedro L. Bazán,^{*} Juan Manuel Velasco,^{**} Lucas León,[#] Micaela Cinalli^{*}

^{*}Unidad de Patología Espinal, Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Interzonal General de Agudos "General San Martín", La Plata, Buenos Aires, Argentina

^{**}CEDEFECO, Montevideo, Uruguay

[#]Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Argentina

RESUMEN

Introducción: Más del 50% de los casos de hidatidosis ósea ocurren en la columna. El tratamiento farmacológico está bien establecido, pero su abordaje quirúrgico se ve dificultado por la complejidad de las lesiones y las estructuras adyacentes, y las tasas de recidiva local son altas. **Objetivos:** Analizar una serie de casos de hidatidosis vertebral y evaluar la distribución, el cuadro clínico, el tratamiento y las complicaciones. **Materiales y Métodos:** Estudio multicéntrico de pacientes con hidatidosis vertebral y un seguimiento mínimo de un año. Se registraron las características de las lesiones quísticas, el tipo de cirugía y los resultados posoperatorios. **Resultados:** Se incluyó a 7 pacientes (edad promedio 40.17 años) con un seguimiento medio de 13 años. La ubicación extendida desde la columna lumbar hasta el sacro fue la más frecuente. El tratamiento con resección quirúrgica, fijación y albendazol mejoró el cuadro doloroso y neurológico. La complicación más frecuente fue la recidiva. **Conclusiones:** Las localizaciones lumbosacra y sacra fueron las más frecuentes, y la localización extravertebral más común fue en el hígado. El dolor respondió bien al tratamiento que consistió en resección quirúrgica y un agente antiparasitario. La recidiva local es la complicación más frecuente.

Palabras clave: Hidatidosis; columna; antiparasitario; recidiva; complicaciones.

Nivel de Evidencia: III

Vertebral Hydatidosis

ABSTRACT

Background: More than 50% of cases of bone hydatidosis involve the spine. Although pharmacological treatment is well established, surgical management is challenging due to the complexity of the lesions and adjacent anatomical structures, and local recurrence rates remain high. **Objective:** To analyze a case series of patients with vertebral hydatidosis and to evaluate lesion distribution, clinical presentation, treatment, and complications. **Materials and Methods:** A multicenter study was conducted including patients with vertebral hydatidosis and a minimum follow-up of one year. Data collected included characteristics of cystic lesions, type of surgery performed, and postoperative outcomes. **Results:** Seven patients (mean age: 40.17 years) with a mean follow-up of 13 years were included. The most frequent involvement extended from the lumbar spine to the sacrum. Treatment consisting of surgical resection, spinal fixation, and albendazole therapy resulted in improvement of pain and neurological symptoms. The most frequent complication was recurrence. **Conclusions:** Lumbosacral and sacral involvement were the most common locations, and the liver was the most frequent extravertebral site. Pain responded well to treatment consisting of surgical resection and antiparasitic therapy. Local recurrence remains the most common complication.

Keywords: Hydatidosis; spine; antiparasitic; recurrence; complications.

Level of Evidence: III

INTRODUCCIÓN

La hidatidosis es una enfermedad infrecuente que progresa lentamente, y puede provocar complicaciones neurológicas.^{1,2} Es una manifestación de la enfermedad tropical causada por el parásito *Echinococcus granulosus*. Según la Organización Mundial de la Salud, se trata de una de las enfermedades parasitarias más desatendida y geográficamente más extendida.³ Es más frecuente en zonas cálidas, como América del Sur, países mediterráneos, Oriente Medio, Nueva Zelanda, Rusia central y meridional, Australia, China, África del Norte y Oriental.⁴ Los seres humanos se convierten en huéspedes intermediarios inadvertidamente, a través del contacto o consumo de agua y alimentos contaminados por perros domésticos.⁵

Recibido el 6-6-2025. Aceptado luego de la evaluación el 23-9-2025 • Dr. PEDRO L. BAZÁN • pedroluisbazan@gmail.com

 <https://orcid.org/000-0003-0060-6558>

Cómo citar este artículo: Bazán PL, Velasco JM, León L, Cinalli M. Hidatidosis vertebral. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol* 2026;91(1):18-22.

