Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):71

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/3734 - CRISIS EPILÉPTICA SECUNDARIA A NEUROCISTERCOSIS (NCC)

R. Rodríguez Sánchez[a], Á. Rodríguez de Cossio[b], M. Justicia López[b], G. Rufino Portillo[b], M. Merino Pella[b], E. Paralelo Muñoz[c], D. Pérez Manchón[c], L. Ibáñez Aparicio[c], J. Figueroa Achapar Mancho[b] y M. Arana Zumaquero[b]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Pintores. Parla. [b]Médico de Familia; [c]DUE. Centro de Salud Villanueva de la Cañada. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón peruano de 35 años sin antecedentes de interés, es traído al Centro de Salud (C.S.) por presentar un episodio de sensación de desviación comisura facial con pérdida de consciencia y estado postictal presenciado por su mujer. Al llegar al (C.S.) se encuentra estable, pero en el trascurro de la exploración presenta un episodio convulsivo tónico–clónica generalizada con pérdida de consciencia y estado poscrítico de 10 minutos. Se administra 5 mg de diazepam IV siendo efectivo, no recuerda lo sucedido. No relajación de esfínteres, ni mordedura de lengua.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 135/85, FC: 85 l/m. AP: mvc. AC: rítmico, no soplos. EKG: ritmo sinusal, 51 lpm qR en I y aVL. Repolarización precoz. Analítica: normal. Exploración neurológica: consciente orientado, GCS 14/15(M6, V5, O3) en estado poscrítico. Hiporreflexia generalizada +/++++. Resto normal. Se deriva a urgencias hospitalarias, donde se realiza RNM: lesiones calcificadas y una lesión que capta contraste en anillo con edema circundante, sugestivo de NCC. Como una de las lesiones podría estar en estadio coloide (parasito viable) se añade a levetiracetam, abendazol, dexametasona. No se aconseja cirugía por el reducido tamaño de la afectación cerebral.

Juicio clínico: Neurocisticercosis, Epilepsia 2ª.

Diagnóstico diferencial: Tumores cerebrales. Abscesos cerebrales.

Comentario final: La NCC es una enfermedad causada por la *Taenia solium*, frecuente en SNC y la primera causa de epilepsia adquirida de inicio tardío en las áreas endémicas. Para su diagnóstico es esencial la sospecha clínica, basada en datos epidemiológicos, clínicos, inmunológicos y de neuroimagen. Hay un aumento en nuestro país, debido a inmigrantes, donde es endémica en su país. Clínica más frecuente: crisis epilépticas (70%), cefalea (40%). Paradójicamente los síntomas, suele aparecer o agravarse en la fase de "curación" debido a la reacción inflamatoria cerebral 2ª a la respuesta inmune. El quiste celuloso es el más frecuente y el que aparece en nuestro caso, y se ve el escólex en RMN, es diagnóstico de certeza.

Bibliografía

1. Fleury A, Cardenas G, Adalid-Peralta L, Fragoso G, Sciutto E. Immunopatothology in Taenia

Solium neuneurocysticercosis. Review. Parasite Inmunol. 2016;38:147-57.

Palabras clave: *Crisis epiléptica. Neurocistercosis.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.