

Neurocisticercosis en mujer adulta joven

Neurocysticercosis in young adult woman

José Miguel Vázquez-Rodríguez ^{1*} <https://orcid.org/0000-002-2000-8099>

Elisneidy López-Martínez ² <https://orcid.org/0000-002-9321-4117>

Leslié Fleites-Fonticiella³ <https://orcid.org/0000-002-6549-2865>

¹Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Hospital Clínico Quirúrgico “Manuel Ascunce Domenech”. Camagüey, Cuba.

²Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Hospital Clínico Quirúrgico “Manuel Ascunce Domenech”. Camagüey, Cuba.

³Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Policlínico “X Aniversario”, Nuevitas. Camagüey, Cuba

* Autor para la correspondencia. Correo electrónico: jmvazquez292@gmail.com

RESUMEN

Introducción: la neurocisticercosis constituye la causa más común de epilepsia de inicio en el adulto en países del tercer mundo. Es un grave problema de salud pública debido a sus secuelas permanentes. Se identifica un caso complejo poco frecuente en Brasil, en el cumplimiento del programa “*Mais Médicos para o Brazil*”.

Objetivo: exponer las características clínicas, radiológicas y epidemiológicas de un paciente con neurocisticercosis.

Presentación del caso: se presenta una paciente con síndrome convulsivo que se atiende en la unidad básica de salud Tijuca y es remitida a la Santa Casa Clínica de Birigui en Sao Paulo, donde se le realizó un estudio y se diagnosticó neurocisticercosis. Se trató y estabilizó, pero quedó con secuelas propias de la enfermedad.



Conclusiones: se realizó tomografía axial computarizada que demuestra la presencia de la enfermedad.

Se considera la TAC como un examen clave para el diagnóstico de la neurocisticercosis. Es importante educar a las personas sobre hábitos higiénicos sanitarios adecuados para evitar la enfermedad y las secuelas permanentes que provoca en el sistema nervioso central.

Palabras clave: NEUROCISTICERCOSIS/diagnóstico por imagen; TAENIA SOLIUM; ENFERMEDADES DESATENDIDAS; INFORMES DE CASOS.

ABSTRACT

Introduction: neurocysticercosis is the most common cause of adult-onset epilepsy in third world countries. It is a serious public health problem due to its permanent consequences. A rare complex case is identified in Brazil, in compliance with the “Mais Médicos para o Brazil” program.

Objective: to expose the clinical, radiological and epidemiological characteristics of a patient with neurocysticercosis.

Case presentation: a patient with convulsive syndrome is presented, who is treated at the Tijuca basic health unit and she is referred to the Santa Casa Clinica of Birigui in São Paulo, where a study was carried out and neurocysticercosis was diagnosed. It was treated and stabilized, but she was left with the consequences of the disease.

Conclusions: a computerized axial tomography was carried out that demonstrates the presence of the disease. This is considered a key test for the diagnosis of neurocysticercosis. It is important to educate people about proper sanitary hygiene habits to avoid disease and the permanent sequelae it causes in the central nervous system.

Keywords: NEUROCYSTICERCOSIS/diagnostic imaging; TAENIA SOLIUM; NEGLECTED DISEASES; CASE REPORTS.

Recibido: 17/05/2017

Aprobado: 11/03/2020

INTRODUCCIÓN



La cisticercosis es una enfermedad parasitaria causada por la larva de la *Taenia solium* (*T. solium*) que se desarrolla en los seres humanos después de la ingestión de huevos procedentes de las heces de un portador. Puede causar dos formas distintas de infestación en seres humanos: teniasis adulta del intestino o formas larvarias en los tejidos (cisticercos). El ser humano es el único hospedador definitivo de *T. solium*; los cerdos son los hospedadores intermediarios habituales.⁽¹⁻³⁾

