



<https://www.revclinesp.es>

1617 - NEUROCISTICERCOSIS EN UN HOSPITAL ESPAÑOL DE TERCER NIVEL EN LA ÚLTIMA DÉCADA

Saioa Igartua Urzelai¹, Lola Rico López¹, Sara Velasco Fuentes¹, Lauro Quesada Jiménez¹ y Maria del Mar Arenas Miras²

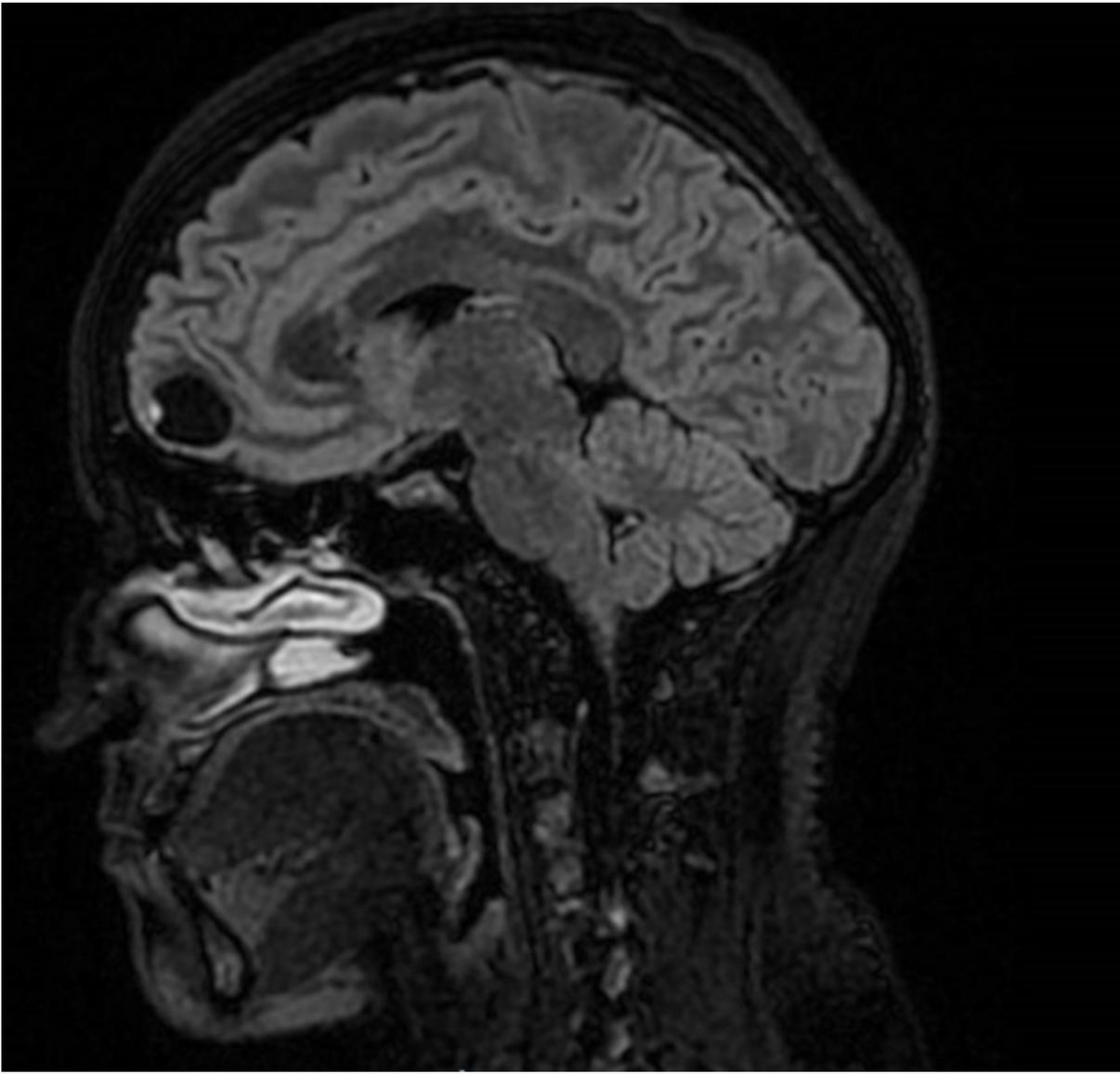
¹Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España. ²Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

