

Caso	(783) Puntos clave de la Neurocisticercosis en Urgencias	
Autores		Manuel Martínez, Maria Isabel Tercero Azorín, Isabel Ester Lizaran Parra, Mónica Campos Pérez, Gloria Giraldo Alfaro, Jennifer Rubio Medina,
Centro		Complejo Hospitalario Universitario De Albacete

EXPOSICIÓN DEL CASO

Acude a urgencias mujer de 24 años con cefalea de 2 semanas de evolución que aumenta con valsalva. Refiere también náuseas, hemianopsia de campo izquierdo y dolor en ojo derecho. Se solicita TC craneal.

Se identifican dos lesiones nodulares quísticas intraparenquimatosas parietales derechas, de 1.5 cm aproximadamente con contenido denso en su interior, calcificación periférica y marcado realce periférico tras CIV, asociando marcado edema vasogénico digitiforme, que condiciona compresión del asta posterior del ventrículo lateral derecho. Se identifican otras dos calcificaciones puntiformes, una parietal derecha y otra frontal izquierda, planteando la sospecha de neurocisticercosis.

Se decide profundizar en la anamnesis. La paciente refiere ser ecuatoriana y tener un hermano con neurocisticercosis. Ingresa en Enfermedades Infecciosas con mejoría de la cefalea tras tratamiento con dexametasona. Tras confirmación serológica de Taenia Solium se añade Albendazol.

Posteriormente se realiza RM cerebral con CIV, observándose tres lesiones nodulares intraparenquimatosas parietales derechas quísticas, una milimétrica y las otras dos, de 1.7 cm y 1 cm, con una pequeña nodulación milimétrica calcificada (correlación con TC), asociando marcado edema vasogénico que comprime el asta occipital del ventrículo lateral derecho. Concluyendo: Neurocisticercosis en fase vesicular coloidal y fase calcificada.

Se añade Praziquantel y el paciente presenta remisión de sus síntomas.

DISCUSIÓN

La neurocisticercosis es una enfermedad causada por el parásito Taenia Solium, cuyo huésped natural es el cerdo. Es una enfermedad endémica a Sudamérica, Asia y África, que por la globalización está aumentando su frecuencia en Europa.

Taenia Solium es un céstodo compuesto por un escólex y un cuerpo con cientos de proglótides. Tiene 3 fases: huevo, larva y adulto.

La cisticercosis ocurre por contaminación fecal-oral, con el traspaso de embriones a través de la mucosa intestinal a la circulación sistémica.

La neurocisticercosis ocasiona:

- Epilepsia
- Hipertensión intracraneal

- Encefalitis

Se puede clasificar topográficamente en:

- Cisticercosis subaracnoidea
- Cisticercosis parenquimatosa
- Cisticercosis ventricular
- Cisticercosis espinal

También se clasifica por fase evolutiva, lo cual depende de la imagen radiológica y se relaciona con la sintomatología.

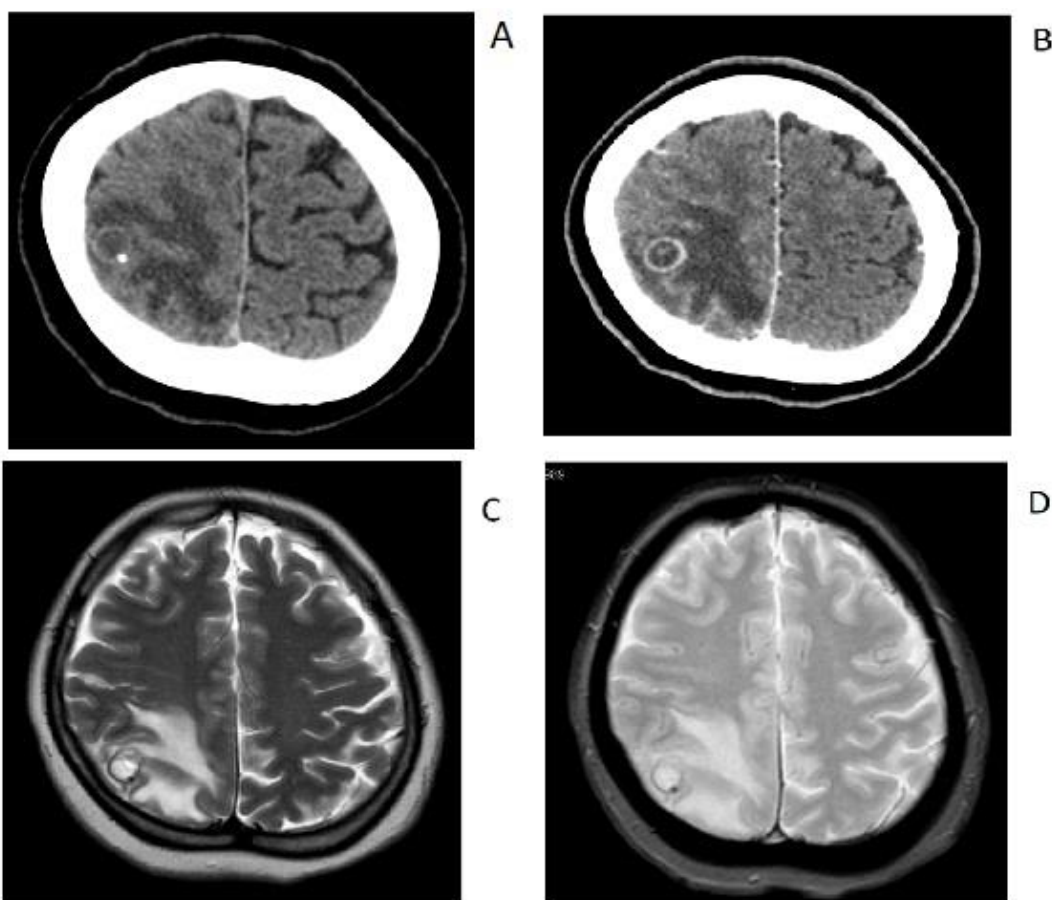
- No quístico
- Vesicular
- Vesicular-coloidal
- Nodular granulomatoso
- Nodular calcificado

