

# **NEUROCISTICERCOSIS INTRAMEDULAR. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

**AUTORES: \* Tassi, V.; \* Suarez, G.; \* Cosentino, M.; \* Vogel, J C;  
Crubellati, M; Germsek, S; Marquez, A; Alarcon, M.  
\* Servicio de Anatomía Patológica HEC.**

# INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

**La Cisticercosis es causada por el parásito *Taenia Solium* y es la enfermedad parasitaria más común en el mundo. Tiene una peculiar afinidad por el SNC, músculo y globo ocular.**

**El compromiso del SNC puede presentarse con convulsiones, signos neurológicos focales, hipertensión endocraneal y encefalitis (en niños).**

**La afectación en la médula espinal varía del 1 al 5%, incluso en áreas endémicas como África, América Latina y Asia.**

**Se presenta un caso de localización intramedular y se realiza la revisión de la bibliografía.**

## MÉTODOS

- **Se estudia un paciente masculino de origen boliviano, de 59 años de edad que se presenta con hidrocefalia normotensiva (Síndrome de Hakim Adams) al que se le realiza derivación ventrículo peritoneal en el año 2015. Persiste con alteración de la marcha, pérdida de la memoria, paresia de miembros inferiores, hipoestesia e hiperreflexia.**
- **En la Resonancia Magnética Nuclear (RMN): se observan dos lesiones intramedulares hipointensas en T1 e hiperintensas en T2 sin realce posterior al contraste endovenoso, de aspecto quístico ubicada entre D10-D11. Asimismo imagen isointensa al líquido cefalorraquídeo de disposición extramedular intradural entre D5-D9.**
- **Electromiograma: compromiso cordonal posterior.**

