

Mujer gestante con neurocisticercosis tratada con praziquantel

Pregnant woman with neurocysticercosis treated with praziquantel

Sr. Director:

La neurocisticercosis como causa de epilepsia incidente durante el embarazo es muy infrecuente.

Presentamos el caso de una mujer de 30 años boliviana sana, primigesta, de 27 semanas, que ingresa por una convulsión tónico-clónica generalizada, precedida de cefalea y movimientos involuntarios del brazo derecho. La exploración física y la neurológica fueron normales. El hemograma, la bioquímica y el electrocardiograma fueron normales. En la resonancia magnética (RM) de cráneo se observaron en los lóbulos parietales y en el temporal derecho cinco lesiones quísticas corticales y subcorticales, de entre 1 y 2 cm, bien delimitadas, hipointensas, con un nódulo mural hiperintenso que representa un escólex, sin edema perilesional, y otra en el parietal izquierdo de 1 cm con edema (fig. 1). La serología para cisticercosis por ELISA fue negativa. La ecografía y RM fetales fueron normales. A los 3 días presentó otra crisis parcial, por lo que se inició tratamiento con carbamazepina, praziquantel y dexametasona. La paciente permaneció asintomática hasta el parto, que fue vaginal y espontáneo, de una niña de 3.810 g de peso, con APGAR 9/10. A los 3 meses tras el parto, y bajo tratamiento con carbamazepina, se mantiene sin crisis, y en la RM craneal se aprecian únicamente 2 lesiones residuales.

La neurocisticercosis se desarrolla al ingerir agua o alimentos contaminados con los huevos fertilizados por *Taenia solium*. Los síntomas dependen de la localización, estadio y número de las lesiones y de la respuesta inflamatoria local.

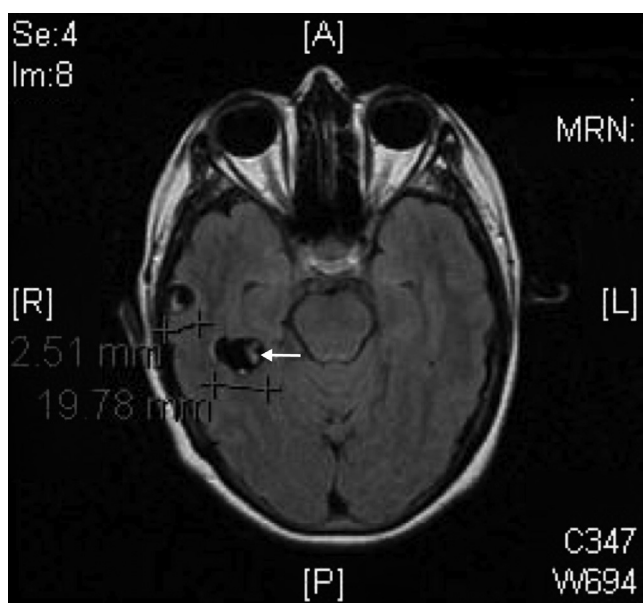


Figura 1 RM de cráneo donde se objetivan una lesión con un nódulo mural hiperintenso (flecha blanca) que representa el escólex sin edema perilesional y otra en el parietal izquierdo de 1 cm con edema.

Predominan las convulsiones, síntomas cerebrales focales o de hipertensión intracraneal. El diagnóstico se hace por neuroimagen, resultando patognomónico el hallazgo de lesiones en las que se visualiza el escólex. La serología por inmunoblot o ELISA es positiva en el 28-94% según la actividad y número de las lesiones¹.

Hemos encontrado publicados 41 casos de neurocisticercosis y embarazo^{2,3}, conociéndose en 31 previamente el diagnóstico. No hay mayor incidencia de complicaciones en la madre ni el feto que en otras causas de epilepsia y el parto es en general espontáneo¹. Si las lesiones originan crisis repetidas se aconseja iniciar tratamiento anticonvulsivo, recomendándose carbamazepina o levetiracetam por su menor teratogenicidad (categorías de riesgo durante la gestación D y C de la FDA respectivamente⁴). Se aconseja la administración de fármacos antiparasitarios si se objetivan más de 5 lesiones^{5,6}, asociando corticoides para minimizar el edema secundario a la destrucción de los quistes. En nuestro caso elegimos el empleo de praziquantel por no estar contraindicado en la gestación, siendo considerado como categoría B de riesgo de teratogenicidad por la FDA⁴, mientras que el albendazol es considerado como categoría C⁴. Solo 2 de los casos publicados de coincidencia de epilepsia y neurocisticercosis fueron tratados, a pesar de existir en otros quistes múltiples^{1,7}. El pronóstico de la epilepsia es bueno, con la resolución total de las lesiones salvo si están calcificadas.

Bibliografía

1. White AC, Weller PF, Baron EL. Clinical manifestations and diagnosis of cysticercosis. En: Basow DS, editor. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2012.
2. Pandian JD, Venkateswaralu K, Thomas SV, Sarma PS. Maternal and fetal outcome in women with epilepsy associated with neurocysticercosis. *Epileptic Disord.* 2007;9:285-91.
3. Singhal SR, Nanda S, Singhal SK. Neurocysticercosis as an important differential of seizures in pregnancy: two case reports. *J Med Case Rep.* 2011;5:206.
4. Lacy CF, Armstrong LL, Goldman MP, Lance LL. Drug information handbook. 21th Hudson, Ohio: Lexi-Comp, Inc; 2012.
5. White AC, Weller PF, Baron EL. Treatment and prevention of cysticercosis. En: Basow DS, editor. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2012.
6. García HH, Evans CA, Nash TE, Takayanagui OM, White Jr AC, Botero D, et al. Current consensus guidelines for treatment of neurocysticercosis. *Clin Microbiol Rev.* 2002;15:747-56.
7. Thaker HK, Tacconi L, Snow MH. Neurocysticercosis in pregnancy. *Br J Neurosurg.* 2001;15:284.

M.D. García de Lucas^{a,*}, S. Domingo^a, C. Lozano^b y J. Olalla^a

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

^b Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gdelucaslola@gmail.com (M.D. García de Lucas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2012.12.003>