

NEUROCISTICERCOSIS: ENFERMEDAD DE DISTRIBUCIÓN MUNDIAL

S. Martínez *; A. Nimo; M. Hernández; E. Colino; J. Poch; J. Cabrera

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil.

Sonia Guadalupe Martínez Mejía, Urbanización Copherfam Portal 7, 6º A. Las

Palmas de Gran Canaria, CP 35014. Móvil 659 957 425. Email

soniamartinez78@hotmail.com

Antecedentes. La cisticercosis constituye la enfermedad parasitaria más frecuente del sistema nervioso central, producida por la larva de *Taenia solium*. En España se reportan casos aislados cada vez más numerosos debido a la llegada de inmigrantes procedentes de países donde la enfermedad es endémica, o en viajeros ocasionales a los mismos. Las manifestaciones clínicas son muy variadas, desde asintomáticos, hasta cuadros neurológicos determinados por la localización y número las larvas, y la respuesta inmunológica del huésped.

Métodos. Descripción del caso clínico de una niña atendida por sospecha de neurocisticercosis.

Resultados. Niña de 3 años de edad, nacida en España, con desarrollo psicomotor normal hasta los 2 años; madre natural de Brasil, ha viajado a este país en 4 ocasiones, con permanencia de 1 a 3 meses. Cuadro clínico de 18 meses de evolución consistente en vómitos, irritabilidad y llanto inconsolable de presentación intermitente, asociando pérdida de peso, fiebre intermitente sin foco aparente, y ataxia leve; 3 meses después, presenta súbitamente incapacidad para la marcha, pérdida de control de esfínteres, estrabismo convergente; escáner craneal con hidrocefalia, colocándose derivación ventrículo peritoneal, con buena evolución. 2 meses previos al ingreso actual, estando en Brasil, presenta súbitamente hemiparesia izquierda, disartria, pérdida del control de esfínteres y crisis convulsivas generalizadas, realizándose resonancia magnética (IRM) cerebral que mostró múltiples lesiones quísticas; punción lumbar con líquido cefalorraquídeo (LCR) alterado, y biopsia cerebral compatible con meningoencefalitis crónica. Tras iniciar tratamiento con ácido valproico y dexametasona, se controlaron las crisis. Exploración física: fenotipo cushingoide. Neurológico: lenguaje escaso, dislalia, estrabismo divergente alternante, pupilas y resto de nervios craneales normales; fuerza muscular con leve disminución global; hipotonía global leve. Ataxia axial con leve aumento en base de sustentación. Estudios microbiológicos y moleculares en suero y LCR negativos para: *Histoplasma capsulatum*, *Toxoplasma gondii*, *Equinococcus granulosus*, *Taenia solium*, *Criptococcus neoformans*. IRM cerebral: múltiples quistes de distribución difusa en parénquima cerebral, cuerpo caloso, tálamo, tronco cerebral, cerebelo, médula, ventrículos laterales y tercer ventrículo, marcada hidrocefalia. Biopsia cerebral: PCR *Taenia solium* negativo. Tratamiento: Albendazol, ácido valproico y corticoides sistémicos. Recambio valvular.

Conclusiones. La neurocisticercosis debe incluirse como diagnóstico diferencial en aquellos pacientes procedentes de áreas endémicas que presenten síntomas neurológicos, principalmente convulsiones. El tratamiento es controvertido y depende de la forma y tipo de enfermedad, así como de la ubicación y número de quistes, y las complicaciones asociadas. Es necesario familiarizarnos con esta patología para realizar su diagnóstico precoz y disminuir la posibilidad de secuelas.

SOLICITADO..... POSTER