

Neurocisticercosis, una causa infrecuente de cefalea

J. Martínez Pérez^a, D. Caldevilla Bernardo^a y A. Villena Ferrer^b

^aEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

^bEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Villarrobledo. Albacete.

El aumento de población inmigrante en nuestro país, requiere una actualización continuada en el diagnóstico y manejo de enfermedades que hasta ahora eran excepcionales en nuestro medio, pese a ser endémicas en países en vías de desarrollo.

Presentamos el caso de un varón boliviano de 28 años que acude a un Servicio de Urgencias por presentar cefalea, mareo y fotopsias de 5 días de evolución, detectando una cuadrantanopsia izquierda como único dato en la exploración. El diagnóstico de neurocisticercosis en Urgencias se establece por tomografía axial computarizada craneal. Es ingresado en Neurología y tratado con albendazol, prednisona y fenitoína permaneciendo asintomático al alta.

La neurocisticercosis es una zoonosis, endémica en países de bajo nivel socioeconómico y excepcional en nuestro medio hasta hace unos años, que ocurre por la afectación del sistema nervioso central por la larva de la *taenia solium* al ingerir carne de cerdo poco cocinada que contiene cisticercos.

Palabras clave: inmigración, zoonosis, neurocisticercosis.

INTRODUCCIÓN

El aumento de población inmigrante en España hace que tengamos que familiarizarnos con una serie de patologías excepcionales hasta hace unos años en nuestro entorno pero endémicas en países de bajo nivel socioeconómico como América Latina, África y Sudeste asiático, ya que su diagnóstico y tratamiento no pueden pasar desapercibidos¹.

CASO CLÍNICO

Varón de 28 años, boliviano residente en España desde hace un mes, fumador de 20 cigarrillos/día, sin otros antecedentes de interés. Acude al Servicio de Urgencias por pre-

Increase of the immigrant population in our country requires continued up-dating in the diagnosis and management of diseases that were rare in our setting up to now, in spite of being endemic in developing countries.

We present the case of a 28 year old Bolivian man who came to the emergency service due to headache, dizziness and photopsia of 5 days evolution, detecting a left quadrantanopsia as only data in the examination. The diagnosis of neurocysticercosis in the emergency service was established by cranial computerized tomography scan. He was hospitalized in neurology and treated with albendazole, prednisone and fenitoin, remaining asymptomatic on discharge.

Neurocysticercosis is a zoonosis, endemic in countries having low socioeconomic level and rare in our setting until a few years ago. It occurs due to involvement of the central nervous system due to *taenia solium* larva when undercooked pork that contains cysticerci are eaten.

Key words: immigration, zoonosis, neurocisticercosis.

sentar desde hace 5-6 días cefalea que cede parcialmente con paracetamol, junto con sensación de mareo. Refiere además fotopsias de segundos de duración desde la aparición del cuadro, que desde hace 24 horas son constantes. Sin otra clínica asociada. Exploración física: afebril, consciente y orientado. Buen estado general. Buena coloración.

Exploración neurológica: cuadrantanopsia izquierda, siendo el resto de la exploración neurológica y por aparatos incluyendo fondo de ojo sin hallazgos. Se practicó hemograma, bioquímica y coagulación que resultaron normales. Dada la clínica y la exploración neurológica se realizó tomografía axial computarizada (TAC) craneal (fig. 1), donde se visualizan en lóbulo occipital derecho dos imágenes hiperdensas rodeadas de un área difusa, hipodensa, mal definida, que tras administración de contraste intravenoso presentan captación importante en anillo compatibles con neurocisticercosis activa (fig. 2). Ante los hallazgos encontrados el paciente ingresó en planta, donde se determinaron anticuerpos en sangre para cisticercosis me-

Correspondencia: D. Caldevilla Bernardo.
C/Tejares 72, 5.^o A.
02002 Albacete.

Correo electrónico: dcaldevilla@ono.com

Recibido el 12-1-04; aceptado para su publicación el 1-4-04.



Figura 1.



Figura 2.

diante ELISA que resultaron positivos y se inició tratamiento con albendazol a dosis de 400 mg/día, prednisona 60 mg/día y fenitoína 300 mg/día. La evolución fue favorable, desapareciendo los síntomas, por lo cual fue dado de alta. Actualmente sigue revisión en consultas de Neurología y médico de cabecera, permaneciendo asintomático.

DISCUSIÓN

La neurocisticercosis es la afectación del sistema nervioso central causada por la larva del helminto *taenia solium*. El ser humano adquiere la teniasis cuando come carne de cerdo poco cocinada o cruda que contiene cisticercos. Es una zoonosis de distribución universal, endémica en países de bajo nivel socioeconómico y excepcional en nuestro entorno hasta hace unos años, aunque últimamente ha aumentado su prevalencia a costa de la población inmigrante. La manifestación clínica más frecuente son las crisis tonicoclónicas, seguida de cefalea y otros síntomas de hipertensión endocraneal: náuseas, vómitos, disminución del nivel de conciencia, alteraciones del comportamiento y otros déficits neurológicos focales^{2,3}. El diagnóstico se ba-

sa en pruebas de imagen (TAC y resonancia magnética [RM] cerebral), y en técnicas serológicas, como inmuno-blot (EITB) y ELISA. El tratamiento consiste en albendazol por vía oral a dosis de 15 mg/kg/día⁴ en tres dosis durante 8 a 28 días, así como corticoides para disminuir la inflamación. Es aconsejable el ingreso en el hospital durante la realización del tratamiento. La educación para la salud es primordial cuando se tiene un paciente con cisticercosis y siempre es aconsejable extender la búsqueda de nuevos casos en otros miembros del grupo familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Albea E. Cisticercosis en España. Algunos datos epidemiológicos. Rev Clin Esp. 1989;184:3-6.
2. Nutman TB, Weller PF. Cestodos. En: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, et al, editores. Harrison. Principios de Medicina Interna. Vol. I. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 1998. p. 1402-6.
3. Barry M, Haldjian LC. Neurocysticercosis. Semin Neurol. 1993;13:131-5.
4. Cruz M, Cruz I, Horton J. Albendazolo vs praziquantel in the treatment of cerebral cysticercosis: clinical evaluation. Trans R Soc Trop Med Hyg. 1991;85:244-7.