

61

MED  
Tesis  
2005  
C746e

61



**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**ESCUELA DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA**

**Efectividad del tratamiento con  
Albendazol, en pacientes con diagnóstico de  
Neurocisticercosis cerebral en el Hospital  
Obrero Nº 2 C.N.S. CBBA**

**TUTOR: Dr. Henry Nuñez V.**  
**NEUROLOGO**

Dr. José A. Clavijo Madana  
JEFE DEPTO. MEDICINA  
Mat. Prof. 8-450 C.N.S.

**Autor: Dra. Shirley J. Condori Montes**  
**(RES. PRIMER AÑO - MEDICINA INTERNA)**

**COCHABAMBA - BOLIVIA**  
**2005**

Dr. HENRY NUÑEZ V  
Médico - Neurologo

## ÍNDICE DEL CONTENIDO

Índice-----	2
1. Introducción-----	3
2. Justificación del problema-----	3
3. Planteamiento del problema-----	3
4. Objetivos-----	4
5. Marco Teórico-----	5
6. Hipótesis-----	13
7. Diseño Metodológico-----	13
8. Resultados-----	15
9. Conclusión-----	17
10. Recomendaciones-----	17
11. Bibliografía-----	33

## **1.- INTRODUCCIÓN.**

La neurocisticercosis (NCC) es la infección más frecuente del sistema nervioso central producida por la larva del platelminto *Tenia solium*.

Es una zoonosis de distribución universal, endémica en países debajo nivel socioeconómico y presente en la mayoría de los países de América Latina, África y sudeste asiático. Las localizaciones más frecuentes de los cisticercos son el sistema nervioso central (SNC), los músculos, el tejido subcutáneo y los ojos. Las manifestaciones clínicas dependen del número, tamaño y localización de estos quistes aunque la mayor parte de las personas permanecen asintomáticos. La epilepsia (50-90%) lejos es la presentación más común, seguida de cefalea (40%) y otros síntomas de hipertensión intracraneal.

## **2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

¿Cual es la efectividad del tratamiento con Albendazol en pacientes con diagnóstico de Neurocisticercosis Cerebral en el Hospital Obrero N° 2. Caja Nacional de Salud-Cbba año 2005?

## **3.- JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

La incidencia de esta enfermedad en nuestro medio como causa de crisis convulsiva en pacientes en edad productiva nos ha llevado a revisar los casos de Neurocisticercosis (NCC) diagnosticados y tratados en nuestro servicio, y a realizar una actualización de esta patología, fundamentalmente desde el punto de vista terapéutico.

#### **4.- OBJETIVOS.**

##### **General:**

Identificar la efectividad del tratamiento para la neurocisticercosis Cerebral con albendazol en pacientes de la Caja Nacional de Salud-Cbba, año 2005.

##### **Específicos:**

- 1.- Determinar la prevalencia de neurocisticercosis cerebral en el servicio de Medicina Interna de la C.N.S. Hospital Obrero N°2.
- 2.- Determinar el número de pacientes con diagnóstico de Neurocisticercosis por edad y sexo.
- 3.- Identificar la localización de los quistes por imágenes (TAC)
- 4.- Identificar la forma de presentación clínica más frecuente de Neurocisticercosis Cerebral
- 5.- Determinar el número de pacientes que reciben tratamiento con: Albendazol, Corticoide y Placebo
- 6.- Demostrar la efectividad del tratamiento con Albendazol, Corticoide y Placebo mediante TAC a los dos y seis meses post tratamiento.

## 5.- MARCO TEÓRICO.-

La NCC es una enfermedad endémica en países del sur y este de Asia, África, América central (México) y del sur. En ellos, la sanidad es de escasa calidad, y el desarrollo socioeconómicos pobre [6,27,30], en estos países es la primera causa de epilepsia adquirida en adultos [6,17,27]. Esto convierte a la NCC en un gran problema de salud pública en los países en vías de desarrollo. Además, la masiva emigración de personas de áreas endémicas otras no endémicas ha incrementado de forma importantes prevalencia en EE.UU. y algunos países de Europa (11,30)

### ***CICLO BIOLÓGICO DE LA TENIA SOLIUM (fig. 1)***

En la infección humana podemos distinguir la teniasis y la cisticercosis (CC). El ser humano adquiere la teniasis o enfermedad intestinal cuando come carne de cerdo cruda o poco cocinada que contiene larvas (cisticercos activos). El parásito que habita en el intestino humano expulsa varias proglótides cada dos o tres días, que se deponen con las heces, lo cual constituye el principal mecanismo transmisor de la CC. Ésta se adquiere mediante la ingestión de alimentos contaminados con heces, aguas contaminadas, alimentos lavados con aguas contaminadas que contengan huevos de *T. solium*, o incluso por autoinfección. Los huevos de *T. solium* atraviesan la pared intestinal y, a través de la sangre, se depositan, en su forma larvaria o cisticerco, en los diferentes tejidos, lo que constituye la

CC. En el 60-92% de los casos existe afectación del cerebro [6,17,28].

### ***Tipos de cisticercos***

Clásicamente, se han descrito dos tipos de quistes que podemos encontrar en el cerebro.

*Celuloso*: forma regular, redonda u oval, con un tamaño que oscila entre 3 y 20 mm de diámetro. En el seno del quiste se puede observar el escólex del parásito. Suele encontrarse en el parénquima cerebral [6,17].

*Racemoso*: tiene aspecto de racimo de uvas y suele crecer en el espacio subaracnoideo de las cisternas de la base. Suele alcanzar mayor tamaño que el celuloso, hasta 10 cm, debido a que el LCR opone menor resistencia al crecimiento que el parénquima [6,17].

### ***FORMAS CLÍNICAS***

Las manifestaciones clínicas dependen del número y localización de los parásitos, así como de la respuesta inmunitaria del hospedador ante el parásito. Podemos considerar las siguientes formas clínicas:

#### *Parenquimatosa*

Es la más frecuente de todas, y constituye el 30-63% de los casos de NCC [7]. Suele tratarse de un quiste de tipo celuloso que pasa por diferentes fases durante su evolución (Fig. 3): la larva suele permanecer viva en el interior del quiste durante períodos prolongados de tiempo, incluso