Caso clínico de neurología: Neurocisticercosis

NEUROLOGY CLINICAL CASE: NEUROCYSTICERCOSIS

Dra. Sindy Sales[1] Dr. Guillermo Muñoz[2]

Los autores Dra. Sales y Dr. Muñoz declaran que no ha tenido relaciones financieras pertinentes a este artículo. Este artículo no contiene una discusión sobre el uso de investigaciones no aprobado de algún producto comercial

Recibido para publicación: marzo 2015.
Aceptado para publicación: junio 2015.

Abreviaturas

TAC:Tomografía Axial Computarizada
RMC: Renonancia Magnética Cerebral
USAC:Universidad de San Carlos de Guatemala

Presentación

Paciente de 9 años de edad, sexo femenino, originaria de Cuilapa, Santa Rosa. Madre refiere que su hija inició hace 1 mes cefalea de aparición súbita y generalizada, la cual no irradia, de intensidad moderada. Se alivia con analgésicos, para lo cual auto médica acetaminofén y paracetamol, no indican dosis de dichos medicamentos, sin embargo, presenta mejoría. A los 3 días reinicia dolor por lo que consultan a Hospital de Jalapa donde la ingresan y realizan estudios de gabinete. Todos los estudiosse encontraban dentro de límites nórmales por lo que deciden dar egreso. Cinco días previos a consultar nuevamente al Hospital,había presentado cefalea intensa de predominio en región frontal y actualmente asociada a visión borrosa. La evalúan nuevamente y deciden realizar TAC la cual es reportada como normal. Por la visión borrosa es evaluada por oftalmología quienes reportan edema bilateral de papila, y deciden referir a este Hospital para continuar con los estudios.

Antecedentes

Paciente producto de embarazo de término, sin antecedentes maternos de importancia, resuelto por césarea indicada por presentación podálica. Llanto espontáneo al nacer. No refiere antecedentes médicos, familiares, quirúrgicos, alérgicos ni traumáticos de importancia. Crecimiento y desarrollo normal para su edad.

Examen físico

Peso: 30 kg, temperatura: 36.5º C; FC: 78 lpm, FR: 22 rpm, P/A: 90/60 mmHg. Paciente alerta, activa, normocefala, pupilas isocoricas y fotorreactivas, movimientos oculares adecuados, no dolorosos, mucosas orales húmedas, cuello móvil, tórax expandible buena entrada de aire bilateral, murmullo vesicular presente, corazón rítmico, sin soplos, abdomen blando y depresible, ruidos gastrointestinales presentes, extremidades móviles y simétricos, neurológico: fuerza muscular conservada en cuatro extremidades, reflejos osteotendinosos presentes. Refiere visión borrosa.

Residente III postgrado de Pediatría, Hospital Roosevelt. Centro Universitario Metropolitano CUM; Facultad de Ciencias Médicas, USAC.

Neumólogo Pediatra. Unidad de Neumología Pediátrica, Hospital Roosevelt.

Evolución

En el Hospital de Jalapa realizan TAC la cual es reportada normal, se presentan imágenes al momento del ingreso.

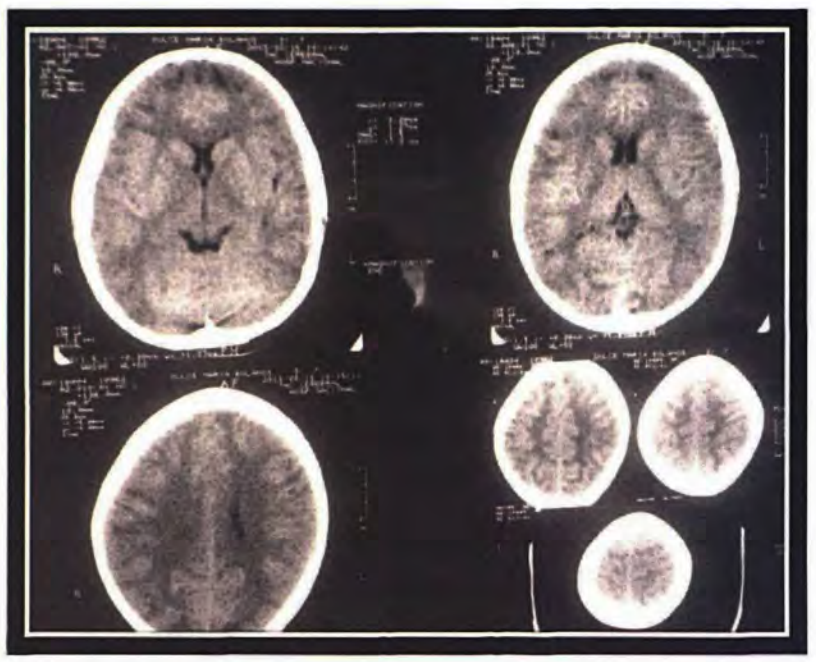

Figura 1. TAC en fase simple. Se observa buena relación entre sustancia gris y blanca, no se evidencian calcificaciones

