

696 **Heriberto Rodríguez Hilario^a**
Lucía B. Díaz Meca^b
Isabel Níguez Sevilla^b

Neurocisticercosis y gestación

^aSección de Neurología. Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia). España.

^bServicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia). España.

Correspondencia:

Dr. H. Rodríguez Hilario.
C/Sorolla, 3, 1.º C. 30100 El Puntal (Murcia). España.
Correo electrónico: bertoux@ono.com

Fecha de recepción: 22/8/2007.

Aceptado para su publicación: 7/1/2008.

Neurocysticercosis and pregnancy

RESUMEN

Describimos el caso de una gestante de 29 semanas que ingresó tras presentar una crisis comicial generalizada tónico-clónica, sin antecedentes de epilepsia. Se descartó en un primer momento, por la clínica y la analítica, el cuadro de eclampsia y se contactó con neurología, que tras el estudio exhaustivo de la paciente la diagnosticó de neurocisticercosis cerebral. El tratamiento etiológico permitió llevar la gestación a término con normalidad, evitando así la gran morbimortalidad que hubiera supuesto finalizar la gestación prematuramente de no haber realizado un correcto diagnóstico diferencial. Mostramos también la necesidad de descartar enfermedades parasitarias no endémicas en nuestro medio en población inmigrante.

PALABRAS CLAVE

Neurocisticercosis. Gestación. Eclampsia. Convulsión. Inmigración.

ABSTRACT

We describe the case of a 29 weeks pregnant woman admitted after suffering her first generalised

tonic-clonic seizure. Eclampsia was first ruled out by means of clinical history and analytical findings. The neurology department, after an exhaustive study, diagnosed the patient with cerebral neurocysticercosis. She received aetiological treatment which enabled her to have a normal pregnancy and delivery, thus avoiding a pre-term delivery, which is associated with high foetal morbidity and mortality. We also show the need to rule out non-endemic parasitic infection in our immigrant population.

KEY WORDS

Neurocysticercosis. Pregnancy. Eclampsia. Seizures. Immigration.

INTRODUCCIÓN

La incidencia del comienzo de la epilepsia entre las edades de 18 a 40 años es del 0,03% por año, por tanto, no es de extrañar que esta debute a veces durante el embarazo, bien por mera coincidencia o porque factores asociados con el embarazo contribuyen a que se manifiesten.

Además de las etiologías habituales que deben considerarse siempre en el diagnóstico de epilepsia (tabla 1)¹, hay que tener en cuenta algunas causas

Tabla 1. Etiología de la epilepsia entre los 25-40 años

<i>Edad</i>	<i>Etiología</i>
25-40 años	Trauma Tumores primarios del sistema nervioso central Etilismo crónico Drogas ilícitas Epilepsia secundaria a daño cerebral temprano Malformaciones vasculares Infecciones del sistema nervioso central Esclerosis múltiple

que son específicas o que intervienen con mayor frecuencia en el embarazo (tabla 2)².

En este artículo presentamos el caso de una gestante que acudió a nuestro centro tras presentar una primera crisis comicial.

CASO CLÍNICO

Mujer de 25 años, de nacionalidad ecuatoriana, con un aborto previo, sin antecedentes familiares ni personales de interés.

Acudió al hospital en la semana 29 de gestación trasladada desde su domicilio en ambulancia tras presentar un episodio de crisis epiléptica de tipo generalizada tónico-clónica, que cursó con pérdida de conocimiento, movimientos convulsivos de las 4 extremidades, liberación de esfínteres, vómitos y cefalea postictal.

A su llegada al hospital, la paciente estaba consciente, con una puntuación en la escala de Glasgow de 15 y constantes normales (presión arterial [PA] 120/70 y temperatura de 36 °C). Se realizó una cardiocografía externa donde se objetivó un feto vivo con patrón reactivo acorde a la edad gestacional y ausencia de dinámica. En la analítica la paciente presentaba anemia leve (hemoglobina 11,5 g/dl y hematocrito 35%), sin plaquetopenia y con función renal y hepática normales. En la muestra de orina aislada no se objetivó proteinuria.