<https://doi.org/10.15417/issn.1852-7434.2026.91.1.2177>

Los quistes hidatídicos se alojan principalmente en el hígado y los pulmones (90-99,5%). La localización en el esqueleto es muy rara (0,5-4%),⁶ su distribución espinal es la más frecuente (50%): el 49,9% en el sector torácico, seguida de la región lumbar (21,2%).^{2,7} La enfermedad avanza lentamente y puede permanecer inactiva por largos períodos.⁶ Se ha demostrado que los quistes pueden crecer entre 1 y 5 cm al año.⁸ El diagnóstico se basa en estudios por imágenes combinados con pruebas serológicas (arco 5).⁶

El objetivo del estudio fue evaluar una serie de casos de hidatidosis vertebral para analizar la distribución vertebral y extravertebral, el compromiso neurológico, el tratamiento administrado y las complicaciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio multicéntrico de pacientes con hidatidosis vertebral y un seguimiento mínimo de 1 año. Se registraron los datos filiatorios, la localización vertebral y extravertebral, la sintomatología pre y posoperatoria, el estado neurológico (según la escala de Frankel), el tipo de cirugía realizada y los resultados posoperatorios.

RESULTADOS

Se evaluó a 5 hombres y 2 mujeres, con una edad promedio de 44,71 años (rango 20-64) en el momento de recibir el tratamiento y un seguimiento medio de 13 años (rango 4-22).

En seis pacientes, la localización era vertebral multinivel, el sector lumbosacro y el sacro eran los más afectados (4 casos); el hígado era la lesión extravertebral más frecuente (Tabla).

Tabla. Distribución vertebral del quiste hidatídico

Paciente	Sector vertebral afectado	Lesión extravertebral
1	Toracolumbar	Hígado
2	Lumbosacro	Hígado
3	Lumbosacro y sacro	Hígado
4	Torácico	Hígado
5	Lumbar, lumbosacro y sacro	Pelvis
6	Sacro	Hígado, pelvis
7	Lumbar, lumbosacro y sacro	Hígado

El puntaje promedio de dolor raquídeo era de 8,29 antes del tratamiento y disminuyó a 2,14 al finalizarlo, el dolor irradiado al miembro inferior era de 7,25 al inicio y de 0,75 en la última evaluación (Figura 1).

Un paciente evolucionó del grado D al E en la escala de Frankel; otro, del grado C al D y el resto permaneció sin déficit neurológico.

Todos recibieron tratamiento antiparasitario (albendazol) con manejo infectológico y exéresis quirúrgica de las vesículas, hubo dos episodios de rotura de quistes. A cinco pacientes se les suplementó la fijación con material de osteosíntesis, porque eran lesiones óseas más severas (Figura 2). Dos pacientes tuvieron una recidiva (no presentaron rotura de vesícula en la cirugía primaria), uno requirió dos cirugías accesorias y otro, una.

Una paciente sufrió una infección del sitio quirúrgico, dos presentaron nuevos focos y otro extravertebrales.

