

Cisticercosis Intrarraquídea

Por

Dr. Francisco Saborío Vargas *

Dr. Oscar Rodríguez O. **

Desde los tiempos de Hipócrates se conoce que la *Taenia Solium* parasita al hombre, aunque no fue diferenciada de la *Taenia Saginata* hasta la época de Linnæus (1752).

En la Grecia, Aristóteles y Aristófanos describen unas formaciones que hallaron en la lengua de un cerdo, que semejaban "piedras de granizo"; mencionan por primera vez el estado larvario de este platelminto, al que más tarde Rudolphi le dio el nombre de "*Cysticervus Cellulosæ*".

Gessner en 1558 y después Rumler en 1588, observaron la infestación por cisticercos en el hombre. La naturaleza parasitaria de la afección fue demostrada en el año 1686, en que fueron publicados los trabajos de Hartman, Redi, Tyson y Malpighi.

Kuchemeister en 1855 y Leuckart en 1856 publicaron los resultados de sus trabajos experimentales sobre el ciclo de vida del parásito.

DISTRIBUCION GEOGRAFICA

Se han reportado casos de cisticercosis en todas las partes del mundo. En Latinoamérica los países que más incidencia tienen son México y Brasil.

CICLO DE VIDA DEL PARASITO

El cerdo al ingerir los huevos de *Taenia Solium*, son destruidos en el estómago liberándose la oncosfera la cual pasa a la circulación fijándose en el tejido muscular, donde se desarrolla hasta llegar a cisticerco. Cuando el hombre ingiere carne parasitada y mal cocida, el cisticerco se fija en las primeras porciones

* Del Servicio de Neurocirugía del Hospital Central del Seguro Social.

del intestino delgado hasta llegar a formar el verme adulto en unas 12 semanas; este es el ciclo frecuente.

Cuando los huevos son ingeridos por el hombre por cualquiera de los tres mecanismos siguientes, primero: agua o legumbres contaminadas, que es la forma más frecuente. Segundo: autoinfectación, cuando el hombre parasitado lleva en sus manos los huevecillos del ano a la boca. Tercero: autoinfectación interna; muy rara y sucede por anti-peristaltismo.

En cualquiera de los tres casos, los huevecillos son digeridos en el estómago, penetran la mucosa, llegan a los vasos mesentéricos y de ahí al resto de la circulación fijándose en el cerebro, ojos, músculos y piel, donde luego se desarrolla el cisticerco.

La cisticercosis es muy frecuente, Costero en México ha encontrado una incidencia de 3.5% en autopsias realizadas en el Hospital General. Obrador Alcalde en España señala la cisticercosis cerebral como la causa de procesos expansivos intracraneales en un 5%. En Costa Rica es relativamente frecuente la cisticercosis cerebral pero no existen estadísticas al respecto. Guillermo Santín y Jorge Vargas en un estudio radiológico de cisticercosis del sistema nervioso central encuentran 5 casos de cisticercosis intrarraquídea. Esta última forma bastante rara y existen pocos casos reportados en la literatura.

PRESENTACION DEL CASO

J. C. B. Masculino. 27 años de edad. Originario de Heredia y residente en San José. Por algunas temporadas ha estado en áreas rurales trabajando de maestro. Fue internado en el Hospital Central del Seguro Social el 1º de marzo de 1965. Refiere que un año antes de su internamiento comenzó a presentar dolores localizados en la región sacrococcígea con irradiación a la región posterior de ambos muslos; el mencionado dolor lo presentó 5 veces en un año; era de tipo continuo y le duraba 5 días. Refirió también dificultad para la defecación y la micción. Anestesia perianal. 2 meses antes de su internamiento el dolor era casi continuo, lo que le dificultaba la marcha y la flexión del tronco.

Al examen físico: P. A. 100/80. Temp. 37. Paciente bien constituido, cabeza y pares craneales negativos. Boca buen estado de conservación. Cuello; pulmones y corazón negativos. Abdomen blando y depresible. Hígado y bazo no palpables. La región perianal presenta una área de anestesia de 10 cm. de diámetro, con extensión al glúteo y muslo izquierdo; existía caída del tono muscular postural de ambos miembros inferiores, con ligera hiporeflexia patelar. Fue catalogado como un síndrome con compresión de cono y cola de caballo. Se le practica una mielografía, la cual demuestra que en la región lumbar y dorsolumbar

existen múltiples zonas de falta de relleno de contraste, de forma redondeada, de variables dimensiones, que se agrupan formando en algunos puntos verdaderos racimos. Se plantea en el diagnóstico diferencial la posibilidad de una neurofibromatosis de cola de caballo, de una malformación arteriovenosa y la de una cisticercosis.

El 10 de marzo de 1965 se practicó una laminectomía dorsolumbar. Al abrir la duramadre, ésta se encontraba muy gruesa mostrando gran cantidad de adherencias a la aracnoides y al tejido noble medular.

Entre la dura y la médula se encontraron incontables formaciones quísticas redondeadas de tamaño variables de contenido líquido que se identifican como cisticercos en diversas etapas de evolución. Se toman y se envían a Anatomía Patológica, reportándose positividad por cisticercos. Todos aquellos cisticercos visibles fueron extraídos, pero posiblemente un buen número de ellos que escapan a la visión normal no pudieron ser extraídos.

La evolución postoperatoria fue excelente y actualmente se encuentra asintomático.

COMENTARIO

Aunque el cuadro neurológico en estos casos no permite hacer un diagnóstico etiológico, éste sí se puede lograr perfectamente con la mielografía.

Como no fue posible extraer todos los cisticercos es muy posible que en el futuro este paciente vuelva a presentar una sintomatología semejante y sea necesario volverlo a intervenir quirúrgicamente. Los exámenes de heces del paciente fueron repetidamente negativos — por huevos de *Taenia*, lo cual hace pensar que fue contaminado por una persona o personas que estaban expulsando huevos. Por el hallazgo de cisticercos en diferentes etapas evolutivas se sabe que el paciente mantuvo la contaminación por mucho tiempo. Es muy posible que esa contaminación también la hayan tenido otras personas.

BIBLIOGRAFIA

1. J. R. RAVENS. Contribución a la histoparasitología del *Cysticercus Cellulosae* y *Cysticercus Racemosus*. Archivos de Histología Normal y Patológica, Vol. 6, Fasc. 1: 42, 1955. Buenos Aires.
2. CRAIG Y FAUST. Parasitología Clínica. Uthea, 2da. ed. en español, 1961. pp 590-592.
3. COSTERO, I. Tratado de Anatomía Patológica Editorial Atlante, México, D. F. 1946, pág. 1486.
4. OBRADOR ALCALDE, S.- Fundamentos de diagnóstico y tratamiento en Neurocirugía, Paz Montalvo, Madrid, 1957, pág. 203.
5. SANTIN G., VARGAS J. Roentgen Study of Cysticercosis of Central Nervous System. Radiology, 86:520, 1966.