

**POLICLINICO COMUNITARIO DOCENTE AREA NORTE.
CIEGO DE AVILA.**

**Neurocisticercosis. Presentación de un caso.
Cerebral neurocisticercosis. A case review.**

Mayra Cristina Quiñónez Rodríguez (1), Emilio Manuel Delgado Martínez (2), Dania M Quiñónez Rodríguez (3)

RESUMEN

La Cisticercosis cerebral ocurre del 1 al 3% de los pacientes con Tenia no tratada; la presentación clínica es bastante variable pudiendo comprometer tanto el sistema digestivo como el sistema nervioso central. En este informe se trata de una mujer de 24 años, con historia de manifestaciones nerviosas, dolor de cabeza continuo y trastorno psiquiátrico de 3 meses de evolución. Procuró el servicio de salud en el Municipio de Tucumá en Estado de Pará donde la hipótesis fue Disturbios Neurovegetativos (D.N.V.), al no mejorar procura atención en el Hospital Comunitario de Augustinópolis donde se realiza una serie de exámenes complementarios incluyendo Rx de Cráneo tres vistas y Tomografía Axial Computarizada y se remite para valoración por Neurología. Los resultados Tomográficos arrojaron lesiones cisticas con nódulos intramurales localizados en lóbulo parietal derecho del hemisferio cerebral. Fue tratada con Praziquantel, presentando mejora clínica en tres meses sin recaída hasta el momento.

Palabras Clave: CISTICERCOSIS, DISTURBIOS NEUROVEGETATIVOS, PRAZICUANTEL

1. Especialista de 1er grado en Medicina General Integral. Master en Atención Primaria de salud. Profesor Asistente.
2. Especialista en 1er grado en Administración de Salud. Especialista en 1er grado en Ortopedia y Traumatología. Profesor Instructor.
3. Especialista de 1er grado en Medicina General Integral. Diplomada en Pedagogía. Profesor Instructor.

INTRODUCCIÓN

La Tenia Solium fue descubierta por Lineu en 1758 y la Tenia Saginata por Goeze en 1782, su posterior asociación con diversos síndromes clínicos vino a resolver algunos antiguos enigmas etiológicos.(1)(2)(3)(4)(5)(6)

En la historia de la medicina se describen los Cestodes como parásitos obligados tanto en la fase aguda como en la fase larvaria. El adulto en general vive en el intestino delgado del hombre en los animales(mamíferos, aves) y el larvario en el tejido de varios mamíferos incluyendo el hombre.(7)(8)(9)(10)(11)(12)(13)

A pesar que la Tenia es mundialmente conocida como solitaria, lo cual indica que un hospedero abriga apenas un parásito, algunas personas a veces pueden abrigar mas de una Tenia de la misma especie o dos de especies diferentes. Como el parasitismo es bajo normalmente, la forma adulta no es patogénica, pudiendo dividirse la evolución clínica en asintomático donde el hospedero sabe que esta parasitado normalmente por la eliminación de proglotides) sintomática tanto en niños como en adulto, puede observarse malestar general anorexia, dolor abdominal diarrea y vómitos como manifestaciones digestiva.(14)(15)(16)(17)(18)(19)(20)

La forma larvaria de la *Tenia solium*, o cisticercos celulosa es la responsable por las lesiones graves en el organismo humano, conforme a su localización puede causar cisticercosis subcutáneas, muscular, nerviosa o ocular. Los órganos más comprometidos son: ojos(retina, conjuntiva, vítreo), sistema nervioso central(cerebro, meninges y ventrículos cerebrales)

DESARROLLO

Presentación de un caso.

VOC. , DE 24 Años, femenina, casada, ama de casa, natural del Para, procedente de Tucumá, nacionalidad brasilera, con G3P3A0, usa como método anticonceptivo (AOM). Procede de una familia nuclear completa con hijos y vive en el área campo. Su alimentación es a base de arroz, frijoles, harina, carne de res en pocas ocasiones y frecuente carne de puerco a forma de churrasco. Percápita familiar muy bajo. Antecedentes patológicos personales de Sarampión, Papera, Varicela y parasitismo intestinal. Antecedentes patológicos familiares no refiere, nada importante a señalar.

Durante tres meses presento dolor de cabeza intenso y continuo, falta de sueño, vómitos frecuentes, intranquilidad, crisis nerviosas frecuentes, irritabilidad, así como perdida paulatina de los hábitos higiénicos, acompañados de desmayos frecuentes. Procuero asistencia medica en varias unidades de salud, donde su cuadro clínico fue interpretado como trastornos neurovegetativos, al no mejorar decide acudir al Hospital comunitario de Augustinopolis del estado de Tocantins, en fecha del 15 de Abril del 2001, acompañada por su esposo el cual refiere su esposa esta muy enferma.

En el examen físico:

Datos positivos;

Abdomen: Dolor a la palpación en mesogastrio

Neurológico: Intranquila , nerviosismo.

.Resto del examen físico negativo.

Exámenes complementarios: hemoglobina:12.8%, Leucograma8.000 mm, seg.:60%< Lin.:40%, Orina: Negativa, Glicemia:76mg%.

Rx de Cráneo: 3 Vistas: Negativo.

El tratamiento inicial fue sintomático, con hidratación, vitaminas, sedantes y y analgésicos.

En 72 horas no se logra cambio alguno o en su cuadro clínico, se discute en colectivo entre clínico general, ortopédico, radiólogo y cirujano, planteándose las siguientes hipótesis:

1. Proceso expansivo cerebral.
2. Esquizofrenia Paranoide de debut.

Se decide indicar una Tomografía Axial Computarizada y remitir para valoración conjunta en el hospital de Araguaina, por el Neurólogo, y Psiquiatra.

