ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OFTALMOLOGÍA

www.elsevier.es/oftalmologia

Comunicación corta

Hemianopsia bitemporal secundaria a hidrocefalia por neurocisticercosis

*G. Salcedo-Villanueva**, *A. Rueda-Villa* y *M.P. Hernández-Ábrego*

Asociación para Evitar la Ceguera en México (APEC), Servicio de Neuro-Oftalmología, Hospital Dr. Luis Sánchez Bulnes, Intitución de Asistencia Privada,Ciudad de México, Distrito Federal, México

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 3 de diciembre de 2011
Aceptado el 24 de junio de 2012
On-line el 9 de agosto de 2012

Palabras clave:
Crisis convulsivas
Neurocisticercosis
Hemianopsia bitemporal
Hidrocefalia
Quiasma óptico

R E S U M E N

Caso clínico: Paciente femenina de 45 años con antecedente de crisis convulsivas, presenta cefalea, náusea, vómito y disminución de la agudeza. Campos visuales 24-2 con hemianopsia heterónima bitemporal. La resonancia magnética revela una aracnoiditis de cisternas basales e hidrocefalia supratentorial. La tomografía computarizada de cráneo demostró calcificaciones supratentoriales, escólex en región occipital izquierda e hidrocefalia a expensas de atrapamiento de cuarto ventrículo, integrando el diagnóstico de neurocisticercosis.
Discusión: La neurocisticercosis puede producir hemianopsia bitemporal por compresión quiasmática secundaria a hidrocefalia. Pacientes con hidrocefalia y antígenos negativos pueden presentar secuelas de infección sin parásitos vivos.

© 2011 Sociedad Española de Oftalmología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Neurocysticercosis with hydrocephalus and secondary bilateral hemianopia

Keywords:
Convulsive seizures
Neurocysticercosis
Bitemporal hemianopsia
Hydrocephalus
Optic chiasm

A B S T R A C T

Case presentation: A 45-year-old woman with a history of seizures, headaches, nausea, vomiting, and decreased visual acuity of 5 years. Visual field detected a bitemporal heteronymous hemianopia. Magnetic resonance imaging revealed basal cistern arachnoiditis and supratentorial hydrocephalus. Cranial computed tomography revealed supratentorial calcifications, scolex in the left occipital region, and hydrocephalus secondary to entrapment of the fourth ventricle.
Discussion: Neurocysticercosis can cause bitemporal hemianopsia due to chiasmatic compression secondary to obstructive hydrocephalus. The positivity of anti-cysticercus antibodies determined by ELISA evidence active disease. However patients with hydrocephalus and negative antigen may have sequelae of infection with non-living parasites.

© 2011 Sociedad Española de Oftalmología. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* *Autor para correspondencia.*
Correo electrónico: salcedovilla@gmail.com (G. Salcedo-Villanueva).

0365-6691/$ – see front matter © 2011 Sociedad Española de Oftalmología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
http://dx.doi.org/10.1016/j.oftal.2012.06.025

Introducción

La cisticercosis es la infección por *Cysticercus cellulosae*, forma larvaria de *Taenia solium*. Se considera la parasitosis más frecuente del sistema nervioso central. Es endémica en México, América central, América del Sur, Asia y África. Su prevalencia es difícil de calcular pues existen 50 millones de infectados, sin embargo el 49% son asintomáticos[1–2].

La afección del parénquima cerebral se produce del 60 al 92% de los pacientes con cisticercosis, sin embargo, la neurocisticercosis intraventricular ocurre solo entre el 7 y el 20% de los casos. La mayoría de las lesiones intraventriculares se encuentran a nivel del cuarto ventrículo y producen síntomas relacionados con la obstrucción del líquido cefalorraquídeo (LCR)[1].

El primer signo neuro-oftalmológico es a menudo el edema de papila, ocasionalmente asociado a parálisis secundaria del nervio motor ocular externo, atrofia óptica, alteraciones pupilares o nistagmo[3].