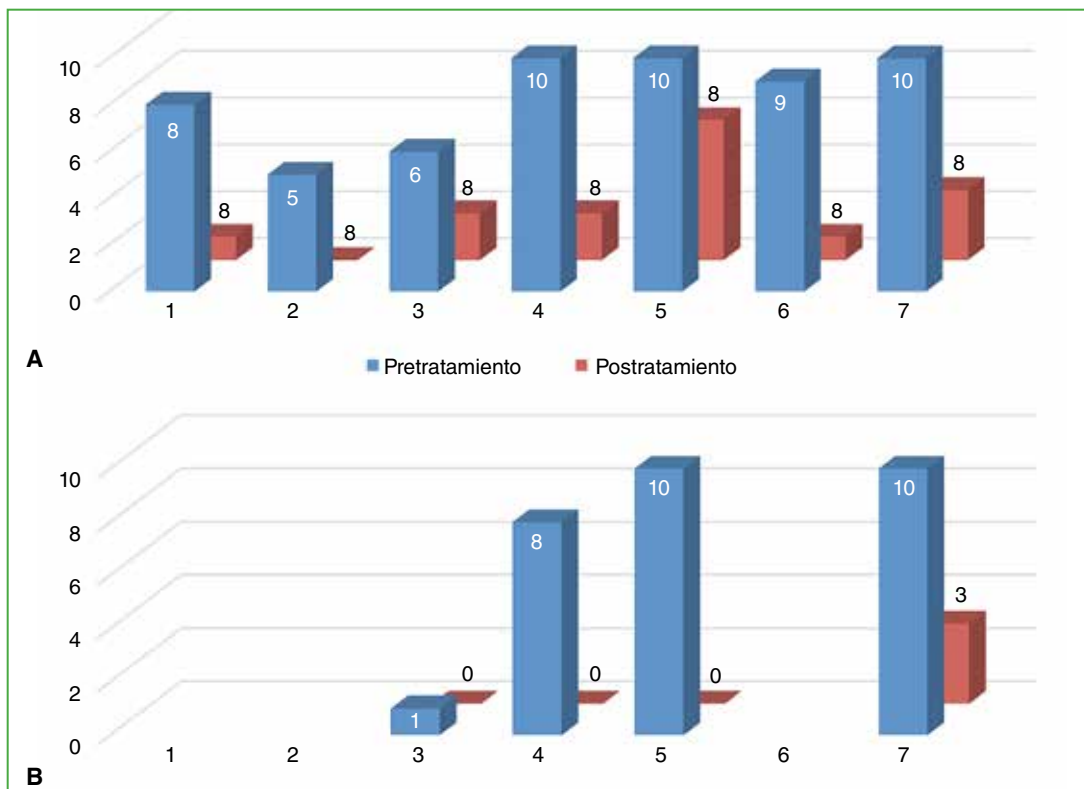


Figura 1. Intensidad del dolor al inicio y al final de la evaluación. **A.** Raquídeo. **B.** Irradiación.

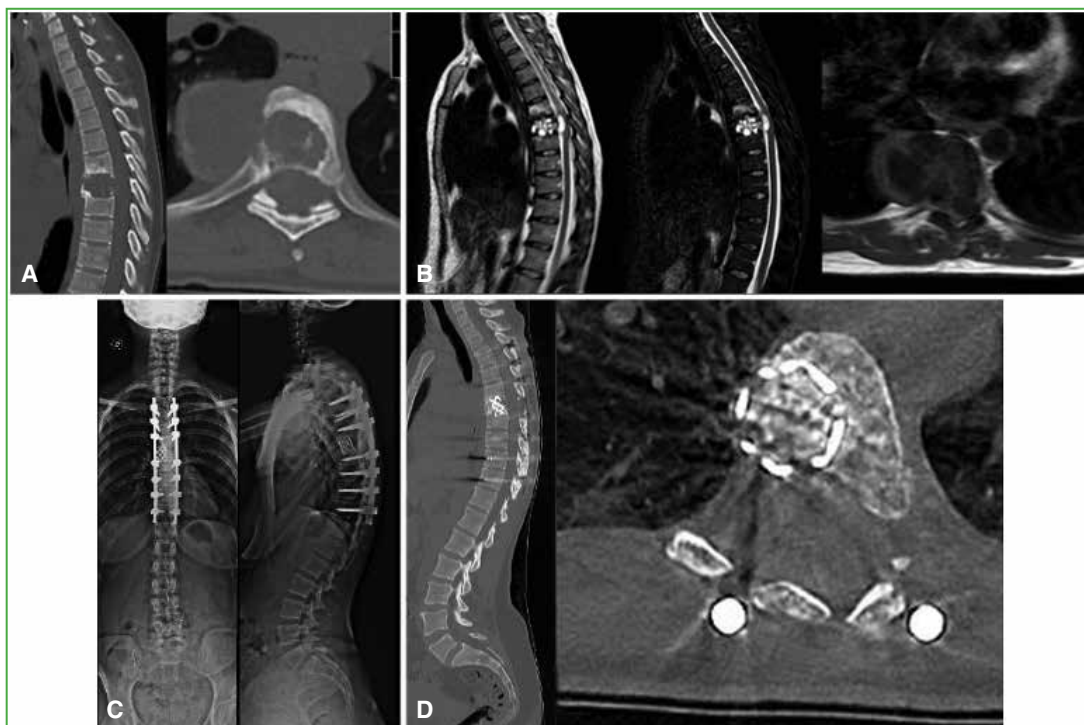


Figura 2. Mujer de 37 años que consulta por dorsalgia y paraparesia. **A.** Tomografía computarizada de columna torácica, cortes sagital y axial. **B.** Resonancia magnética de columna torácica, corte sagital en secuencias T2 y STIR, y corte axial en secuencia T1. **C.** Espinograma posoperatorio. **D.** Tomografía computarizada del sector torácico, cortes sagital y axial a los 2 años de seguimiento.