Nuestro caso es el de la cisticercosis parenquimatosa, con quistes localizados en corteza cerebral, observando lesiones en diferentes estadios evolutivos.

Observamos una lesión vesicular coloidal, con una reacción inflamatoria por la muerte del parásito que se traduce en un aumento de señal en RM en secuencias potenciadas en T2. También hay una lesión en estadio nodular calcificado con involución del quiste. El hallazgo que más ayuda a establecer la sospecha radiológica de neurocisticercosis es la visualización del escólex dentro de la lesión quística, considerado como patognomónico. En TC apreciable como nódulo captante periférico, más fácilmente visible en RM en secuencias DP /FLAIR como nódulo hiperintenso excéntrico. Y sobre todo en estadio nodular-calcificado, la visualización de pequeñas calcificaciones puntiformes parenquimatosas en TC es un hallazgo que nos debe orientar a esta posibilidad. En el diagnóstico diferencial de lesiones parenquimatosas en estadio vesicular-coloidal consideraríamos los tuberculomas, abscesos piógenos, toxoplasmosis, neurosífilis, hidatidosis, neoplasias cerebrales primarias (astrocitomas, oligodendrogliomas) y metástasis. En estadio nodular-calcificado se debe realizar con hamartomas y microangiopatía amiloide principalmente.

CONCLUSIÓN

A pesar de los antecedentes personales claves de este caso, la sospecha clínica de neurocisticercosis se realizó según los hallazgos de imagen ya que la anamnesis inicial fue incompleta. Como radiólogos, hemos de saber identificar las lesiones patognomónicas de la neurocisticercosis como es la visualización del escólex, y otras muy características como los pequeños nódulos calcificados parenquimatosos para despertar la sospecha clínica de esta entidad, que aunque endémica de otros países, cada vez más frecuente en el nuestro.



a) Lesiones anulares con calcificación parietal puntiforme y edema vasogénico perilesional. b) Esta misma lesión nodular quística intraparenquimatosa parietal derecha, de 1.5 cm aproximadamente con captación anular de CIV y en menor medida en su interior. Edema perilesional asociado. c) RM T2 FLAIR y d) T2 FFE Lesión parietal derecha con extenso edema asociado, con nódulo en su margen anterior correspondiente al escólex y otro puntiforme calcificado posterior

BIBLIOGRAFÍA

Neurocisticercosis. Hallazgos radiológicos S. Sarria Estrada^{1*}, L. Frascheri Verzelli, S. Siurana Montilva, C. Auger Acosta y A. Rovira Canellas² Unitat de Resonància Magnètica (IDI), Servei de Radiologia, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, Espana³ 26 de mayo de 2012

Neurocysticercosis: Radiologic-Pathologic Correlation, Eric T. Kimura-Hayama, MD - Jesús A. Higuera, MD - Roberto CoronaCedillo, MD - Laura Chávez-Macías, MD - Anamari Perochena, MD Laura Yadira Quiroz-Rojas, MD - Jesús Rodríguez-Carbajal, MD - José L. Criales, MD