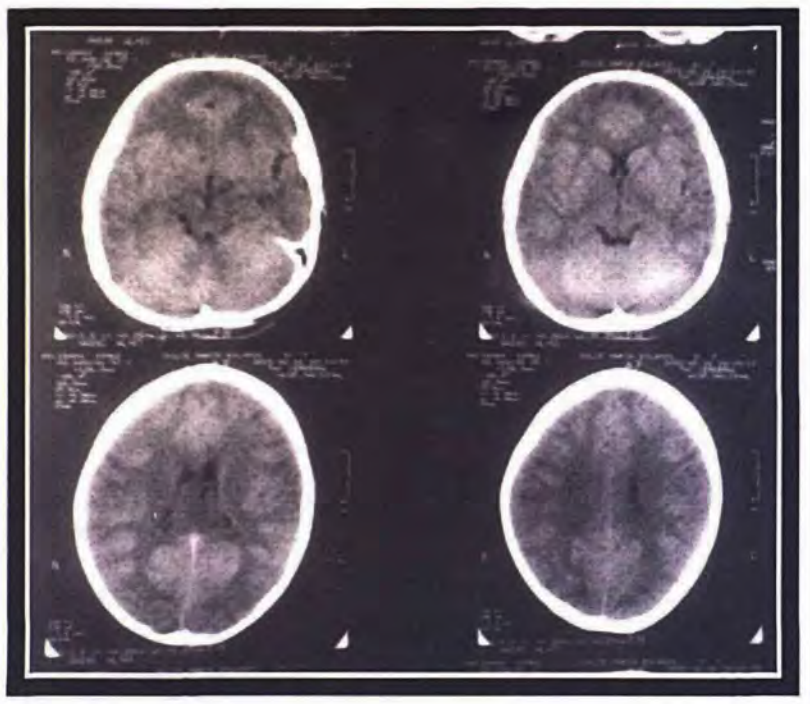

Figura 2. TAC en fase simple. Se observa buena relación entre sustancia blanca y gris, ventrículos laterales, tercer ventrículo sin dilatación.

Evaluación por oftalmología:

- Agudeza visual en ojo derecho 20/25 y en ojo izquierdo 20 /30.
- Nervio óptico bilateral edematizado, resto de examen normal.

Diagnósticos de ingreso:

1. Edema de Papila para estudio.
2. Cefalea para estudio.
3. Estado nutricional adecuado para su edad.

Después de la evalución neurológica y por los antecedentes se realiza RMC.

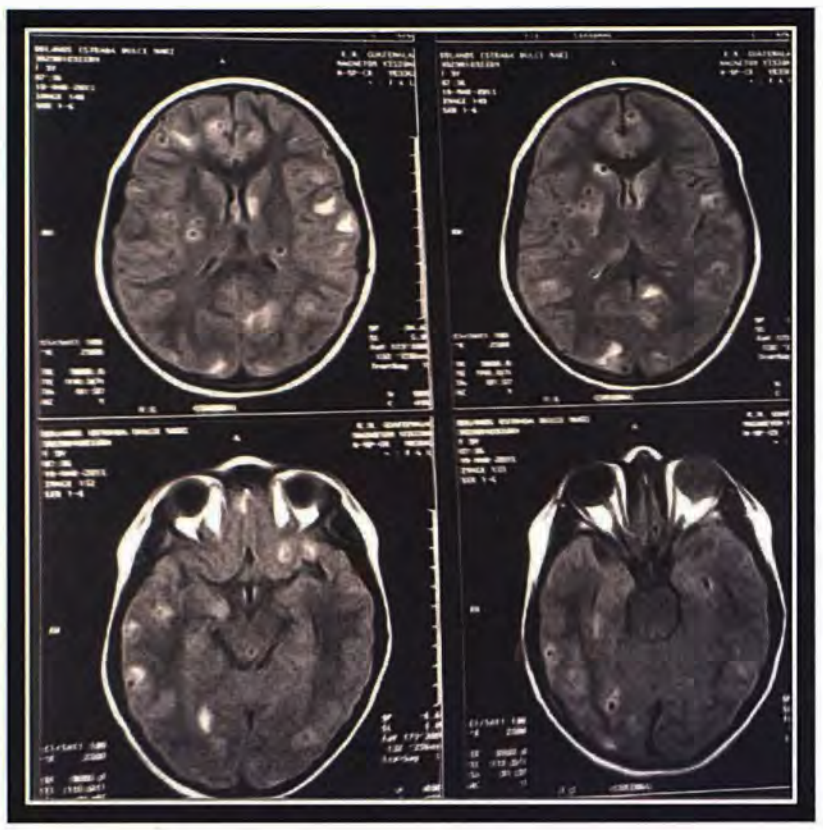

Figura 3. Corte axial en T2 con flair, se puede observar lesiones hipo densas múltiples, redondeadas de bordes lisos, con presencia de hiperintensidad perilesional. Los cuales se consideran lesiones de cisticercosis en fase vesicular con edema alrededor de la lesión.

También se puede ver áreas de hiperintensidad sin lesiones en su interior, los cuales se consideran áreas de edema.

Se inicia tratamiento con dexametasona, previo al inicio de albendazol para disminuir la reacción inflamatoria por destrucción de los cisticercos. A los tres días se inicia tratamiento con albendazol a 15 mg/kg/día, el cual cumple intrahospitalariamente por una semana. Paciente evoluciona adecuadamente por lo que se decide dar egreso con seguimiento por consulta externa de neurología y oftalmología.

Se da egreso con diagnóstico de:

1. **Neurocisticercosis**

Discusión

La cistirercosisesunainfecciónocasionadapor el parásito*Taeniasolium*, la solitaria del cerdoque produce quistes en diferenteszonas del cuerpo.El diagnostico de cisticercosis se basa en neuroimágenes como TAC y RMC las cuales ayudan a evidenciar la morfología, localización de los quistes, carga de infección, etapa de los quistes y presencia de inflamación alrededor de la lesión.Los quistes vivos se pueden evidenciar como lesiones vesiculares, pequeños y redondeados con edema alrededor y el estudio ideal es la resonancia magnética, mientras que las calcificaciones son claramente visibles en TAC como imágenes hiperdensas sin edema periférico.El pronósticogeneralmenteesbueno, a menosque la lesiónhayacausadoceguera, insuficienciacardíaca o daño cerebral, complicacionesque son pocofrecuentes.