La neurocisticercosis es infrecuente en países musulmanes donde está prohibido comer carne de cerdo. Sin embargo, es considerada la parasitosis más frecuente del sistema nervioso central y la primera causa de epilepsia adquirida en regiones de bajos ingresos, como Asia suroriental, África subsahariana y Latinoamérica. En otras regiones industrializadas como Estados Unidos y Europa, en los últimos 25 años ha resurgido debido al creciente flujo de inmigrantes desde lugares endémicos, se ha convertido en una infección casi exclusivamente importada en estos países.⁽⁴⁻⁶⁾

Las infestaciones intestinales por *T. solium* pueden ser asintomáticas. Los pacientes advierten a veces la eliminación de las proglótides con las heces. Los cisticercos se pueden encontrar en cualquier parte del cuerpo, pero se alojan con mayor frecuencia en el cerebro, líquido cefalorraquídeo (LCR), músculos, tejido subcutáneo y ojo. La sintomatología depende del número y localización de los cisticercos, así como del grado de respuesta inflamatoria y cicatrización que generan. Las manifestaciones más frecuentes son las neurológicas. La encefalitis cisticercosa es más frecuente en niños y mujeres jóvenes, y se caracteriza por deterioro de conciencia, crisis convulsivas, disminución de la agudeza visual, cefalea, vómitos y papiledema. Actualmente hay que tenerla en cuenta en personas portadoras del virus del VIH/sida, a pesar de que algunos investigadores no encuentran relación entre ambas enfermedades.⁽⁷⁻⁹⁾

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta una paciente de 47 años, femenina, oriunda de Birigui, Sao Paulo, Brasil, que vive en área rural del municipio, con historia de deterioro cognitivo progresivo desde hace aproximadamente cinco años. Acude a la Unidad Básica de Salud Tijuca por presentar pérdida de conciencia asociada a convulsiones tónico clónicas. Es remitida al servicio de urgencias de la Santa Casa Clínica donde se le ingresó.

Examen físico:



La paciente presentaba las mucosas húmedas y normocoloreadas, así como 36,8°C de temperatura. Aparato respiratorio: Se constató murmullo vesicular normal, sin estertores y una frecuencia respiratoria de 19 respiraciones por minutos. Aparato cardiovascular: se apreciaron ruidos cardíacos rítmicos y bien golpeados, no se auscultaron soplos; tensión arterial de 120/80mmHg; frecuencia cardíaca de 84 latidos por minutos. Sistema nervioso central: En la paciente se observó somnolencia, disminución de la fuerza muscular y de los reflejos osteotendinosos en hemicuerpo izquierdo, con reflejo medio plantar negativo. En la paciente se observó somnolencia, disminución de la fuerza muscular y de los reflejos osteotendinosos en hemicuerpo izquierdo, con reflejo medio plantar negativo. La impresión diagnóstica sugiere enfermedad degenerativa del sistema nervioso central, para cuya confirmación se indican varios estudios.

La paciente ingresó en la sala de observación de los servicios de urgencia el día 05-09-11 y egresó el día 07-09-11 con diagnóstico de epilepsia, y tratamiento con fenobarbital de 100 mg, una tableta dos veces al día y carbamazepina de 200 mg una tableta tres veces al día.

Estudios analíticos:

Hematocrito: 40 volúmenes por ciento.

Leucograma: 10 000 células/mm³ con el siguiente diferencial: neutrófilos: 83 %, linfocitos: 13 %, plaquetas: 450 000 mm³.

Glicemia: 92 mg/dl

Urea: 15 mg/dl.

Creatinina: 0, 3 mg/dl.

Examen parcial de orina: color amarillo, aspecto transparente, gravedad 1005, Ph 5, cilindros epiteliales escasos, leucocitos: 8 por campo, bacterias escasas.

VIH: negativo.

Heces fecales: áscaris lumbricoides: 23 huevos por campo.

Continuó con crisis convulsivas y es reingresada el día 14 de septiembre del 2011 y egresada el día 23 de septiembre del 2011. Durante su ingreso se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) que mostró lesiones quísticas intraparenquimatosas en ambos hemisferios cerebrales con predominio en hemisferio derecho, de diferentes tamaños, compatibles con neurocisticercosis en etapas vesicular, calcificadas y con edema perilesional (Fig. 1).

