

## Caso Radiológico del Mes

# Quiste subaracnoideo gigante por neurocisticercosis

ARCE – SÁNCHEZ H<sup>1</sup>, CABRERA – LÓPEZ M<sup>2</sup>, HERNÁNDEZ – FÉLIX C<sup>3</sup>, GONZÁLEZ – DIOS A<sup>4</sup>.

### Introducción

La teniasis o cisticercosis (enfermedades causadas por la *Tenia solium*), son un problema global de salud pública, se trata de una parasitosis relacionada con la pobreza y condiciones sanitarias deficientes, por lo que se considera como un marcador biológico de subdesarrollo socioeconómico.

La neurocisticercosis es una enfermedad parasitaria del sistema nervioso humano, puede ser detectada en pruebas inmunológicas hasta en un 12% de la población, sin que ésta sea necesariamente su forma activa<sup>1</sup>.

La única herramienta para el diagnóstico de neurocisticercosis es el estudio mediante tomografía computada o resonancia magnética nuclear.

En esta ocasión presentamos un caso de una formación de quiste gigante de neurocisticercosis, así como su evolución y tratamiento.

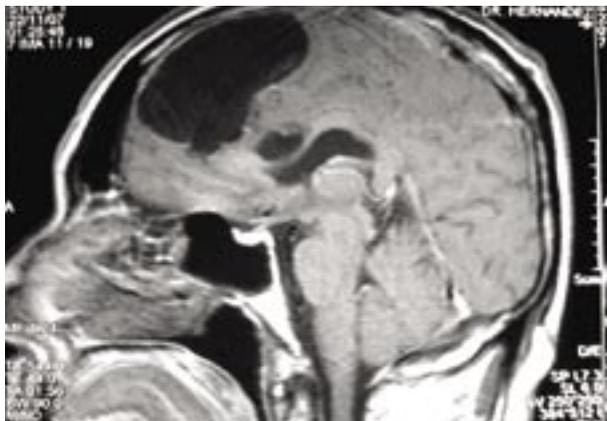
### Caso Clínico

Paciente masculino de 57 años de edad que acude al servicio de urgencias del Hospital General de Culiacán por presentar cefalea fronto-occipital intensa de 10 días de evolución,

con fosfenos y acúfenos, que no cede con analgésicos. Ésta se acompaña de náuseas, mareos, hiporexia e insomnio. No hay antecedentes patológicos o heredo-familiares de consideración.

A la exploración física no se observan datos relevantes, se realizó resonancia magnética de cráneo en fase simple y contrastada, en donde se observa una lesión quística multilobulada, con presencia de algunos septos internos, localizada en región fronto-parietal izquierda, que desplaza el rodete del cuerpo caloso y la línea media a la derecha. No se observan nódulos o lesiones internas ni hay reforzamiento anormal con la aplicación del material de contraste intravenoso paramagnético (Figura 1a, 1b, 1c, 1d.)

Se realiza resección de la lesión descrita mediante incisión bicoronal y craneotomía frontal izquierda. Se procede a su resección obteniendo una lesión quística de membranas blanquecinas, que mide 6 cm aproximadamente (Fig. 2). Mediante estudio histopatológico se logran identificar tres capas bien delimitadas de la membrana del quiste, siendo éstas la externa, la media celular e interna cuticular (Fig. 3). No se logra identificar escólex. Se realiza diagnóstico de neurocisticercosis de tipo racemosa.

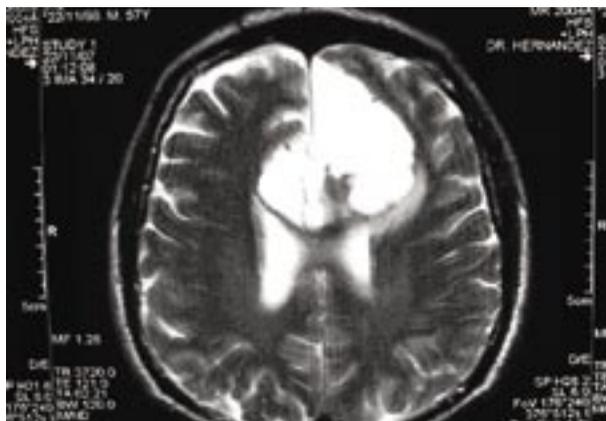


**Fig. 1a.** Lesión quística frontoparietal condicionando compresión al cuerpo caloso.

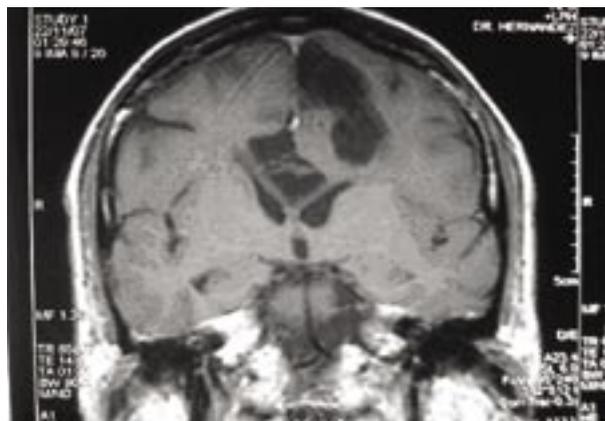


**Fig. 1b.** Se observan las lobulaciones y septos internos de la lesión quística con desplazamiento de la línea media.

<sup>1</sup> Jefe de Radiología. UNEME Imagenología y Radiodiagnóstico, <sup>2</sup> Laboratorio Estatal de Anatomía Patológica y Microscopía Electrónica, <sup>3</sup> Departamento de Neurocirugía, <sup>4</sup> Departamento de Anestesiología Hospital General de Culiacán.



