

Presentación de caso

## CISTICERCOSIS ESPINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Marcelo Platas, Diego Riva, Alec Castro, Jorge Marche, Dario Savini, Aquiles Uccelli, Daniel Aguayo

Servicio de Clínica Neuroquirúrgica, Hospital General Interzonal de Agudos (H.I.G.A.) Pte. Perón, Avellaneda, Pcia. de Buenos Aires.

### RESUMEN

**Objetivo.** Comunicar el caso de una paciente de 53 años, oriunda de zona endémica de América Latina, con signos de compresión medular dorsal secundarios a una cisticercosis espinal.

**Descripción.** Paciente de sexo femenino, cuadro progresivo de compresión medular dorsal, con antecedentes de neurocisticercosis. Las neuroimágenes mostraron una lesión intradural-extramedular D5-D6.

**Intervención.** Se abordó quirúrgicamente en posición lateral, verificándose aracnoiditis reaccional y quiste de cisticercos que fue resecado, completándose el tratamiento con Albendazol oral, con regresión de la paraparesia severa preoperatoria y satisfactorio control imagenológico.

**Conclusión.** La forma espinal es infrecuente en el curso de la neurocisticercosis. La terapéutica implementada en nuestro caso fue concordante con los pocos casos descriptos en la literatura mundial

**Palabras clave:** aracnoiditis reaccional, cisticercosis espinal, lesión intradural-extramedular, quiste de cisticercos

### INTRODUCCIÓN

La cisticercosis es una infección sistémica causada por *Taenia Solium*, un parásito helminto que afecta a los humanos a través de la ingestión de sus huevos por vía fecal-oral o a través de carne mal cocida de animales infectados<sup>1</sup>.

Si bien la cisticercosis es la parasitosis que con mayor frecuencia afecta al sistema nervioso central, la forma espinal es rara, con sólo 4 casos reportados en la literatura mundial hasta mediados de la década pasada<sup>2</sup>.

La mayoría de los diagnósticos efectuados se basan en hallazgos intraoperatorios, estudios anatomopatológicos o necropsias<sup>3</sup>. El diagnóstico diferencial por imágenes suele ser imposible con los tumores intramedulares de otra etiología. En ausencia de la visualización del escolix, la IRM es inespecífica para el diagnóstico de cisticercosis espinal<sup>4</sup>.

Solo en uno de los casos publicados se reunió la sintomatología clínica con los hallazgos radiológicos para el diagnóstico y el posterior tratamiento médico exclusivo<sup>5</sup>.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 53 años, oriunda de zona endémica (Bolivia), radicada en la provincia de Buenos Aires. Antecedentes de hidrocefalia (año 2000) con diagnóstico de neurocisticercosis cerebral, sometida a derivación ventriculoperitoneal con intercurencia de infección, por lo que es retirado el sistema cumpliendo tratamiento antibiótico. Ingresa en septiembre de 2002 por trastorno progresivo de la marcha y pérdida de fuerza en miembros inferiores. Al examen presenta obesidad mórbida (140 Kg), paraparesia severa (Frankel B) espástica, nivel sensitivo D4-D5 con franja de hiperestesia, incontinencia esfinteriana. Hallazgos en resonancia: lesión hipointensa en T1 intradural-extramedular a nivel D5-D6 con marcada compresión medular (Fig. 1). Lesión hiperintensa en T2 de idéntica ubicación (Fig. 2). Luego de



Fig. 1. Lesión hipointensa en T1 intradural-extramedular.



Fig. 3. Refuerzo periférico postgadolinio.



Fig. 2. A. Lesión hiperintensa en T2 D5-D6. B. T2 completa, lesión hiperintensa.

la administración de gadolinio refuerzo periférico posterior de dicha imagen (Fig. 3).

Se abordó quirúrgicamente en decúbito lateral, por su obesidad extrema, efectuándose laminectomía D4-D5-D6. A posteriori de la apertura dural, bajo magnificación óptica, se observó una intensa aracnoiditis reaccional (Fig. 4), que involucra-



Fig. 4. Aracnoiditis dorsal, apertura dural en decúbito lateral.

ba unos 4 cm de extensión; se identificó y resecó una estructura piriforme llena de líquido opalescente, que fue removida en block (Fig. 5); su examen ulterior reveló que se trataba de un quiste propio de la enfermedad. Se obtuvo una satisfactoria descompresión medular, revirtiendo progresivamente el déficit motor.

La IRM de control mostró una satisfactoria reexpansión medular (Fig. 6).



Fig. 5. Imagen intraoperatoria del quiste de cisticercos.



Fig. 6. IRM sagital en T2. Control postoperatorio con reexpansión medular.