Dada la sospecha inicial de eclampsia, se instauró tratamiento con diazepam en infusión intravenosa y se monitorizó la PA pero no se hallaron cifras superiores a la normalidad. Debido a la prematuridad de la gestación y la estabilidad clínica de la paciente, se decidió seguir una conducta expectante y realizar controles exhaustivos de las constantes en planta.

Posteriormente, el servicio de neurología valoró a la paciente. Las imágenes de resonancia magnética (RM) cerebral mostraron hallazgos compatibles con neurocisticercosis (fig. 1) por lo que se instauró tratamiento con corticoides, antiparasitario (Prazicuantel®) y medicación antiepiléptica (Lamotrigina®).

Se dio de alta a la paciente asintomática y controlada de forma ambulatoria por parte de neurología y ginecología. Reingresó en la semana 39 + 4 de gestación en período activo de parto, que finalizó de forma eutócica. Nació una mujer de 3.420 g, con una puntuación en la prueba de Apgar de 9/10. No se administró anestesia epidural. El puerperio transcurrió

Tabla 2. Causas de ataques epilépticos durante el embarazo, el parto y el puerperio

<i>Etiología</i>	<i>Período de máxima incidencia</i>
Epilepsia (preexistente o de novo)	Cualquiera
Tumor cerebral primario	2.º-3.º trimestre
Coriocarcinoma metastásico	Puerperio
Hemorragia intracraneal	2.º-3.º trimestre
Feocromocitoma	1.º, 2.º y 3.º trimestre
Infarto cerebral arterial	2.º-3.º trimestre, puerperio
Eclampsia	3.º trimestre
Púrpura trombótica trombocitopénica	3.º trimestre, puerperio
Embolismo de líquido amniótico	Parto
Hiperhidratación	Parto
Efecto tóxico de anestésicos locales	Parto
Trombosis cerebral venosa	Puerperio

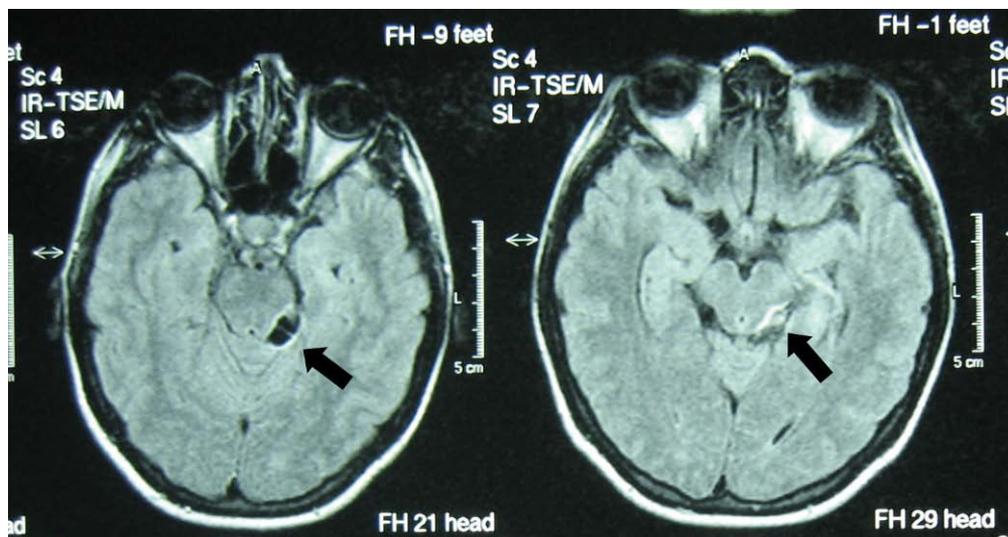


Figura 1. Imagen de resonancia magnética cerebral. Secuencia Flair que muestra una imagen de características quísticas con pared engrosada de unos 1,5 cm y localizada en la porción izquierda de la lámina cuadrigémina compatible con neurocisticercosis.

con normalidad. Actualmente sigue en tratamiento antiepiléptico y no ha presentado nuevas crisis.

