

2016 Febrero, 6(1): 1-1

QUISTE HIDATIDICO CEREBRAL: A PROPOSITO DE UN CASO

Madeo G., I.; Perez, M.; Pujol, J.; Montero L., E.; Sarti, N.; Torres, M.; Yafar, C.; Zapata, V..

Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Sor María Ludovica de La Plata".

Dirección postal: 1900, Correo electrónico de referencia: verolorezapata@yahoo.com.ar

Introducción

La hidatidosis es una parasitosis frecuente en Argentina. La localización más frecuente es la hepática. La presencia de quistes hidatídicos en sistema nervioso central es rara y se da generalmente en edad pediátrica.

Caso Clínico: Niña de 4 años de edad, sin antecedentes previos de enfermedad, ingresa al hospital de Azul luego de presentar 2 episodios de convulsión (1 tónico-clónica generalizada y otra con hipotonía más chupeteo más desviación de la mirada). Como antecedente de su enfermedad actual presentaba una historia de cefalea de un mes de evolución. Se realiza tomografía en donde se visualiza imagen quística parietal izquierda con desplazamiento de línea media y efecto de masa por lo que se deriva a nuestro hospital para interconsultar al servicio de neurocirugía.

En nuestro nosocomio se realiza analítica de laboratorio, fondo de ojo en donde hay edema de papila de ojo derecho, y ante la sospecha de quiste cerebral de origen infeccioso se realiza ecografía abdominal sin particularidades, radiografías de huesos largos y de tórax normales, se solicita serología para hidatidosis y toxoplasmosis siendo negativas y se medica de forma empírica con albendazol. Se realiza resonancia que evidencia imagen parietal izquierda isointensa con el LCR con pared fina que ocasiona desviación de línea media más ventriculomegalia supratentorial y se confirma diagnóstico etiológico de quiste hidatídico luego de extracción completa del mismo por estudio anatomopatológico. **Discusión:** La equinocosis (hidatidosis) es la infección por cestodos más grave y extendida del mundo. Las especies principales (*E. granulosus* y *E. multilocularis*) son responsables de las diferentes presentaciones clínicas. En adultos la localización hepática es la más frecuente mientras que en niños es la pulmonar. La afectación cerebral representa 1-2% de los casos de hidatidosis y se presenta generalmente en niños.

Los quistes hidatídicos cerebrales se localizan habitualmente en territorio de la arteria cerebral media, la mayoría son supratentoriales y obliga al diagnóstico diferencial con otras patologías como abscesos y tumores (astrocitoma quístico). En adultos se manifiestan con signos neurológicos focales como trastornos del lenguaje, hemiparesia o convulsiones, mientras que en niños comienza con cefalea y vómitos secundario a un cuadro de hipertensión endocraneana seguido de convulsiones o déficit neurológico como en el caso de nuestra paciente.

La tomografía y la resonancia muestran imágenes características: la lesión habitualmente es bien definida, de contenido isointenso respecto al líquido cefalorraquídeo, sin edema perilesional, con mínima o nula captación de contraste en su periferia. Las pruebas serológicas generalmente son negativas en las formas cerebrales primarias.

El tratamiento es quirúrgico complementándose con albendazol 15 mg/kg/día por vía oral durante 1 a 6 meses.

Conclusión: Teniendo en cuenta que la hidatidosis es una zoonosis frecuente en nuestro país es importante pensar en ella dentro de los diagnósticos diferenciales de quistes cerebrales ya que su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno contribuirían a disminuir las secuelas neurológicas a largo plazo.