

EQUINOCOCCOSIS DEL MAXILAR INFERIOR

Dres. Jaime Grünberg, J. C. Munyo, N. Calero, J. H. Leborgne,
M. Decia, E. Cerrutti.

La localización máxilo facial de la equinococcosis es poco frecuente, encontrándose en las glándulas salivales, músculos masticadores, lengua, mejilla, etc.

La localización ósea de la equinococcosis constituye, según las estadísticas, sólo el 1 al 2 % del total de la hidatidosis humana.

La rareza máxilo facial y ósea nos llevaron a hacer la publicación de este caso, que es el primero en nuestro medio.

* CASO CLINICO. (1-76). Niño de 7 años, procedente de una zona rural, que comenzó hace 3 años (1973) con una deformación hemifacial derecha, topografiada en la región mandíbulo parotídea. En oportunidad de un empuje inflamatorio, consultó médico, quien indicó antibióticos y el drenaje por vía endobucal, evacuándose un contenido con aspecto de pus.

Se mantiene hasta el 1/76 en que comprueba un aumento progresivo de la deformación, sin otras alteraciones.

No tiene antecedentes patológicos personales ni familiares a destacar.

En los antecedentes ambientales, nos encontramos con la existencia de abundantes perros y ganado ovino.

Al examen se constata la cara asimétrica (Fig. 1) a expensas de una tumoración facial derecha, localizada en la zona del ángulo y rama ascendente de la mandíbula. La piel de la zona es normal. Al examen intrabucal, se constata una deformación de la parte posterior del cuerpo y rama ascendente del maxilar inferior. La mucosa gingival y del espacio retromolar, está edematosas y algo congestivas. La apertura bucal está discretamente limitada, no existiendo dolor espontáneo ni provocado.

* Paciente del Servicio de Otorrinolaringología Dr. J. Carlos Munyo, Hospital Pereyra Rossell.

El estudio radiográfico muestra la existencia de una zona osteolítica multilocular del ángulo y rama ascendente de la mandíbula (Figs. 2-3).

La RX de tórax es normal.

Leucocitosis de 13.200 con 7 % de eosinófilos.

V.E.S. 50 mm. en la 1^a hora.

Fósforo, calcio y fosfatasas normales.

Con estos elementos de juicio, considerando que la incisión efectuada hace 3 años pudiese ser un proceso infeccioso agregado, se planteó que podía corresponder a una displasia fibrosa, a un tumor odontogénico u osteogénico benigno, dada la casi inexistencia de trismus y falta de anestesia mentoniana. Como diagnóstico más alejado: algún tipo de quiste o seudoquiste, o una lesión de contenido sanguíneo.

Se efectuó punción exploradora el 13/3/76 por vía endobucal, atravesando fácilmente los tejidos y cayendo en una cavidad, de la cual se extrajo un contenido con aspecto de pus.

El estudio bacteriológico fue negativo: no cultivó.

En consideración de la imagen radiológica y de la punción, se decidió la exploración quirúrgica y la biopsia.

25/3/7 - Anestesia general con intubación nasotraqueal. Se realiza por vía endobucal, abordaje de la rama ascendente, entrándose, sin interposición ósea, a una cavidad.

El contenido es puriforme y con algunos fragmentos membranosos que se envían a Anatomía Patológica. Sutura con puntos separados.

El estudio anatómico patológico fue efectuado por el Prof. Dr. José Costas, Dra. Renée Balestenat y el Dr. Nelson Raissenweber, quienes informan el diagnóstico de equinococcis (Figs. 4-5).

Conocido este diagnóstico, se realizan los siguientes estudios:

Examen clínico general: normal.

Centelograma hepático: normal.

Estudio inmunobiológico de hidatidosis:

Hemaglutinación positiva 1/256.

Aglutinación del latex (Ef. c/suero al 1/5) positivo; (Ef. c/suero al 1/10) positivo.

Informe: resultado inmunobiológico positivo para la equinococcosis hidática.

Dr. Nelson Reissenweber



Fig. 1. — Deformación facial a derecha al consultar.