DISCUSIÓN

La hidatidosis vertebral es una enfermedad infrecuente que tiene una progresión lenta, y que puede provocar complicaciones neurológicas.^{1,2}

En la actualidad, no hay un consenso de expertos para el manejo de la hidatidosis ósea. Se ha propuesto la cirugía radical como opción para curar la enfermedad,^{7,9} pero es difícil eliminar por completo los quistes a nivel espinal, sumado a las complicaciones que pueden sobrevenir dada la cercanía de estructuras neurales.²

El tratamiento farmacológico incluye albendazol (se recomiendan 10-15 mg/kg/día, al menos, por 6 meses continuos), que mejora el pronóstico y disminuye la tasa de recidiva.^{6,7}

La recurrencia local es la complicación más frecuente de la cirugía; el factor predisponente para este evento adverso es la rotura de los quistes durante el procedimiento quirúrgico; para disminuir este riesgo se recomienda la irrigación con solución salina hipertónica.^{2,7}

El artículo de revisión de Cinalli y cols.² incluye 99 pacientes con hidatidosis vertebral: el 68,7% en la columna torácica, el 25% en la columna lumbar, el 2% en la columna cervicotorácica, el 2% en el sacro, el 1% en la columna toracolumbar y el 1% cervical. Setenta y seis pacientes requirieron entre 1 y 5 cirugías, y el 76% sufrió una recidiva local. En el presente artículo, la ubicación más frecuente fue más distal (lumbosacra) y 2 de 7 casos tuvieron una recidiva local, no relacionada con la rotura de vesículas.

CONCLUSIONES

En esta serie, la hidatidosis vertebral afectó más a los hombres, la ubicación más común fue lumbosacra y sacra, y la localización extravertebral más frecuente fue el hígado.

Inicialmente la escala de dolor marcó un compromiso axial e irradiado severo; ambos tipos de dolor respondieron muy bien al tratamiento. El compromiso neurogénico fue nulo o mínimo.

El tratamiento habitual fue la resección quirúrgica con estabilización y la administración de albendazol. La recidiva local es la complicación más frecuente.

Conflicto de intereses: Los autores no declaran conflictos de intereses.

ORCID de J. M. Velasco: <https://orcid.org/0000-0001-8063-3091>
ORCID de L. León: <https://orcid.org/0009-0009-6672-4259>

ORCID de M. Cinalli: <https://orcid.org/0000-0003-2057-4469>

BIBLIOGRAFÍA

1. Sioutis S, Reppas L, Bekos A, Soulioti E, Saranteas T, Koulalis D, et al. Echinococcosis of the spine. *EFORT Open Rev* 2021;6(4):288-96. <https://doi.org/10.1302/2058-5241.6.200130>
2. Cinalli M, Zubieta Orihuela G, Alvarez Martini CA, Arrué A, Bazán PL. Tratamiento de la hidatidosis vertebral y factores que influyen en la recidiva local. Revisión sistemática. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol* 2026;91(1):50-5. <https://doi.org/10.15417/issn.1852-7434.2026.91.1.2131>
3. World Health Organization. *World Health Statistics 2015*. World Health Organization; 2015, p. 162.
4. Gezeran Y, Ökten AI, Çavuş G, Açıık V, Bilgin E. Spinal hydatid cyst disease. *World Neurosurg* 2017;108:407-17. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2017.09.015>
5. Liang Q, Xiang H, Xu L, Wen H, Tian Z, Yunus A, et al. Treatment experiences of thoracic spinal hydatidosis: a single-center case-series study. *Int J Infect Dis* 2019;89:163-8. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2019.09.024>
6. Meng Y, Ren Q, Xiao J, Sun H, Huang Y, Liu Y, et al. Progress of research on the diagnosis and treatment of bone cystic echinococcosis. *Front Microbiol* 2023;14:1273870. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2023.1273870>
7. Neumayr A, Tamarozzi F, Goblrirsch S, Blum J, Brunetti E. Spinal cystic echinococcosis—a systematic analysis and review of the literature: part I. Epidemiology and anatomy. *PLoS Negl Trop Dis* 2013;7(9):e2450. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0002450>

8. Kaloostian PE, Gokaslan ZL. Spinal hydatid disease: a multidisciplinary pathology. *World Neurosurg* 2015;83(1):52-3. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2013.07.106>
9. Cattaneo L, Manciuilli T, Cretu CM, Giordani MT, Angheben A, Bartoloni A, et al. Cystic echinococcosis of the bone: A european multicenter study. *Am J Trop Med Hyg* 2019;100(3):617-21. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.18-0758>