Las alteraciones del LCR como pleocitosis linfocitaria, elevación del nivel de proteínas e hipoglucorraquia no son sensibles ni específicas. La eosinofilia ocurre solo en el 20% de los frotis de sangre periférica. Para el diagnóstico de neurocisticercosis la determinación de anticuerpos anticisticerco en LCR por medio de la prueba de ensayo de inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA) tiene una sensibilidad baja[4].

La evidencia de un escólex en la tomografía computarizada (TC) o en la resonancia magnética (RM) se ha considerado patognomónico[1,4,5].

Caso clínico

Paciente femenina de 45 años, con antecedente de crisis convulsivas de 17 años de evolución. Presenta cuadro de 5 años caracterizado por cefalea intermitente, acompañada de náusea y vómito, al que se agregan parestesias en manos, disminución de la fuerza en extremidades inferiores, fatiga y somnolencia y disminución progresiva de la agudeza visual de predominio en ojo derecho (OD).

Al examen oftalmológico se encontró una agudeza visual mejor corregida (AVMC) en el OD de cuenta dedos a 4 metros y de 20/40 en el ojo izquierdo. Ambos ojos presentaron pupilas hiporreactivas, simétricas, isocóricas. El segmento posterior presentaba papilas ligeramente hiperémicas, con borde nasal discretamente borrado así como ingurgitación de venas (figs. 1 y 2).

Los campos visuales (CV) corroboraron la hemianopsia heterónima bitemporal no congruente (figs. 3 y 4), dando el diagnóstico probable de compresión central del quiasma óptico. La RM presentó imagen sugestiva de lesión vesicular intraventricular en el 3.er ventrículo con aracnoiditis de cisternas basales, ependimitis e hidrocefalia supratentorial en relación con posible neurocisticercosis (figs. 5–7). El LCR mostró hipoglucorraquia (2 mg/dL), nivel de proteínas elevado (121 mg/dL), LDH 149 mg/dL, leucocitos 67% y eosinofilia 15%; cultivo sin desarrollo de microorganismos, BAAR negativo y determinación de anticuerpos anticisticerco por ELISA

Figura 1 – Papila ojo derecho. Predomina una leve hiperemia en regiones superior, nasal e inferior, mientras que la region temporal muestra ligera palidez.

negativo. Se decide iniciar empíricamente manejo con prednisona, acetazolamida, albendazol y fenitoína.

La TC demostró múltiples calcificaciones en región supratentorial, escólex en región occipital izquierda así como hidrocefalia a expensas de atrapamiento de 4.° ventrículo y ventrículo lateral izquierdo, con lo que se establece el diagnóstico de neurocisticercosis tratado mediante derivación ventrículo peritoneal.

Discusión

La neurocisticercosis intraventricular es rara, observada entre un 7 y un 20% de los casos. Cuando los parásitos se alojan en las cisternas basales subaracnoideas, el pronóstico se vuelve incierto ya que son frecuentes las recidivas[1,4].

El diagnóstico se basa en la clínica, las imágenes (RM y TC) y pruebas de laboratorio en suero y LCR. Los signos clínicos secundarios a hidrocefalia obstructiva incluyen cefalea, náusea, vómito, abulia, deterioro de la conciencia y amaurosis fugaz por papiledema. Los criterios diagnósticos propuestos

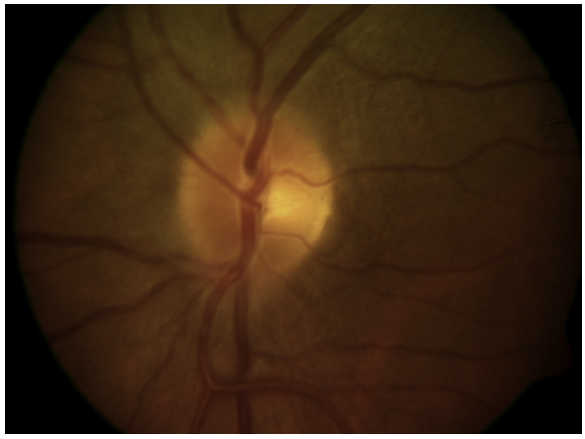

Figura 2 – Papila ojo izquierdo. Hiperemia prácticamente generalizada, con borramiento de los bordes.

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/4007354

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/4007354

Daneshyari.com