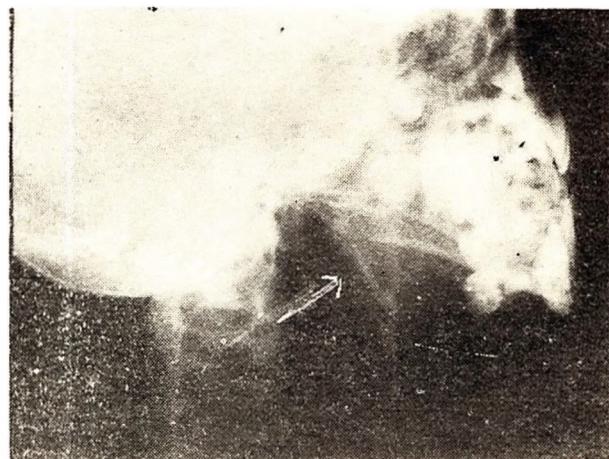


Fig. 2. — Radiografía de hemimáxilar derecho, donde se constata una lesión osteolítica multilocular.

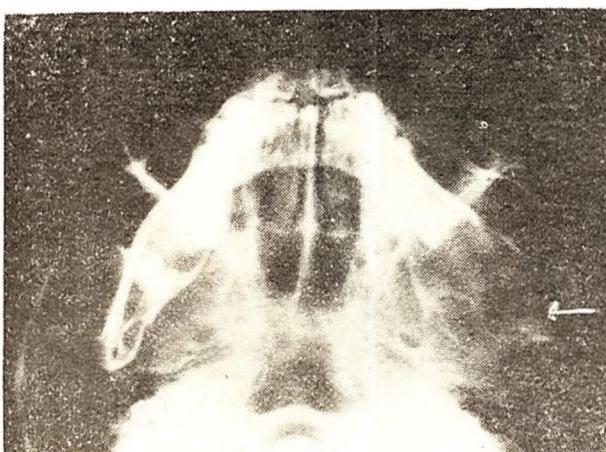


Fig. 3. — Enfoque de base de cráneo. Se pueden comparar ambas ramas ascendentes de la mandíbula, la derecha muestra una zona osteolítica multilocular y ensanchamiento de la misma.

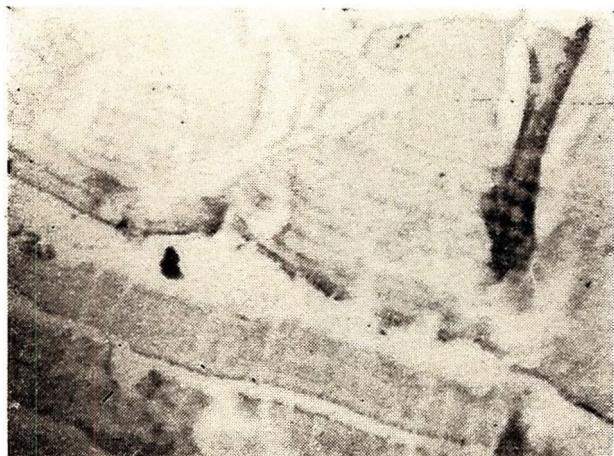


Fig. 4. — Destaca esencialmente el elemento que llevó al diagnóstico directo de equinococosis. Una estructura laminada o cuticular del ectoquiste dispuesta como las capas de una cebolla.



Fig. 5. — Cortes a distintos niveles del ectoquiste con la estructura laminada característica que comprende quitina (mucopolisacárido cornificado). En esta foto se aprecian células inflamatorias y esencialmente células gigantes a cuerpos extraños.

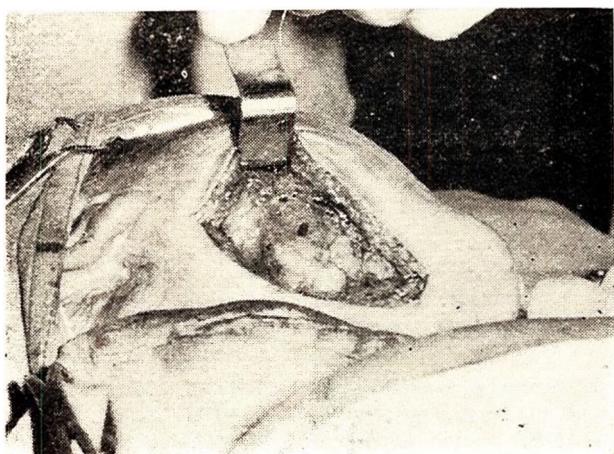


Fig. 6. — La rama ascendente derecha mandibular está soplada y muy modificada.

CONSIDERACIONES TERAPEUTICAS

El pronóstico de la equinococcosis ósea depende de la localización, exteriorización y del tratamiento.