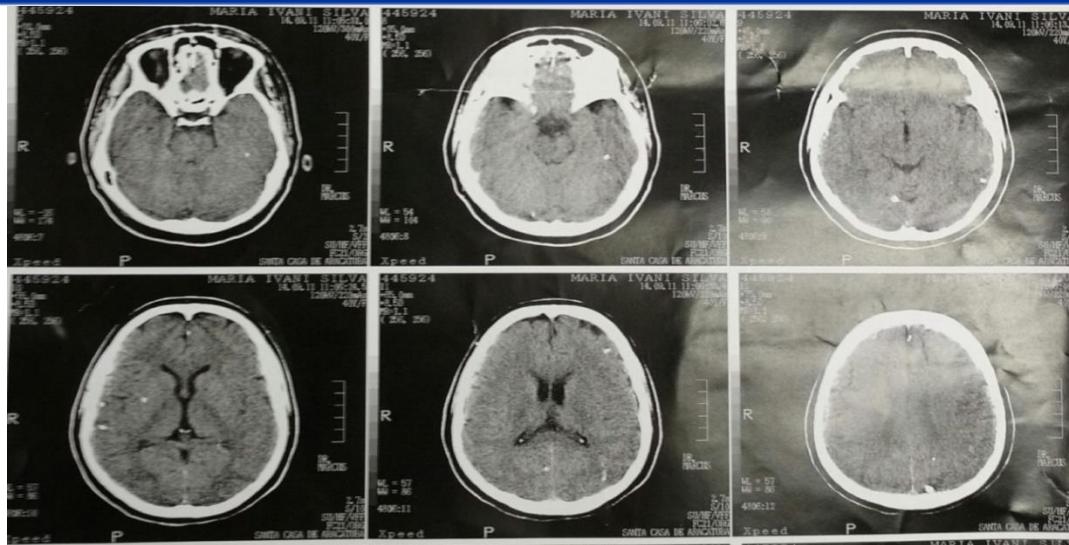


Fig. 1 - Imágenes que muestran los hallazgos de la (TAC).

Tratamiento:

La paciente recibió tratamiento con dexametasona (0,5 mg en 5 ml), con dosis de ataque de 20 mg intravenoso en bolos, seguido de 10 mg intravenoso cada 8 horas durante cinco días, dosis que fue disminuida de manera progresiva hasta retirar el medicamento; albendazol (tabletas masticables de 200 y 400 mg) 800 mg al día durante 14 días; fenobarbital (tabletas de 100 mg) una tableta cada 12 horas; carbamazepina (tabletas de 200 mg) una tableta cada ocho horas. A cuatro años de evolución, la paciente se mantuvo sin presentar crisis convulsivas y con el mismo tratamiento aplicado a su egreso.

DISCUSIÓN

En los países latinoamericanos la ubicación principal de los cisticercos es el sistema nervioso central. La enfermedad puede ser desde asintomática hasta incapacitante y en ocasiones mortal. En la actualidad el diagnóstico se hace por tomografía computarizada o imagen por resonancia magnética con alta confiabilidad, pues ofrecen información sobre el número, la localización y la extensión de las lesiones.

El diagnóstico diferencial de la neurocisticercosis incluye aquellas enfermedades que se asocian con manifestaciones del tipo de meningitis crónica, hidrocefalia, lesiones parenquimatosas ocupantes de espacio o la combinación de cualquiera de ellas.⁽¹⁰⁾



