

UMA OPORTUNIDADE DE DIAGNÓSTICO, UMA DOENÇA TRATADA

AN OPORTUNITY TO TREAT

Maria Ferreira¹, Ricardo Ribeiro², Inês Bargiela¹, Rodrigo Moraes¹

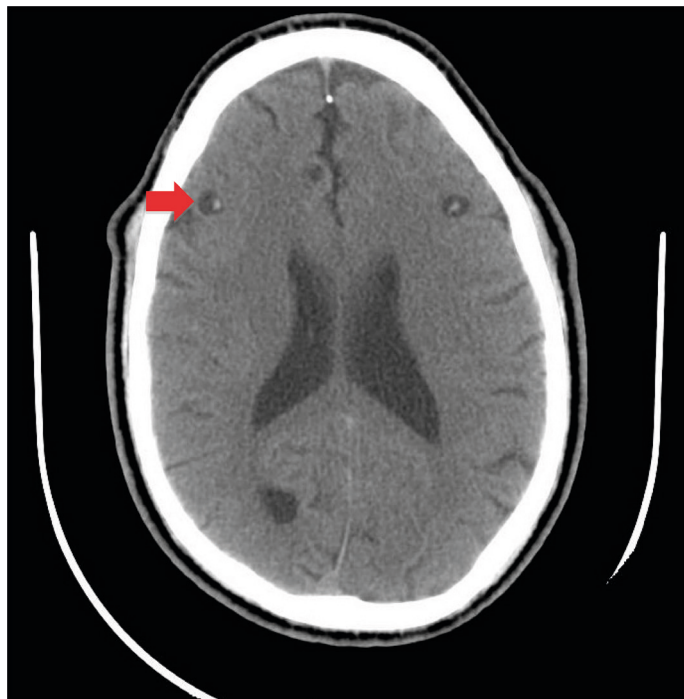


Figura 1: Imagem de TC-CE em plano transversal com varias pequenas formações de aspeto quístico com hiperdensidade focal no seu interior, justacorticais nas regiões frontais e parietal esquerda, não geradoras de edema perilesional (seta vermelha).



Figura 2: Imagem de TCCE em plano transversal com varias pequenas formações de aspeto quístico com hiperdensidade focal no seu interior, justacorticais nas regiões frontais e parietal esquerda, não geradoras de edema perilesional (seta vermelha).

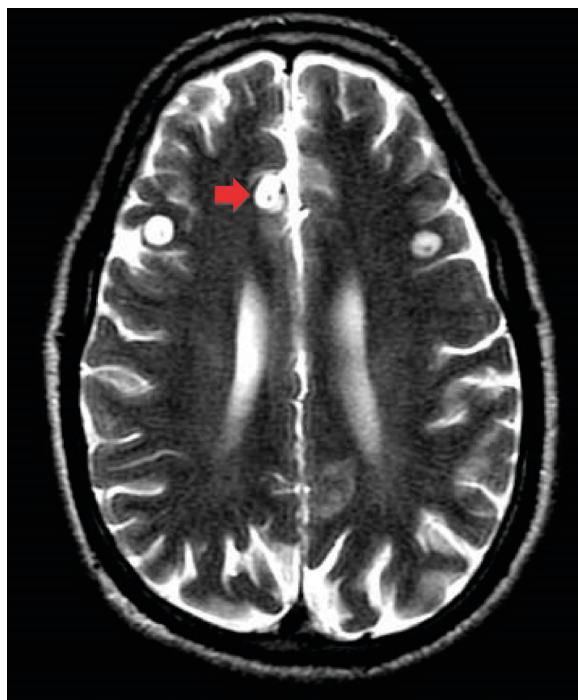


Figura 3: Imagem de RM em ponderação T2 (plano transversal) com formações nodulares quísticas infracentimétricas com imagem punctiforme central em topografia subcortical frontal

1 Interno Complementar de Medicina Interna, Serviço de Medicina III, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, Amadora, Portugal
 2 Assistente Hospitalar de Medicina Interna, Serviço de Medicina II, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, Amadora, Portugal
 ✉ mary_gtferreira@hotmail.com

Recebido 04/11/15; Aceite 14/09/16

RESUMO

A neurocisticercose é a infecção parasitária mais comum do sistema nervoso central e a principal causa de epilepsia nos países em desenvolvimento. As manifestações clínicas mais comuns são convulsões, cefaleia, hipertensão intracraniana, demência, meningite, síndrome medular e alterações psíquicas.

Apresenta-se o caso de um homem de 39 anos com hábitos etanólicos, admitido no Serviço de Urgência (SU) por agitação psicomotora e tremor dos membros superiores. Ao exame objectivo encontrava-se orientado, sem sinais focais ou outras alterações a destacar. Na avaliação neuroimagiológica objectivadas múltiplas formações quísticas nodulares com imagem punctiforme central, favorecendo a presença de neurocisticercose em fase quístico nodulares. O quadro foi interpretado como manifestações de privação etanólica, sem relação com os achados imagiológicos. Iniciou terapêutica com albendazol e foi encaminhado à consulta de Neurologia.