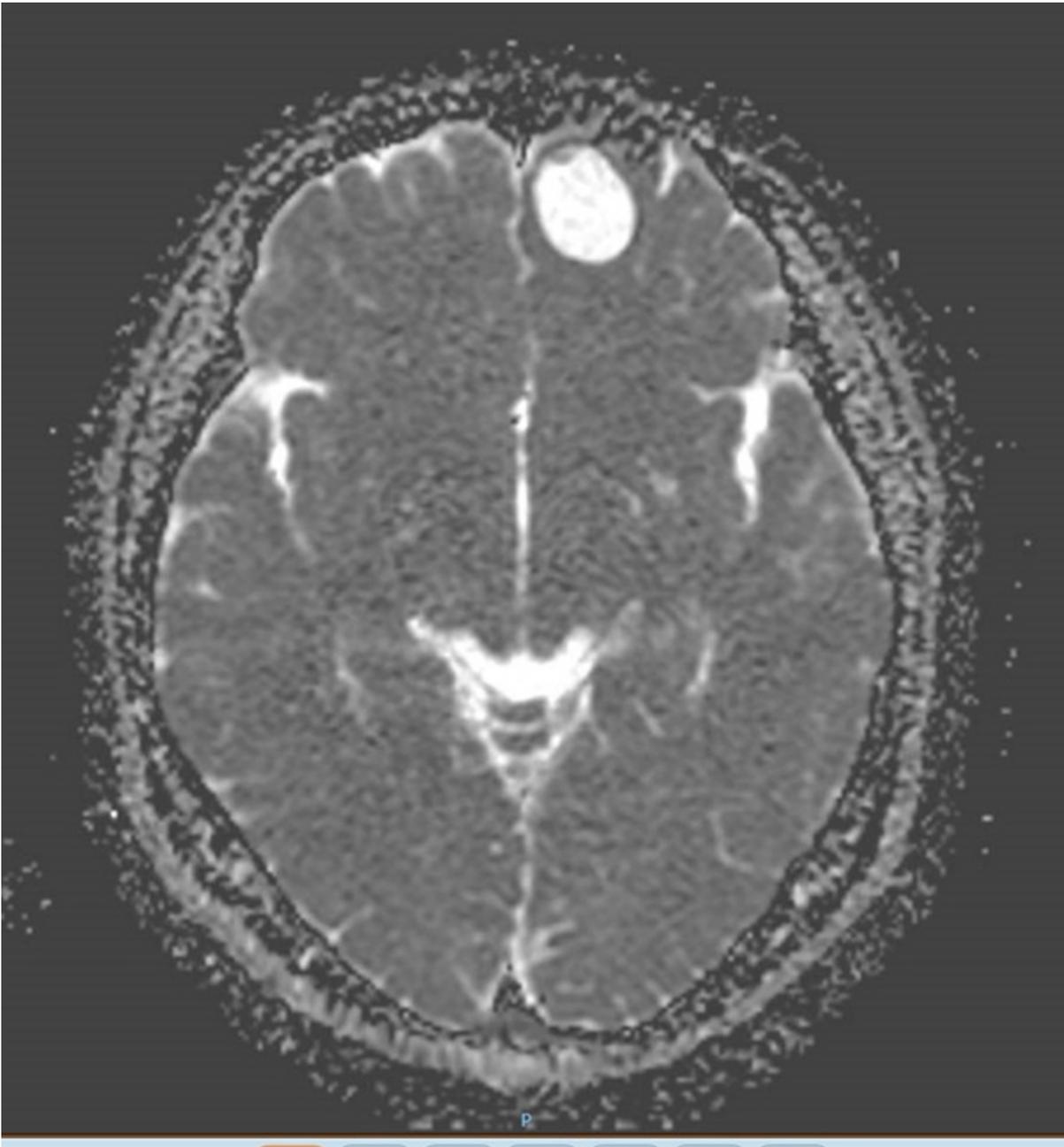
Resumen

Objetivos: Analizar los casos de neurocisticercosis diagnosticados en nuestro hospital en los últimos diez años.

Métodos: Se realizó una serie de casos retrospectiva mediante la revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico neurocisticercosis atendidos en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada desde enero de 2015 hasta mayo de 2025. Se recogieron variables demográficas, clínicas y radiológicas.

Resultados: Durante este periodo se identificaron cinco casos, todos ellos importados desde países endémicos (80% Bolivia, 20% Honduras). El 60% de los pacientes eran varones, con una edad media de $35,4 \pm 7,65$ años. Tres de los pacientes presentaban afectación parenquimatosa, uno intraventricular y otro afectación combinada parenquimatosa y subaracnoidea. El 60% tenía entre 1 y 2 quistes, y el 40% múltiples quistes en distintos estadios evolutivos. Todos debutaron con crisis comiciales, excepto la paciente con afectación intraventricular que también presentó signos de hipertensión intracraneal. El diagnóstico se estableció en todos los casos mediante la combinación de antecedentes epidemiológicos y hallazgos radiológicos sugestivos, con visualización del escólex en el 60% de los pacientes (figs.). En un caso se realizó biopsia cerebral con confirmación histológica del parásito y PCR positiva para *Taenia solium* en el quiste. No fue necesario realizar otros estudios serológicos ni microbiológicos. Según los criterios diagnósticos de Del Brutto OH, los cinco casos cumplían criterios de neurocisticercosis definitiva. No se observó afectación ocular en ninguno de los casos. El tratamiento se ajustó AL número y localización de los quistes: los pacientes con 1-2 lesiones recibieron