Retorna a nuestro consultorio el 27 de Abril, con los resultados de la T.A.C: (Fig. 1)

- Ausencia de calcificaciones patológicas intracraneales y colecciones liquidas extraaxiales.
- Lesiones cisticas con nódulos intramurales, localizados en el lóbulo parietal del hemisferio cerebral derecho.
- Resto del parénquima cerebral presenta coeficiente de atenuación dentro de los patones de la normalidad.

Cisternas basales y comunicantes de aspecto tomografico normal.

El tronco cerebral y el cerebelo, tienen coeficiente de atenuación y configuración normal.

Se le indico tratamiento con Praziquantel (Cestos) comprimidos de 150 Mg., a razón de 50mg por kilogramo de peso durante 15 días y se le repitió el tratamiento a los 30 días.

Su evolución fue satisfactoria, repitiéndose la TAC a los 6meses con resultados Negativos.

CONCLUSIONES

La forma de presentación de Cisticercosis Cerebral es poco descrita en la literatura. La investigación clínica (con una adecuada anamnesis), epidemiológica, puede lograr el éxito en el diagnóstico de esta enfermedad. En el caso descrito el diagnóstico solo se alcanzó a través de la Tomografía Axial Computarizada.

ABSTRACT

Cerebral cisticercosis is present in 1-3% of patients with non treated taenia. The clinical presentation is too variable. It can affect the digestive system as well as the central nervous system. This report is about a 24 years old female with a nervous manifestation history, persistent headache and psychiatric disorders with a 3 month's evaluation. She was treated in Tucuma municipality in Pará state where the hypothesis was neurovegetative disorder; as she didn't improve she presented in the community hospital of Agustinópolis where different complementary exams were done including three view skull X ray and axial computed tomography and she was referred to neurology service. Tomography results showed cisticercosis with intramural nodes in the right parietal lobule of dominant hemisphere. She was treated with Prezinquel presenting a clinical improvement in three months without relapse till now.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Shandera WX, White CA, Chen JC, Diaz P, Armstrong R. Neurocysticercosis in Houston, Texas. A report of 112 cases. *Medicine* 1994; 73:37-52.
2. Cuetter AC, Guerra LG, Brower RD. Neurocysticercosis: a special problem in the southwestern United States. *J Trop Geogr Neurol* 1992;2:172-76.
3. Dumas M, Grunitsky K, Belo M. Cysticercose et neurocysticercose: enquête épidémiologique dans le nord du Togo. *Bull Soc Path Ex* 1990; 83:263-74.
4. Kruskal BA, Moths L, Teele DW. Neurocysticercosis in a child with no history of travel outside the continental United States. *Clin Infect Dis* 1993;16:290-92.
5. Shantz PM, Moore AC, Muñoz J. Neurocysticercosis in an orthodox jewish community in New York city. *N Engl J Med* 1992;327:692-95.
6. Kong Y, Cho MS. Seroepidemiological observations of *Taenia solium* cysticercosis in epileptic patients in Korea. *J Korean Med Sci* 1993;8:145-52.
7. Costa-Cruz JM, Rocha A, Silva AM. Ocorrência de cisticercose em necropsias realizadas em Oberlandia, Minas Gerais, Brasil. *Arq Neuropsiquiat* 1995; 53:227-32.
8. Garcia HH, Martinez M, Gilman R. Diagnosis of cysticercosis in endemic regions. *Lancet* 1991; 336:549-51.
9. Garcia HH, Martinez M, Gilman R, Martinez M. Cysticercosis as a major cause of epilepsy in Peru. *Lancet* 1993; 341:197-200.
10. Del Brutto OH, Sotelo J. Etiopatogenia de la neurocysticercosis. *Rev Ecuat Neurol* 1993;2:22-32.
11. Bourke GJ, Petana WB Human *Taenia* Cysticercosis: a bizarre mode of transmission. *Trans Royal Soc Trop Med Hyg* 1994; 88:680.
12. Del Brutto OH. Cysticercosis and cerebrovascular disease: a review. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1992; 55:252-4.
13. Del Brutto OH, Santibañez R, Noboa CA, Aguirre R, Diaz E, Alarcón TA. Epilepsy due to neurocysticercosis: análisis of 203 patients. *Neurology* 1992;42:389-92.
14. Medina MT, Rosas E, Rubio-Donnadieu F, Sotelo J. Neurocysticercosis as the main cause of late-onset epilepsy in Mexico. *Arch Intern Med* 1990;150:323-25.

15. Del Brutto OH. CT findings in neurologically normal adults with a single generalized seizure. *J Epilepsy* 1994;7:38-40.
16. Del Brutto OH. Cysticercosis. In: Feldmann E, ed. *Current diagnosis in neurology*. St. Louis: Mosby; 1994. p.125-29.
17. Gauthier N, Sangla S, Stroh-Marcy A, Payen L. neurocysticercose revele par un accident vasculaire cerebral. *J Radiol* 1995;76:119-23.
18. Monteiro L, Almeida-Pinto J, Leite I, Xavier J, Correia M. Cerebral cysticercus arteritis: Five angiographic cases. *Cerebrovasc Dis* 1994;4:125-33.
19. Levy AS, Lillehei KO, Rubinstein D, Stears JC. Subarachnoid neurocysticercosis with occlusion of major intracranial arteries: case report *Neurosurgery* 1995;36:183-88.
20. Del Brutto OH. Single parenchymal brain cysticercus in the acute encephalitic phase: definition of a distinct form of neurocysticercosis with benign prognosis. *JNeurol Neurosurg Psychiat* 1995;58:247-49.

Figura-1