Este caso demonstra que a admissão no SU, por motivos alheios à neurocisticercose, constituiu um vector para o seu diagnóstico, investigação e tratamento.

Palavras-chave: Neurocisticercose; Serviço de urgência geral

ABSTRACT

Neurocysticercosis is the most common parasitic infection of the nervous system and the main cause of epilepsy in developing countries. The typical clinical features are convulsions, intracranial hypertension, dementia, medullary syndrome and psychiatric symptoms.

We present a case of a 39-year-old man with chronic alcohol abuse admitted in the Emergency Room (ER) with psychomotor agitation and upper extremities tremor. He was oriented, without evidence of focal signs or other relevant features. In neuroimaging we found multiple cystic nodular lesions with a central dot, favoring the diagnosis of neurocysticercosis at nodular-cystic stage. The clinical features were assumed in relation with alcohol withdrawal syndrome, without relationship with neuroimaging. He was treated with albendazole and oriented to Neurologic consultation.

This case shows how the ER admission was a vector for diagnosis and treatment of neurocysticercosis.

Keywords: Neurocysticercosis; Emergency department

A neurocisticercose é a infecção parasitária mais comum do sistema nervoso central e a principal causa de epilepsia nos países em desenvolvimento nomeadamente América Latina, Índia e África. É causada pela larva da *Taenia solium*, o *Cysticercus cellulosae*, e o ciclo da doença compreende o homem como hospedeiro definitivo da *Taenia solium* e os suínos como hospedeiros intermediários, infectados pela forma larvária.^{1,2,3} Uma vez estabelecidos no tecido nervoso, os cisticercos sofrem degeneração, desencadeada pelo sistema imune do hospedeiro, e atingem graus de desenvolvimento caracterizados como etapa vesicular, vesicular coloidal, granular-nodular e nodular calcificado.⁴ As manifestações clínicas mais comuns são convulsões, cefaleia, hipertensão intracraniana, demência, meningite, síndrome medular e alterações psíquicas.^{4,5,6}

Apresenta-se o caso de um homem de 39 anos, natural de Cabo Verde e residente em Portugal há 25 anos com hábitos etanólicos marcados, admitido no Serviço de Urgência (SU) por agitação psicomotora e tremor dos membros superiores. Ao exame objectivo encontrava-se orientado, sem sinais focais

ou outras alterações a destacar. Analiticamente com rabdomiólise (1088 UI/L), doseamento de etanol e serologias virais (hepatite B, C, VIH) negativas. Realizou TC-CE que revelou pequenas formações quísticas com hiperdensidade focal no interior (Fig. 1 e 2 -setas vermelhas) e RM-CE que mostrou múltiplas formações quísticas nodulares em topografia subcortical frontal com envolvimento bilateral e simétrico, com imagem punctiforme central, sem edema, favorecendo a presença de neurocisticercose em fase quístico nodulares (Fig. 3). O quadro foi interpretado como manifestações de privação etanólica, sem relação com os achados imagiológicos. Iniciou terapêutica com albendazol e foi encaminhado à consulta de Neurologia.

Neste caso foi um achado imagiológico que permitiu o diagnóstico de uma patologia que poderá estar na base de um vasto leque de manifestações clínicas e que requer tratamento. A admissão no SU por motivos alheios à neurocisticercose foi um vector para o seu diagnóstico, investigação e tratamento.

Sem conflitos de interesse a declarar.

Sem fontes de financiamento a declarar.

BIBLIOGRAFIA

1. Pedretti L, Bedaque EA, Sotelo J, Del Brutto OH. Cisticercose. In: Veronesi R, Focaccia R. Tratado de Infectologia, Atheneu: São Paulo, 1999, 1332-47.
2. Casanova C, Puccioni-Sohler M, Peralta JM. Infecções Parasitárias: Neurocisticercose. In: Marzia Puccioni - Sohler. (Org.). Diagnóstico de Neuroinfecção com abordagem dos exames do Líquido Cefalorraquidiano e Neuroimagem. Rio de Janeiro: Rubio, 2008, 77-83.
3. Garcia HH, Gonzales AE, Evans CAW, Gilman RH. *Taenia solium* cysticercosis. Lancet. 2003;362:547-56.
4. Lino-Junior RS, Faleiros ACG, Vinaud MC, Oliveira FA, Guimarães JV, Reis MA, et al. Anatomopathological aspects of Neurocysticercosis in autopsied patients. Arq Neuropsiquiatr 2007;65:87-91.
5. Sotelo J, Del Brutto OH. Review of neurocysticercosis. Neurosurg Focus. 2002;12:1-7.
6. Webb CM, White AC Jr. Update on the Diagnosis and Management of Neurocysticercosis. Curr Infect Dis Rep 2016; 18:44.