

1)Justificación: Debido al importante fenómeno migratorio están apareciendo patologías que no estamos acostumbrados a reconocer ni a tratar. Entre estas queremos destacar la neurocisticercosis (NCC), cada vez de mayor prevalencia, y cuyo tratamiento es controvertido.

2)Métodos: A partir de dos casos clínicos se analizan las diferentes opciones terapéuticas realizándose una revisión bibliográfica de la literatura existente sobre el tema.

3)Resultados: Paciente 1: Varón 6 años. AP: sd nefrótico de causa desconocida. Llegado a España procedente de Ecuador hacía 2 meses. EA: Coincidiendo con episodio de hipocalcemia ( $Ca^{2+}$ :0,7) convulsión tónico-clónica generalizada. TAC craneal: dos lesiones nodulares en parénquima cerebral. Fondo de ojo:N. Mantoux(+).BAAR en jugo gástrico(-). Parásitos en heces(-).Inmunología para cisticercosis(Elisa): IgG positiva baja. Se decide no tratar. Paciente2: Mujer 3 años. A.P: RNPT de 1500gr.Hipertonia generalizada benigna con hiperreflexia a los 5meses; posterior desarrollo neurológico normal. Llegada desde la India hacía 8 meses. E.A: 6 episodios de crisis convulsivas generalizadas en los 2 meses previos al ingreso.RM craneal: 2 lesiones nodulares occipitales derechas rodeadas por importante edema. Fondo de ojo:N. Parásitos en heces(-).Inmunología para cisticercosis(Elisa): IgG positiva. Se decide tratamiento antihelmíntico, corticoideo y anticonvulsivo.

4)Conclusiones: El tratamiento antihelmíntico en la NCC debe ser individualizado, y basarse en el número, viabilidad y localización de las lesiones existentes. En cualquier caso, es prioritario el tratamiento sintomático ( edema cerebral y anticonvulsivo) sobre el antihelmíntico (albendazol). Éste último nunca se administrará en caso de encefalitis NCC, cisticercosis ocular, ni en lesiones calcificadas (parásito degenerado).