

Hidatidosis cerebral: una presentación poco frecuente

G Giletto, M Patavino, S Pinciroli, M Ramadori, C Ortolani, G Ortolani
Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil Don Victorio Tetamanti, Argentina

INTRODUCCIÓN

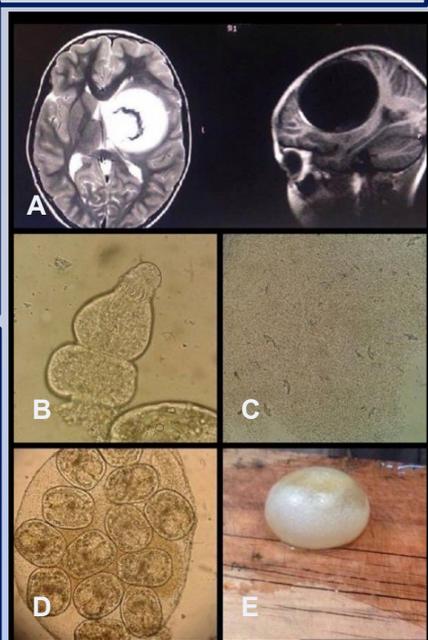
La Hidatidosis humana es la enfermedad parasitaria producida por implantación de uno o más hidátides de *Echinococcus* spp. en el hombre. El *E. granulosus* produce la hidatidosis quística en América Central y del Sur; las zonas rurales presentan la mayor prevalencia. Las localizaciones más frecuentes de los quistes son hígado y pulmón, mientras que el compromiso encefálico representa solo el 1-2% de los casos de hidatidosis. El daño que ocasiona el quiste hidatídico es tanto mecánico, por compresión de órganos, como tóxico, en caso de ruptura del mismo, y en muchos pacientes es necesario el tratamiento quirúrgico.

RESUMEN CLÍNICO

Paciente masculino de 10 años de edad, proveniente de Benito Juárez, con antecedente de episodios convulsivos a los 8 años. Como antecedente familiar, madre que requirió lobectomía pulmonar para extirpación de quiste hidatídico. Consulta por hemiparesia braquiocrural izquierda y se realiza TAC de cráneo donde se visualiza imagen redondeada quística frontotemporo parietal izquierdo, que comprime sistema ventricular y desplaza línea media. Se decide su internación con los diagnósticos diferenciales: 1- Astrocitoma pilocítico 2- Hidatidosis cerebral. Se solicita radiografía de tórax y ecografía abdominal, ambas normales, y prueba de arco 5 en suero: negativa. La RMN de SNC mostró una imagen redondeada de 10 cm de diámetro, a nivel paraventricularcortico subcortical frontotemporo parietal izquierdo (**Fig. A**). El EEC resultó normal. A los cinco días de internación se practica la excresis de la tumoración quística cerebral, sin ruptura de la misma. Recibió cefazolina pre quirúrgico y albendazol 15 mg/K/Día c/12 hs.

Cursando posoperatorio presenta episodio convulsivo, por lo que se realiza nueva TAC de cráneo, la cual evidenció un orificio residual, sin sangrado activo en el parénquima. Al octavo día, se mantiene estable, no repite convulsiones, por lo cual se decide el egreso hospitalario con diagnóstico de quiste hidatídico de SNC, con tratamiento antiparasitario vía oral y control con servicio de neurocirugía.

- **Exámen macroscópico:** quiste de 8 cm de diámetro, liso, brillante y blanquecino en la superficie externa. Al corte sale líquido claro. La superficie interna es granular y de color blanco amarillenta (**Fig. E**).
- **Exámen microscópico:** visualización de protoescolices, ganchos, vesículas hijas y restos membranales, compatibles con *E. granulosus* (**Fig. B, C y D**).



CONCLUSIÓN

La alta incidencia de hidatidosis en nuestro país y las complicaciones que conlleva hacen de esta patología un importante problema de Salud Pública. Siendo una presentación poco frecuente y muchas veces sin pesquisararse quistes en otras localizaciones, la hidatidosis cerebral debe ser siempre considerada dentro de los diagnósticos diferenciales de lesiones quísticas encefálicas, para lograr de esta manera un tratamiento precoz y un adecuado manejo del paciente.