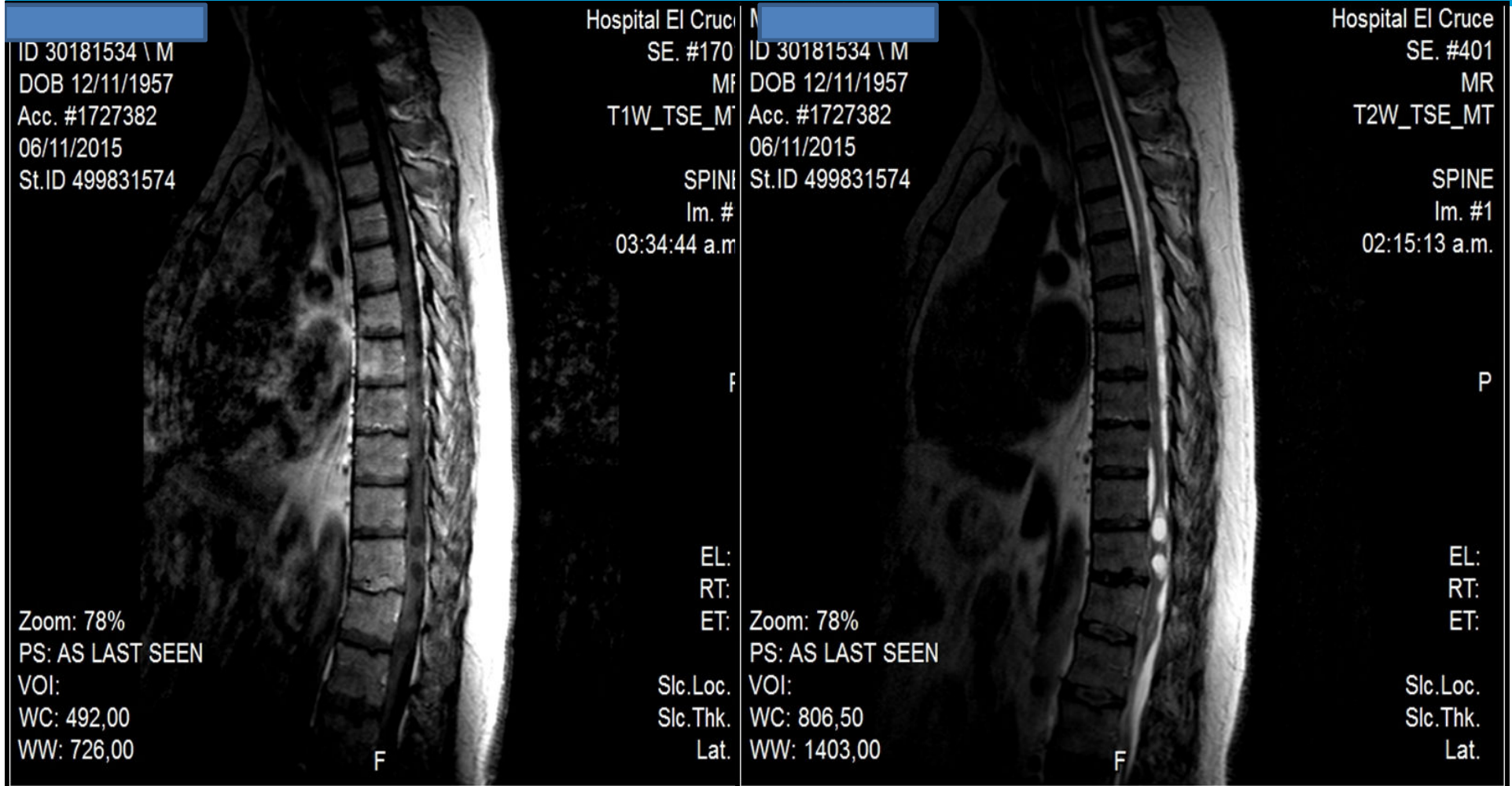


FIGURA 1. RMN T1

FIGURA 2. RMN T2

**Se realiza intervención quirúrgica en Octubre del 2016 remitiendo material para su estudio como:**

- a) Tumor intramedular.**
- b) Tumor extramedular intradural.**
- c) LCR.**

**Macroscopía:**

- a) Fragmento de tejido parduzco que mide 1,6 x 0,4 x 0,2 cm, fijado en formol buffer, procesado e incluido en parafina.**
- b) fragmento blanquecino translúcido de 1,2 x 0,8 x 0,1 cm, fijado en formol buffer, procesados e incluidos en parafina.**
- c) se realizan 4 extendidos citológicos que se colorean con la técnica de PAP.**

## ESTUDIO MICROSCÓPICO

- **Las secciones teñidas con hematoxilina y eosina de las muestras a) y b) mostraron quiste vesicular compuesto por una capa cuticular eosinofílica externa que contiene microvellosidades con glucocáliz debajo de la cual existen bandas de fibras musculares, una capa celular con núcleos pequeños oscuros y uniformes, una capa reticular interna que contiene fibras dispuestas laxamente con canalículos excretores y microcalcificaciones.**
- **Se realizó técnica de Pas que refuerza los hallazgos histopatológicos. Las técnicas de Grocott y Giemsa resultaron negativas.**
  - c) Extendido oligocelular con aislados detritus.**