albendazol (15 mg/kg/día) durante 7 días; en los casos con múltiples lesiones se empleó una combinación de albendazol y praziquantel (50 mg/kg/día) durante 14 días. Yodos ellos recibieron corticoterapia previo, durante y después del tratamiento antiparasitario. El paciente con afectación ventricular requirió tratamiento quirúrgico seguido de antiparasitarios por persistencia de quistes. En el seguimiento radiológico a los seis meses, se observó resolución completa de las lesiones en el 40% de los pacientes y persistencia de quistes en el 20%. Un paciente está en tratamiento actualmente y el seguimiento del último caso se ha perdido.





Discusión: La neurocisticercosis es una infección del sistema nervioso central causada por la larva de *Taenia solium*, y es la principal causa de epilepsia adquirida en regiones endémicas como América Latina, África y Asia. Se transmite por ingestión de huevos del parásito, usualmente mediante agua o alimentos contaminados. Las manifestaciones clínicas varían según la localización y número de quistes, siendo comunes las convulsiones, cefalea y signos de hipertensión intracraneal. El diagnóstico combina clínica, neuroimagen (preferiblemente RM) y serología. El tratamiento se individualiza e incluye control de síntomas agudos y, en casos seleccionados, antiparasitarios (albendazol y/o praziquantel) junto con corticoides; la cirugía se reserva para casos con hidrocefalia u obstrucciones.

Conclusiones: Aunque infrecuente en nuestro medio, la neurocisticercosis debe sospecharse en pacientes con crisis comiciales y antecedentes epidemiológicos compatibles, ya que representa una causa potencialmente tratable de epilepsia, cuyo reconocimiento precoz puede evitar complicaciones neurológicas y mejorar el pronóstico clínico.