**Fig. 1c.** Se aprecia compresión y desplazamiento de la línea media.



**Fig. 1d.** Compresión al cuerpo calloso, vista en un corte coronal.

### Discusión

Se han descrito cuatro fases de la enfermedad: vesicular, vesículo-coloidal, granular nodular y nodular calcificada.

Estas cuatro fases presentan características distintas en los estudios de imagen que nos permiten diferenciar la etapa de la enfermedad<sup>2</sup>.

En la fase vesicular de la enfermedad, la larva vive en una estructura quística, translúcida, llena de líquido y rodeada por una membrana delgada, en donde puede permanecer viable por unos meses hasta varios años. El tamaño de los quistes es de 8 a 10 mm aunque se han reportado casos de hasta 20 mm.

Al estar inmersos en un entorno rico en LCR, los cisticercos pueden evolucionar hacia una forma racemosa, la cual constituye un cambio hidrópico que lleva a la formación de vesículas gigantes, sin escólex, de hasta 100 mm de diámetro, se cree que esta forma de cisticercos es producido por otra tenia distinta a la *Tenia solium*<sup>3</sup>.

Clínicamente se pueden manifestar con crisis convulsivas, cefalea refractaria a tratamiento e hidrocefalia.

Aun cuando el diagnóstico de esta patología se realiza mediante tomografía computada o resonancia magnética, es difícil en ocasiones realizar un diagnóstico de certeza, ya que de acuerdo con su etapa de evolución, pueden ser fácilmente confundidos con abscesos, tuberculosis, neoplasias, quistes aracnoideos simples o grandes espacios perivasculares.

El tratamiento de elección es el albendazol vía oral, que reduce el tamaño del parásito, pudiendo ser necesario en ocasiones el uso de esteroides para reducción del edema cerebral.

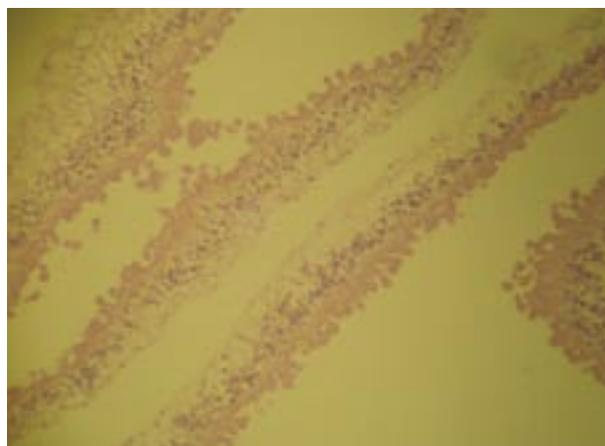
En ocasiones y de acuerdo con el tamaño o localización de las lesiones, es necesaria la excisión quirúrgica o drenaje de las mismas<sup>4</sup>.

En el examen microscópico se observan tres distintas capas de la pared del quiste: una capa externa (cuticular), capa media celular (pseudoeptelial) y una capa interna reticular (fibrilar).

Se puede observar un grado variable de reacción infla-



**Figura 2.** Quiste de cisticercos roto, con membranas café amarillentas, brillantes, con presencia de algunas vesículas semejantes a racimos de uvas.



**Figura 3.** Se observan las tres capas de las que se compone la membrana del cisticercos.

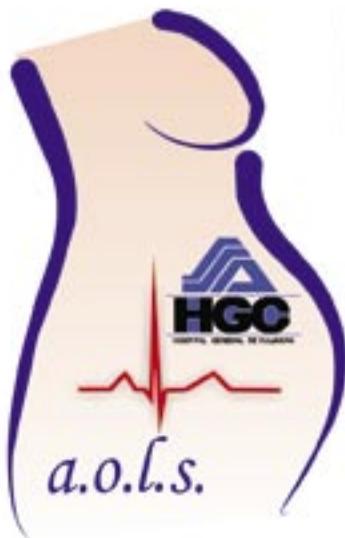
matoria aguda y crónica<sup>3</sup>.

El pronóstico de la enfermedad en general es favorable, sobre todo en la forma parenquimatosa, sin embargo ésta es menos favorable en su forma subaracnoidea, sobre todo si se complica con un cuadro de aracnoiditis.

En caso de crisis convulsivas, el riesgo de recurrencia es alto después de una primera crisis sintomática aguda, aunque este riesgo se relaciona con la presencia de lesión activa. El riesgo de recurrencia es bajo en los pacientes en los que el tratamiento antihelmíntico es efectivo<sup>1,4</sup>.

### Bibliografía

1. Carpio Lisanti. Neurocisticercosis: An Update. The Lancet Infectious Diseases. 2002; 2: 751-762.
2. Osborn A. Diagnostic Imaging. Brain. First Edition. Ed. Amirsys. 2004.
3. Félix I. Atlas de Neuropatología. Primera Edición. Ed. Zarabanda Publisher. 2002.
4. Castellanos F., Montes I., Porras L, Peragallo E, Ampuero J, Rueda R. Quistes aracnoideos gigantes por neurocisticercosis: A propósito de dos casos observados en un área rural de Extremadura. Rev Neurol 2000;30:433-435



## Curso Taller

### SOPORTE DE VIDA OBSTÉTRICO AVANZADO



**HOSPITAL "MANUEL CÁRDENAS DE LA VEGA" ISSSTE. CULIACÁN, SINALOA.  
VIERNES 23 DE MAYO. DE 8:00 A 20:00 HRS.**

**Tel. 7593400, ext. 135**  
**CUPO LIMITADO A 35 PERSONAS**  
**RECUPERACIÓN: \$500.00**