

Cisticercosis cerebral

Señor editor:

He leído con mucho interés el trabajo de los doctores Clemente Robles y Manuel Chavarría, *Un caso de cisticercosis cerebral curado médicamente*, aparecido en la GACETA MÉDICA DE MÉXICO 116 (2): 65-71, 1980, correspondiente al mes de febrero.

El tema que trata el artículo constituye uno de los problemas más graves en la patología neurológica en México y su estudio, ha resultado en un acervo de trabajos científicos que han incluido una mesa redonda en la Academia Nacional de Medicina.¹ Aparte de expresarle mi regocijo al saber que ya hay posibilidades de curación para este padecimiento, deseo también manifestar dudas que surgen de la lectura de ese trabajo.

i. La figura 4, a-) (pág. 70) trata de demostrar la desaparición de las lesiones "múltiples . . . granulomatosas" que se ilustran en la figura 2, a-d, (pág. 67). Con base en lo que se muestra en la figura 4, no es posible concluir que las lesiones han desaparecido.

La tomografía axial computada (TAC) de la figura 2, tomada al paciente el 9 de junio de 1979, muestra imágenes que corresponden a aquellas obtenidas con la administración simultánea de un medio radioopaco, demostrado por la visualización del seno venoso longitudinal superior (a-c) y el seno recto (d). Además, esas imágenes se identifican con dígitos superiores al diez (p.e. 16B, 14B, 15A, 13B). La adición de medio radioopaco permite aumentar la densidad de las lesiones, y es muy útil en la ejecución de este procedimiento, sobre todo de aquellas lesiones "isodensas" con el tejido cerebral pero cuya red vascular peri e intralesional puede facilitar su visualización.

Las imágenes de la TAC que aparecen en la figura 4 (pág. 70), obtenidas cuatro meses y diez días después (octubre 19 de 1979), corresponden al procedimiento simple, esto es sin la adición simultánea del medio de contraste. Nótese que no se ven los senos venosos de la duramadre y que los dígitos van precedidos de un cero. Inexplicablemente se incluyen en esa figura 4 las imágenes g y h, que corresponden a la TAC supuestamente tomada antes del tratamiento, como se puede comprobar por la numeración de la TAC y la fecha de la toma. Más aún, la densitometría en la figura 2 es de 0100, como se muestra allí y en la figura 4 es de 0200. Obviamente la resolución obtenida es totalmente diferente.

ii. Aunque creo que las imágenes g y h de la figura 4 fueron incluidas por error, estas resultan útiles para señalar que resulta inexplicable que las dos lesiones que aparecen en la figura 2c (identificada como 15A) no aparezcan en la imagen de la figura 4h (identificada como 15B). Comentario similar merecen la figura 2a (identificada como 16B) y la figura 4g (identificada como 16A).

iii. En el inciso "c" del comentario (pág. 69), los autores señalan que "las imágenes radiológicas de los granulomas cisticercosos en la TAC son también típicos". En mi experiencia y en la de otros,² la cisticercosis parenquimatosa confirmada por autopsia ha mostrado imágenes hipodensas y, ocasionalmente, un halo hiperdenso con el reforzamiento con medio de contraste, que corresponde a la reacción inflamatoria limitada a la zona alrededor de la vesícula. Hasta ahora no

he visto un caso de cisticercosis parenquimatosa que haya mostrado imágenes hiperdensas homogéneas, como las que se muestran en el artículo en cuestión.

iv. Si las lesiones realmente corresponden a cisticercos, debe considerarse que estos tienen una reacción granulomatosa muy intensa como efectivamente ocurre,^{3,4} especialmente en las formas meníngeas y que clínicamente manifiestan pleocitosis intensa en el líquido cefalorraquídeo.⁵ Es difícil aceptar que lesiones granulomatosas de esta magnitud desaparezcan tan rápidamente, sobre todo si se tiene en cuenta que ese tipo de inflamación en el tejido nervioso deja cicatriz glial y de tejido conectivo muy intensa.^{3,4}

Otros aspectos de tipo clínico e inmunológico que se mencionan generan también dudas sobre ese caso. Sin embargo, creo que no es necesario ahondar en aspectos que llevarían a discutir las sin tener bases anatómicas; me concreto pues a mencionar lo que es objetivo.

En resumen, creo que es loable el intento de los autores de buscar una cura para la cisticercosis cerebral y ojalá en el futuro reúnan una casuística bien documen-

tada. Sin embargo, no está justificado informar del éxito rotundo de un tratamiento con base en un caso, cuyo estudio deja muchas dudas sin resolver.

DR. ALFONSO ESCOBAR

Instituto de Investigaciones Biomédicas
Universidad Nacional Autónoma de México

REFERENCIAS

1. *Cisticercosis cerebral como problema de salud pública*. GAC. MÉD. MÉX. 103: 225, 1972.
2. *Case records of the Massachusetts General Hospital*. (Case 40-1977). New Engl. J. Med. 297: 773, 1977.
3. Escobar, A. y Nieto, D.: *Parasitic diseases*. En: *Pathology of the nervous system*. Minckler, J. (Ed.). Nueva York, McGraw-Hill, 1972, p. 2507.
4. Márquez-Monter, H.: *Patología de la cisticercosis*. GAC. MÉD. MÉX. 103: 230, 1972.
5. Nieto, D.: *Cysticercosis of the nervous system: diagnosis by means of the spinal fluid complement fixation test*. *Neurology* (Minneapolis) 6: 725, 1956.

