



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

242/1528 - DOCTORA, ¿QUÉ ME PASA EN LA CARA?

C. Pérez Peñarrubia^a, E. Sequeda Vázquez^a, J. Ramos González^a, M. Martínez Díaz^a, M. Rodríguez de Viguri Díaz^b y A. Martínez-Lozano Ordovás^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Unión. Cartagena. Murcia. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Murcia. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 37 años natural de Ecuador y residente en España desde hace 18 años. Presentó hace 3 meses episodio brusco de cefalea hem craneal izquierda muy intensa, junto con parestesias en hemicara y ESI. Posteriormente presentó episodio similar, mejorando la cefalea con analgesia pero persistiendo las parestesias, que aparecen de forma brusca y duran entre 3-4 minutos, sin alteración del nivel de consciencia y sin movimientos clónicos, pero cada vez más frecuentes.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración neurológica: Alerta. Lenguaje normal. Habla normal. Paresia facial central izquierda. Campimetría y resto de pares centrados. Paresia de extremidad superior izquierda 4+/5, resto 5/5. Hipoestesia algésica en hemicara y ESI. ROT vivos en miembros derechos y exaltados en miembros izquierdos. Reflejos plantares flexores. No disimetría. TC sin contraste informa de lesión cerebral focal quística multilocular localizada en lóbulo parietal derecho. Por sus características radiológicas podría ser una malformación vascular, pero no se puede descartar una lesión tumoral primaria de bajo grado. Ejerce efecto de masa sobre el núcleo lenticular y tálamo derechos así como sobre el VL ipsilateral, con desviación de la línea media. RM y angiografía cerebral: tumor intraaxial frontal derecho que por sus características de imagen y edad de la paciente sugiere que se trate de un ganglioma como primera posibilidad. Neurocirugía: se realiza drenaje del quiste, y se envía material a anatomía patológica, que informan de cisticercosis. Serología IgG Taenia solium negativa.

Juicio clínico: Neurocisticercosis.

Diagnóstico diferencial: Tuberculomas, abscesos piógenos, toxoplasmosis, neurosífilis, hidatidosis y neoplasias primarias/secundarias.

Comentario final: La neurocisticercosis es la enfermedad parasitaria más frecuente del SNC, habiendo aumentado su frecuencia en nuestro medio debido a los movimientos migratorios. Es el resultado de la infección del SNC humano por la forma larvaria de Taenia solium, que se adquiere vía feco-oral. Presenta variabilidad clínica, pero la manifestación más frecuente es la epilepsia. El diagnóstico se fundamenta en TC y/o RM, y en confirmación serológica o histológica. El tratamiento incluye fármacos cisticidas (albendazol o praziquantel), medidas sintomáticas (corticoides,

antiepilépticos) y cirugía.

Bibliografía

1. Ruiz S, García-Vázquez E, Picazo R, et al. La neurocisticercosis en Murcia. Rev Clin Esp. 2011;211(3):133-8.
2. Sarria Estrada S, Frasccheri Verzelli L, Siurana Montilva S, et al. Neurocisticercosis. Hallazgos radiológicos. Radiología. 2013;55(2):130-41.

Palabras clave: Neurocisticercosis. Parestesias. Taenia solium.