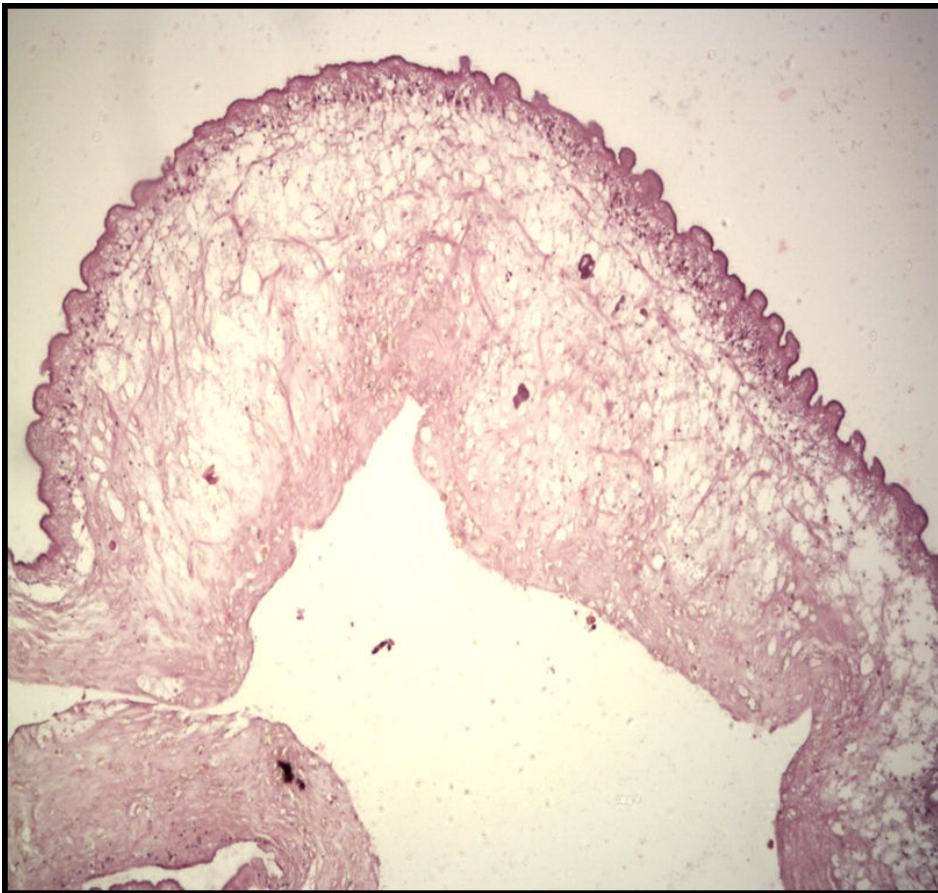
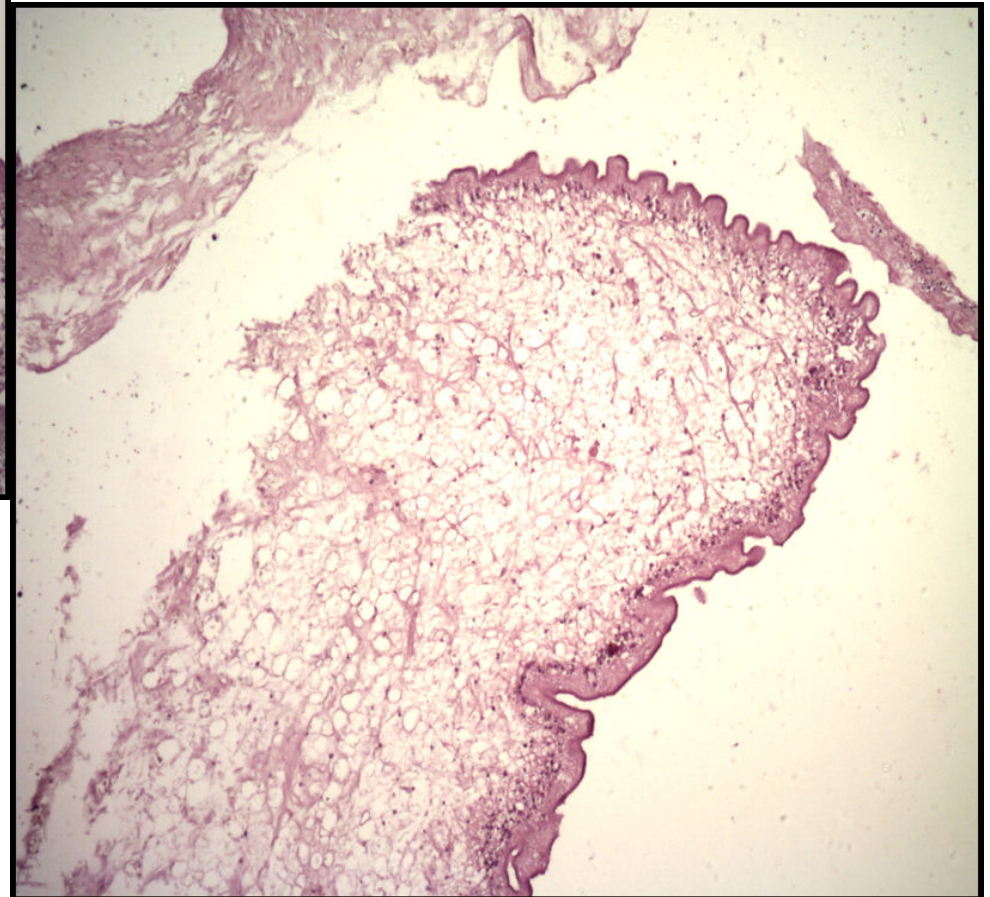