La cirugía radical preconiza la resección de todo el órgano hueso tomado. Esta cirugía asegura el buen pronóstico, pero no es viable en ciertas localizaciones.

La resección parcial, por la dificultad que existe en reconocer el límite del proceso, desmejora el pronóstico.

La cirugía conservadora se reduce al curetage de la cavidad ósea buscando la eliminación de la larva, a lo que se agrega el lavado de la misma con distintas soluciones: formol al 1 % o solución de cloruro de sodio hipertónica al 33 % que busca esterilizar al hueso del parásito evitando la recidiva.

El tratamiento en nuestro paciente fue discutido en distintos ambientes quirúrgicos, dada la falta de experiencia en el tratamiento de esta localización.

Considerándose que se trata de un niño en el que la cirugía radical provocaría graves alteraciones del facies y del aparato masticador, se resolvió hacer un tratamiento conservador y vigilancia posterior.

5/5/76 - Anestesia general con intubación nasotraqueal.

Incisión sub y retroángulo maxilar. Se decolan los tejidos hacia el borde inferior del maxilar, ligando los vasos faciales. Se incide la inserción inferior del masetero. Se constata que la tabla externa en la zona del ángulo y de la rama ascendente, está rechazada hacia afuera y alterada en su aspecto (Fig. 6).

Existe en este sector una pequeña solución de continuidad, que se amplía, efectuándose un curetage minucioso de la cavidad bajo irrigación profusa de solución clorurada hipertónica al 33 por ciento (procedimiento del Prof. Velarde Pérez Fontana).

La tabla interna de la rama ascendente presentaba una solución de continuidad y al efectuar la osteostomía de la tabla externa y el curetage se produjo la fractura mandibular a ese nivel.

Se cerró la herida por planos, realizándose la inmovilización de la mandíbula por fijación interdentaria (Fig. 7).

POST-OPERATORIO

A los 35 días se retira la inmovilización interdentalia.

A los 45 días en la Rx de control se constata una imagen osteolítica (Fig. 8), correspondiendo a la zona operatoria, pero con una condensación ósea periférica.

A los meses consulta por fistulización a nivel de la cicatriz operatoria, efectuándose una resección del trayecto fistuloso con buena evolución.

A los 9 meses se encuentra un proceso con aspecto de pequeño absceso a nivel de la zona operatoria de unos tres milímetros de diámetro.

Su estudio mostró su etiología equinococcica lo que planteó una siembra operatoria.

Las reacciones inmunoelectroforéticas mostrarán un título menor al año de operado.

A los dos años se nota una reestructuración de la mandíbula casi a la normalidad (Fig. 9) y desaparición de la deformación facial (Fig. 10).

A los cuatro años, el estado del niño es incambiado con respecto a la observación anterior.

COMENTARIOS

La equinococcosis humana es una parasitosis aún endémica en nuestro país.

Esta endemia está mantenida por el ciclo que se cumple entre el ganado ovino y el perro.

La forma adulta de la tenia habita en el intestino del perro, huésped definitivo. Los huevos embrionados de la misma salen al exterior con las defecaciones, contaminando el suelo, pasturas, aguas y el propio hígado y pelo del perro. Las ovejas ingieren el huevo embrionado junto con el pasto. El hombre adquiere la enfermedad, generalmente de niño, al acariciar los perros contaminados sus manos con las que lleva huevos y alimentos a la boca. Desde el intestino el embrión excreto pasa a la circulación portal y el 75 % de los mismos quedan en el hígado. Un 10 % restante se localizan en los pulmones, y sólo el 15 % se fijan en otros sectores de la economía, dando la forma larvaria.



Fig. 7. — Fijación intermaxilar como fijación de la fractura.



Fig. 8. — Rx a los 45 días. Se constata la zona osteótica de la intervención realizada con una reacción de condensación periférica.

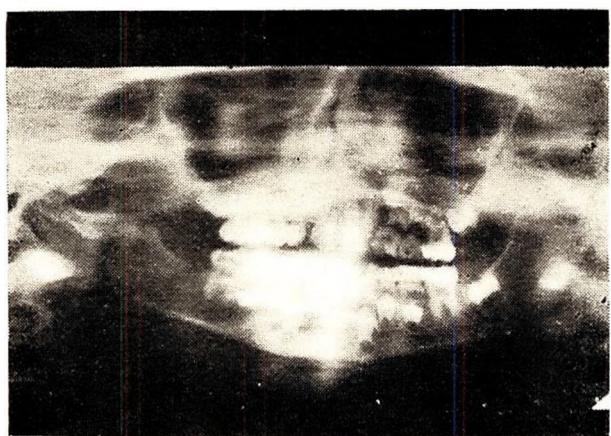


Fig. 9. — Rx panorámica del maxilar a los dos años y medio de operado. Se produjo una reconstrucción satisfactoria de la rama ascendente.