DISCUSIÓN

La cisticercosis es la parasitosis de sistema nervioso central (SNC) más frecuente y un grave problema de salud pública en muchos países: México, Centro y Sudamérica, India, China y África subsahariana. La enfermedad es infrecuente en países desarrollados. En España aún se observan casos, especialmente en Extremadura, Castilla y Andalucía, pero cada vez son más infrecuentes. Dados los intensos flujos migratorios actuales, la podemos encontrar entre los inmigrantes de zonas endémicas³.

La neurocisticercosis es el resultado del enquistamiento en el SNC de la larva de *Taenia solium*. El ser humano alberga la tenia adulta, cuyos proglótidos (segmentos) grávidos cargados de huevos se eliminan con las heces; estos huevos son ingeridos por el cerdo, que suele ser el huésped intermedio. El embrión del huevo (oncosfera) atraviesa la pared intestinal y se desarrolla como una larva o cisticerco en el músculo y otros tejidos del cerdo. El hombre se contamina por una doble vía: bien directamente con cisticercos al comer carne infectada y mal cocida o adquiriendo los huevos igual que el cerdo, a través de aguas fecales o por autoinfestación en portadores

de tenia. Los huevos se transforman en oncosferas que atraviesan la pared y se diseminan por vía hematológica llegando al músculo estriado, al ojo y al SNC, donde se convierten en larvas y se enquistan. Estas larvas enquistadas pueden calcificarse o formar cisticercos, vesículas con escolex intacto y viable, dependiendo de la respuesta inmunitaria del huésped. La localización y el tipo de quistes condicionan en gran parte la sintomatología, desde crisis comiciales y defectos focales (formas parenquimatosas), hasta hipertensión intracraneal (quistes intraventriculares) o meningitis crónica (formas meníngicas)⁴.

El diagnóstico se realiza mediante: radiografía simple de partes blandas (músculo) y cráneo (calcificaciones únicas o múltiples); neuroimagen por tomografía computarizada (TC) y RM, examen del líquido cefalorraquídeo (LCR) y pruebas serológicas sanguíneas o en el LCR.

El tratamiento de la neurocisticercosis incluye fármacos cisticidas (Prazicuantel® o Albendazol®), medidas sintomáticas y/o cirugía. Esto dependerá del número, la localización y la viabilidad de los parásitos en el SNC⁵.

El interés del caso radica en el diagnóstico diferencial de la primera crisis epiléptica en la gestante, en la cual se piensa en un primer momento en posible eclampsia, aunque al cursar con cifras de PA y estudios analíticos dentro de la normalidad se decide adoptar una actitud expectante para evitar un

parto prematuro. El estudio neurológico y un adecuado tratamiento permitieron la finalización de la gestación con normalidad y a término.

En los últimos años, algunas naciones europeas como España han experimentado un movimiento

migracional muy importante de zonas endémicas, por lo que la cisticercosis surge como una causa más que se debe descartar en pacientes jóvenes originarias estos países que debutan con epilepsia en la gestación⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asconapé J, Gil-Nagel A. Tratado de epilepsia. 1.^a ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España; 2004. p. 39.
2. Asconapé J, Gil-Nagel A. Tratado de epilepsia. 1.^a ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España; 2004. p. 236-38.
3. Zarranz JJ. Neurología. 3.^a ed. Madrid: Elsevier España; 2004. p. 349-52.
4. Molina JA, Luquin MR, Jiménez-Jiménez FJ. Manual de diagnóstico y terapéutica neurológicos. 1.^a ed. Barcelona: Viguerras Editores S.L.; 2002. p. 269-70.
5. Del Brutto OH. Neurocisticercosis: actualización en diagnóstico y tratamiento. Neurología. 2005;20:412-8.
6. Giménez-Roldán S, Díaz F, Esquivel A. Neurocisticercosis e inmigración. Neurología. 2003;18:385-8.