FIGURA 3. HE 10X

FIGURA 4. HE 10X



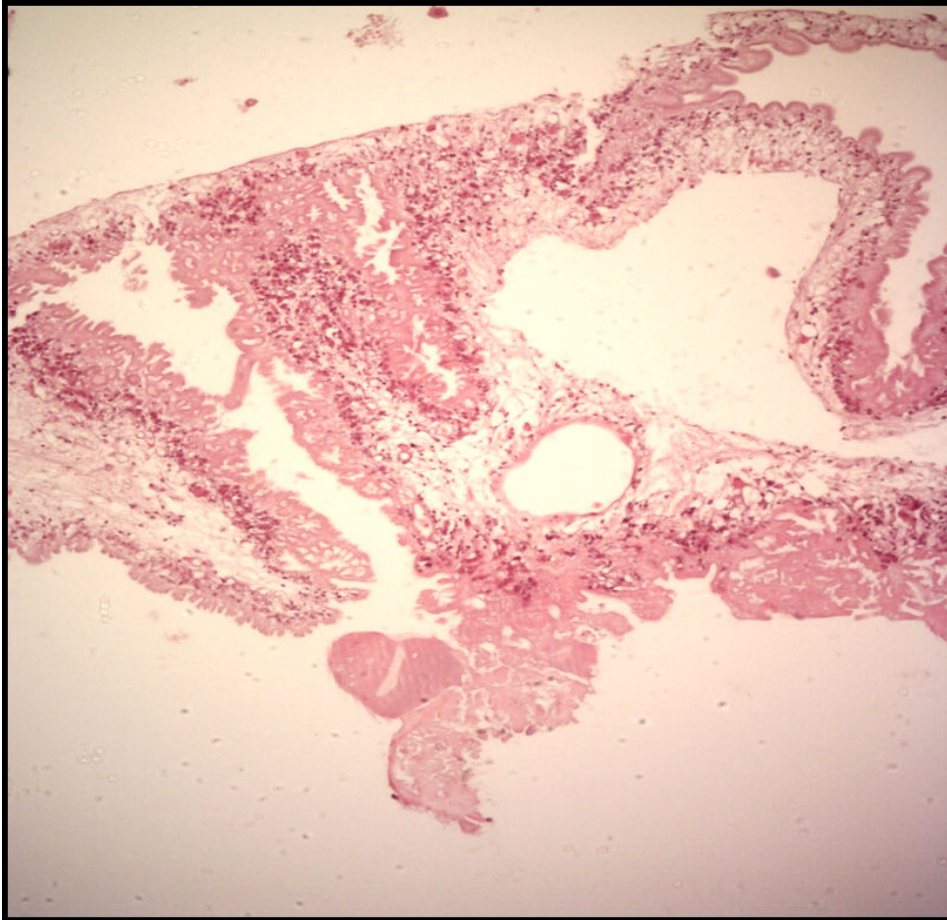
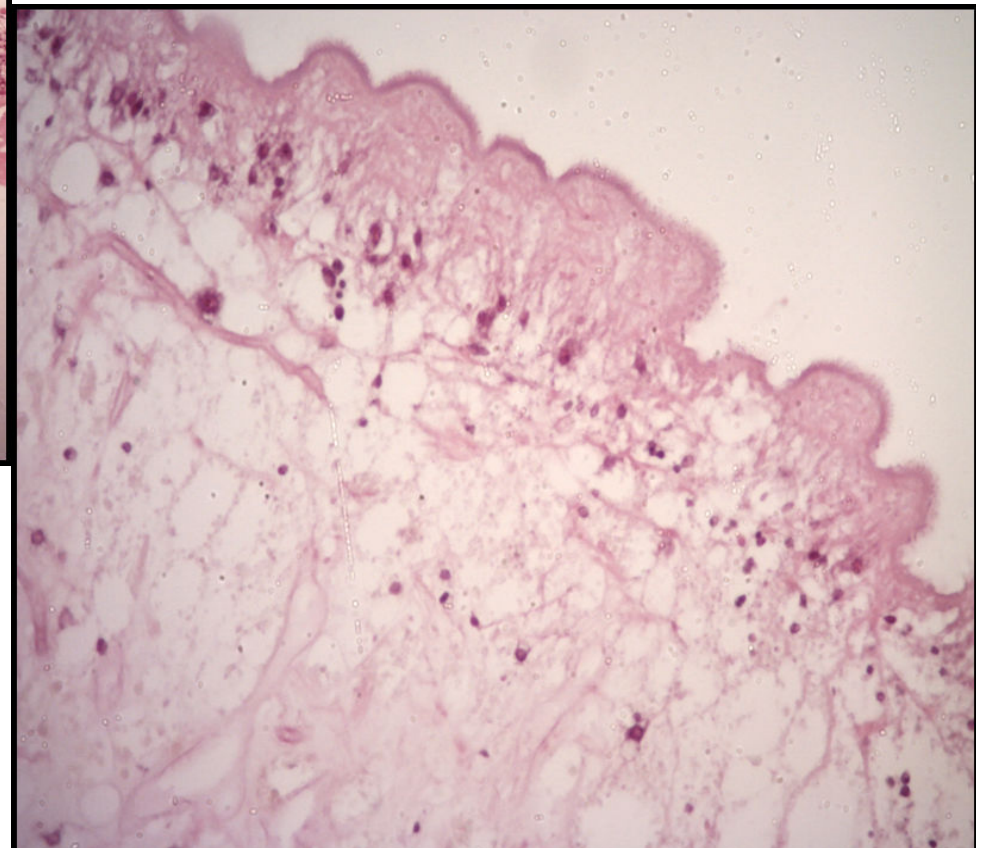