Fig. 10. — Aspecto del niño dos años y medio después de operado, que se mantiene hasta el momento actual.

La localización ósea constituye sólo el 2 %, y generalmente no coexiste con otras localizaciones hepáticas, pulmonares, etc.

Después de la fijación del embrión exacanto se produce su transformación vesicular. En los parénquimas donde no tiene resistencia su crecimiento, adopta la forma quística esférica.

La pared del quiste está constituida de adentro afuera por una capa generatriz o germinativa, sincial que da lugar hacia afuera a la capa quitinosa, anhista, típica laminada con aspecto de clara de huevo cocido y con un espesor que puede llegar en los quistes viejos a 0,5 cms.

Hacia adentro, la capa germinativa origina al líquido hidático, con el aspecto típico de agua cristal de roca, escolices y vesículas hijas.

En la medula ósea, la larva del equinococcosis cambia su biomorfología frente a la resistencia que le ofrece el hueso.

Emite brotes que se adaptan al espacio que se le ofrece entre las trabéculas óseas, dando la vesiculización exógena por lo que morfológicamente se hace microvesicular y multivesicular.

Con el tiempo y lentamente por acción mecánica y tóxica, agrede al hueso que se reabsorbe sin que aparezca reacción osteoformadora. Tardíamente aparecen lesiones líticas evidenciables por la Rx, ya que la infiltración microvesicular no es detectable radiológicamente.

Esta equinococcosis carece de adventicia, por lo que no existe un límite de demarcación preciso, lo que dificulta la tarea quirúrgica. Generalmente no se deforma el hueso, salvo en las etapas finales como en nuestro caso.

Las fracturas patológicas son frecuentes y constituyen muchas veces el debut de la sintomatología, dado que esta parasitosis pasa mucho tiempo asintomática.

Las reacciones osteoformadoras se ven en caso de fracturas o de infección de la equinococcosis.

El contenido de la cavidad ósea está constituido por un magma con aspecto de sopa de arvejas, de color blanco sucio, o marrón oscuro (presencia de sangre), constituido por vesículas muertas, colapsadas, degeneradas más secuestros óseos. No se encuentra el líquido clásico con aspecto de agua cristal de roca.

La punción no es tan peligrosa como en la hidatidosis parenquimatosa, en que se favorece las siembras.

El diagnóstico de certeza se obtiene en forma directa por el hallazgo de elementos hidatídicos: escolices, ganchos, quitinosa coloreada, esta última con carmín de Best, como preconizara Lasnier.

La forma indirecta es a través de reacciones de inmunoelectroforesis.

La reacción de Casoni, desviación del complemento y la eosinofilia, no son positivas en todos los casos: - Casoni (+) en el 59 por ciento.

—Reacción de desviación del complemento (+) en el 60 %.

—Eosinofilia mayor de 5 % en el 36 %.

R E S U M E N

Se realizó la descripción de una equinococcosis ósea mandibular que constituye una localización excepcional. Nosotros pudimos encontrar sólo otro caso en la bibliografía mundial.

Se efectuaron consideraciones epidemiológicas terapéuticas y evolutivas post-operatorias.

BIBLIOGRAFIA

1. Barletta L. P., Rubio V. — Hidatidosis de la mandíbula. La Prensa Médica Argentina. 59: 1037-1039. 1972.
2. Cagnoli H., Gaxotte P. H. — Enciclopedia Médico Chirurgicale (París). 14021 A 10, 1972.
3. Greenway D. F. — Zooparásitos y Zooparasitosis Humanas (Argentina). 116-136, 1952.
4. Ivanisevich O. — Hidatidosis Osea (Argentina). 1934.
5. Leborgne F. — Les Kystes Hydatiques des Os. Bulletin et Memoire de la Société de Radiologie Méd. de France. Janvier 1927.
6. Mackinnon J. E. — Parasitología y Micología Médicas (Uruguay). Tomo II, 116-136, 1952.
7. Timosca G. — L'hidatidose maxillo facial. Revue de Stomatologie (París). 73: 359-368, 1972.