## DISCUSIÓN

La forma espinal de la neurocisticercosis es sumamente rara, en contraposición con la localización cerebral, mucho más frecuente. Hasta mediados de la década pasada, solamente se habían recogido 41 observaciones en la literatura mundial<sup>2</sup>.

El diagnóstico, en nuestra paciente, incluyó la demostración del escolex presente en el quiste resecado por técnica de hematoxilina-eosina y la aracnoiditis reaccional.

La aracnoiditis se produce por la liberación de los antígenos parasitarios hacia el espacio subaracnoideo.

En IRM, en casos de cisticercos intacto se identifica un área quística con la misma intensidad del LCR, imposible de diferenciar en secuencias de T2<sup>3</sup>.

En nuestro caso, se obtuvieron los hallazgos típicos que se describen a posteriori de la muerte del parásito:

- Aracnoiditis
- Realce periférico de la lesión tras la administración de contraste paramagnético E.V.

Estas imágenes carecen de especificidad, debiendo considerarse el diagnóstico diferencial con otras patologías neoplásicas, granulomatosas, vasculares o desmielinizantes<sup>5</sup>.

La buena evolución de la paciente es progresiva hasta la fecha con el tratamiento quirúrgico instituido, habiendo cumplimentado también el tratamiento antiparasitario adecuado al caso (albendazol oral) y rehabilitación física con recuperación de la motilidad en ambos miembros inferiores.

## CONCLUSIÓN

Si bien la cisticercosis es la parasitosis que más frecuentemente afecta el SNC, la forma espinal es sumamente infrecuente<sup>1</sup>.

Aunque no se presenten hallazgos neurorradiológicos característicos, toda lesión espinal de aspecto quístico amerita el diagnóstico diferencial con esta afección<sup>4,5</sup>.

La topografía es habitualmente intradural-extramedular, como en el caso que hemos descrito, siendo totalmente excepcional el asiento intramedular puro del cisticercos.

El tratamiento médico con albendazol es de elección, reservándose la cirugía para el caso de fracaso del mismo o progresión del déficit neurológico,

## Bibliografía

1. Mandell D, Bennett's: Principles and Practice of Infectious Diseases; Parte II; Sección H; Capítulo 72; Churchill Livingstone; 5ta edición, 2000.
2. Corral I, Quereda C, Moreno A, López Vélez R, Martínez San Millán J, Guerrero A, et al. Intramedullary cysticercosis; **Spine** 1996; 21: 2284-7
3. Robertson H, Watson J. Neurocysticercosis with cervical meningeal involvement; **AJR** 1978; 171: 877-88.
4. Leite C, Jinkins R, Escobar B, Magalhaes A, Gomes G, Dib G, et al. MRI imaging of spinal cysticercosis; **AJR** 1997; 169: 1713-7.
5. Corr P, Royston D, Naidoo HT. The role of imaging in diagnosis of unusual spinal infection; **Int J Neuroradiol** 1999; 5: 200-1.

## ABSTRACT

**Objective:** To report the case of a 53 year-old woman, born in an endemic zone of Latin America for cysticercosis, with signs of dorsal spinal cord compression.

**Description:** A 53-year-old-woman was admitted in our service, after a two months history of paraparesis. A diagnosis of cerebral cysticercosis was previously made in another institution. Her MRI showed an intradural-extramedullary mass, at the T5-T6 level.

**Intervention:** The lesion was approached through a

laminectomy in lateral decubitus, owing to her extreme obesity. A dorsal arachnoiditis was identified, and a cyst resected. The treatment was continued with albendazol, and her spastic paraparesis improved after the operation.

**Conclusion:** Spinal cysticercosis is a rare form of presentation of this parasitosis. The treatment adopted in our case was similar to the few cases published in the literature.

**Key Words:** arachnoiditis, intradural extramedullary lesion, spinal cyst, spinal cysticercosis.

## COMENTARIO

Los autores describen un nuevo caso de cisticercosis espinal muy bien resuelto. Ésta es una patología sumamente rara, tanto en ubicación como en incidencia, e inesperada para el cirujano. Como señalan los autores, el diagnóstico preoperatorio con neuroimágenes es inespecífico pues simula otras patologías.

En el caso presentado existían antecedentes de cisticercosis cerebral y la paciente era oriunda de Bolivia, lo cual hizo sospechar el diagnóstico.

Lamentablemente esto no siempre es así, en cuyo caso el cirujano, al no estar advertido y/o sospechar esta patología, puede romper involuntariamente los quistes y diseminar la enfermedad. Platas et al, además de mostrarnos un adecuado manejo del caso, nos advierten sobre la existencia de la cisticercosis espinal para que todos estemos alerta.

Juan José Mezzadri