FIGURA 5. HE 10X

FIGURA 6. HE 40X





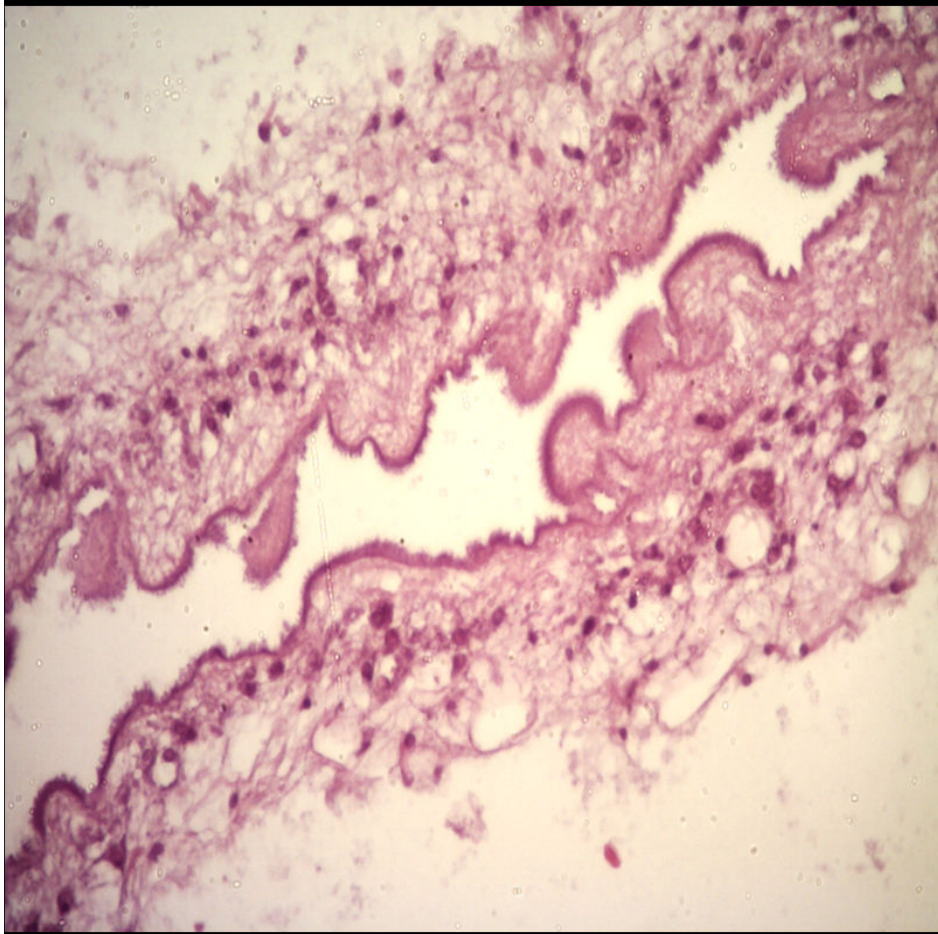
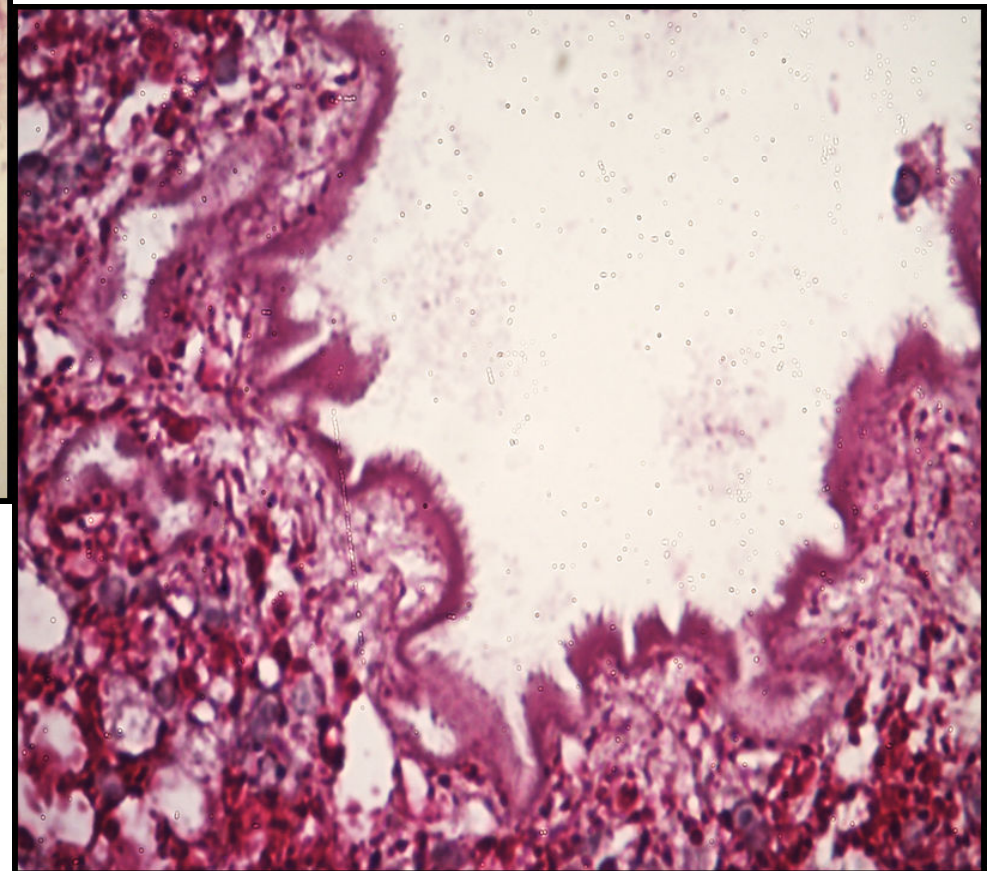