CONCLUSIONES

En este caso la paciente presentó manifestaciones clínicas que podrían corresponderse con otras afecciones con las cuales se logra establecer el diagnóstico diferencial como se mencionó; sin embargo, gracias a la realización de la TAC se estableció el diagnóstico de la enfermedad. La respuesta al tratamiento farmacológico fue favorable. Es muy importante la educación permanente en salud sobre hábitos higiénicos alimentarios con el fin de evitar la adquisición de esta enfermedad que puede provocar daños irreversibles en el sistema nervioso central.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leyva-Rojas KM, Rubio-Rodríguez A, Pérez-Hernández G, Consuegra-Gómez R, Gil-Martínez M. Presentación de un paciente con neurocisticercosis. *ccm* [Internet]. 2015 [citado 23 de febrero 2020];19(3):578-87. Disponible en: <http://www.revcoocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/download/2098/722>
2. Takayanagui O. Neurocysticercosis. *Arq. Neuro-Psiquiatr* [Internet]. 2013 [citado 23 Feb 2020];71(9):710-13. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/anp/v71n9B/0004-282X-anp-71-09b-710.pdf>
3. Sombert-Limonta EL, Fong-Estrada JA, González-Castilla R. Diagnóstico y tratamiento de la neurocisticercosis en una mujer joven. *MEDISAN* [Internet]. 2014 [citado 23 Feb 2020];18(2):271-5. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3684/368445002017.pdf>
4. Sarria-Estrada S, Frascheri-Verzelli L, Siurana-Montilva S, Auger-Acosta C, Rovira-Montilva A. Neurocisticercosis. Hallazgos radiológicos. *Radiología* [Internet]. 2013 [citado 23 Feb 2020];55(2):130-41. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0033833812000355.pdf?locale=es_ES&searchIndex=
5. Manzano-Juárez A, Martínez-García M, Martínez-Andrés M, Sánchez-Bebeta M. Cefalea como presentación clínica de neurocisticercosis. *Rev Clín Med Fam* [Internet]. 2015 [citado 23 Feb 2020];8(2):147-50. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1696/169641406009.pdf>
6. Maquera-Afaray J, Capaquirá E, Conde L. Disseminated cysticercosis: report of a case in Peru. *Rev*



Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2014 [citado 23 Feb 2020];31(2):370-4. Disponible en:

<http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/61/1976>

7. García-Cristiá Y, Molina-Águila N, García-García R, Peña-Fernández M. Evolución clínica de niño angolano con neurocisticercosis tratado en Cuba. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2018 [citado 23 Feb 2020];90(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en:

<http://www.revpediatría.sld.cu/index.php/ped/article/view/291/218>

8. González I, Miranda J, Rodríguez S, Vargas V, Cjuno A, Smeet L, et al. Seizures, cysticercosis and rural to urban migration: the PERU MIGRANT study. Trop Med Int Health. [Internet]. 2015 [citado 23 Feb 2020];20(4):546-52. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/tmi.12456>

9. López-Valencia D, Medina-Ortega A, Saavedra-Torres JS, Zúñiga-Cerón LF, Zamora-Bastidas TO. Neurocysticercosis, unusual manifestations. Rev. Fac. Med. [Internet]. 2016 [citado 23 Feb 2020];64(3):561-4. Disponible en:

https://www.researchgate.net/profile/Jhan_Saavedra_Torres/publication/309461003_Neurocysticercosis_unusual_manifestations/links/58ea4b550f7e9b978f840811/Neurocysticercosis-unusual-manifestations.pdf

10. Escariz-Borrego LI, Chávez-Guerra V, Bazuerto-Moreira G, Farfán-Zambrano X, Cedeño-Arteaga J. Diagnóstico Imagenológico de la neurocisticercosis por resonancia magnética: estudio de un caso. facsalud. [Internet]. 2019 [citado 23 Feb 2020];3(4):13-18. Disponible en:

<https://core.ac.uk/download/pdf/276552433.pdf>

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribuciones de los autores

José Miguel Vázquez-Rodríguez: concepción y diseño del trabajo, redacción del manuscrito y aprobación de la versión final.

Elisneidy López-Martínez: recolección y obtención de información, aporte de material de estudio y aprobación de la versión final

Leslié Fleites-Fonticiella: revisión crítica del manuscrito y aprobación de la versión final.



Financiación

Brigada Médica Cubana en Brasil