FIGURA 7. HE 40X

FIGURA 8. PAS 100X



## RESULTADOS

**Se llega al diagnóstico de Neurocisticercosis medular, con buena evolución postquirúrgica y mejoría neurológica.**

**Se deriva a infectología que indica tratamiento antiparasitario y corticoides.**

**RMN de control: Impresiona como mínimo remanente**

## CONCLUSIONES

- **El compromiso espinal de la neurocisticercosis puede ser extraespinal o intraespinal que incluye las variedades: epidural, subdural, aracnoidea e intramedular (la menos frecuente).**
- **Esta última puede ocurrir por vía hematógica o por migración ventrículo endimaria, con menos de 60 casos descritos en la literatura, por lo que representa un desafío diagnóstico y debe ser considerada dentro de las lesiones intramedulares junto al ependimoma, cavernoma y astrocitoma.**
- **La RMN es el método complementario de elección.**
- **El tratamiento óptimo es quirúrgico que se puede complementar con Albendazol y Deltisona.**

## BIBLIOGRAFÍA

- **1: Burger,P.C.; Scheithauer,B.W. et al. Diagnostic Pathology. Neuropathology. Amirsys. Primera edición 2012. Cysticercosis. Parte II sección 2 página 72-77.**
- **2: Rosai,J. Rosai and Ackerman`s Surgical Pathology. Tenth Edición . 2011. Volumen 2. Elsevier Mosby. The SNC Parasitoses: Neurocysticercosis. Pag 2331.**
- **3: Iacoangeli,M.; Moriconi, E. et al. Isolated cysticercosis of the cauda equina. J Neuroci Rural Pract 2013;4:117-119.**
- **4: Valsangkar, S.A.; Kharosekar, H.U.; et al. Isolated conus-epiconus neurocysticercosis. Neurol India 2015;**
- **63: 119-120.**
- **5: Rice, B.; Perera,P. Intramedullary spinal neurocysticercosis presenting as Brown-Sequard Syndrome. West J Emerg Med. 2012; 13(5): 434-436.**
- **6: Salazar Noguera, E.M.; Pineda Sic,R. et al. Intramedular spinal cord neurocysticercosis presenting as Brown-Sequard syndrome. BMC. Neurology (2015) 15:1.**

**MUCHAS GRACIAS!!!**