RESPUESTA AL DOCTOR ESCOBAR

Señor editor:

Me refiero a la comunicación que dirige a usted el doctor Alfonso Escobar, comentando el trabajo presentado por el doctor Manuel Chavarría y por mí, intitulado *Un caso de cisticercosis cerebral curado médicamente*, y publicado en la GACETA MÉDICA DE MÉXICO, en febrero de 1980.

En la sesión del día 14 de noviembre de 1979 en que tuvimos el alto honor de presentar esta comunicación a la Academia Nacional de Medicina, dijimos de la manera más enfática que el punto débil de nuestro trabajo se refería a que el estudio estaba basado en un solo caso y acotábamos a continuación que una sola golondrina no hace verano.

En el original que sometimos a su consideración para ser publicado en la GACETA, existe un subtítulo bajo el rubro de "Crítica", en que señalábamos este mismo aspecto y eso porque estábamos seguros de que las críticas no tardarían en llegar, como efectivamente ya están apareciendo.

Esta crítica referente a "un solo caso" nos parece en cierto modo razonable, pero no al grado de que no comunicáramos desde luego a la Academia y al cuerpo médico un descubrimiento que nos parece importante.

Por lo demás, no me arrepiento de haber procedido así, ya que como veremos más adelante y por las razones que se aducen, se viene a aclarar que lo que el doctor Escobar califica "de injustificado informe de un caso dudoso", ya no es dudoso sino cierto, ni mucho menos injustificado, porque precisamente para eso son las academias.

Los comentarios del doctor Escobar acerca de las imágenes radiológicas de tomografía computada correspondientes a las dos series, la primera tomada el día 9 de junio y la otra el 19 de octubre, están basados en la

reproducción de imprenta, bastante mala por cierto, de la reproducción fotográfica, también bastante mala, de las placas originales que el doctor Escobar, hasta donde yo sé, nunca ha visto.

De haber examinado el doctor Escobar las placas originales, se habría percatado con facilidad de que las imágenes anulares que aparecen en la primera serie (junio 9), son ciertamente hiperdensas, pero no homogéneas, como él equivocadamente supone; además, tienen otras características que hacen ciertamente muy difícil, si no imposible, que ocurran en un padecimiento que no sea cisticercosis. Los radiólogos profesionales doctores Jesús Rodríguez Carbajal y Jaime Dorfman, las describen de la siguiente manera: de aspecto anular, es decir, como anillos, con forma circular, con una zona periférica más densa rodeando a otra central, más clara o de menor densidad.

En cuanto a la serie del 19 de octubre, en que las imágenes anulares de referencia ya no aparecen, me permito transcribir el informe de los mismos radiólogos, que concluyen lo siguiente: "Ya no se aprecian las captaciones anulares reportadas en el estudio previo" y claramente indican que las placas fueron tomadas antes y después de la administración del medio de contraste radioopaco.

Por eso me parece legítimo, que toda vez que en esta serie ni los radiólogos profesionales ni yo advertimos las imágenes características, es lógico suponer que las lesiones tampoco existen.

Efectivamente, en esta serie, que corresponde a junio 9, hay dos placas que aparecen en la serie de octubre 19, pero que están claramente marcadas, por lo cual se trata simplemente de un error de composición de la plana correspondiente.

En lo tocante a otras dudas del doctor Escobar y otras más que pudieran aparecer, pienso que el mejor camino para aclararlas no es entrar en polémicas sino en continuar la investigación de este tema con dos directrices fundamentales: la primera, allegarse nuevos casos y estudiarlos lo mejor que sea posible; la segunda, seguir a los enfermos durante un tiempo suficientemente largo para poder emitir un juicio bien fundado acerca de si la enfermedad está o no curada.

Siguiendo estas ideas, hemos reunido ya una serie de enfermos de cisticercosis cerebral, que abarca hasta el momento actual a 65 pacientes tratados con praziquantel y que nos proponemos hacer crecer, hasta reunir una casuística que sea estadísticamente significativa. Pues bien, dentro de esta pequeña serie, ya hay varios casos muy similares en todo el enfermo que nos ocupa y en quienes los resultados del tratamiento han sido igualmente satisfactorios. Así pues, para el momento actual ya no se trata de una sola golondrina.

El seguimiento del caso del niño D.D.L. también merece señalarse. A seis meses de terminado el tratamiento sus condiciones son las siguientes:

1. Asintomático.
2. Sin recibir ninguna medicación y llevando la vida

normal que corresponde a un niño de su edad.

3. El último examen de líquido cefalorraquídeo fue normal.

4. Una nueva tomografía axial computada, realizada el 16 de mayo es normal y sólo muestra, en el lóbulo frontal izquierdo, una pequeña calcificación, que por sus caracteres corresponde a un cisticerco calcificado.

En lo tocante a exámenes inmunológicos, la última vez que se tomó una muestra de sangre fue el día 24 de marzo y los resultados del examen son los siguientes: dosificación de anticuerpos, totalmente negativa y reacciones de precipitación y hemaglutinación, con títulos de 1:4, 1:4 y 1:4.

Por todo lo anterior, ya no es posible albergar muchas dudas acerca de los dos puntos fundamentales de este caso: 1. se trata de cisticercosis cerebral y 2. el enfermo está curado.

No nos queda sino agradecer al doctor Escobar su interés por comentar este trabajo inicial.

DR. CLEMENTE ROBLES.
Hospital General de México.
Secretaría de Salubridad y Asistencia.



Señor editor:

En la GACETA MÉDICA DE MÉXICO de febrero de 1980, aparece la respuesta que el doctor Antonio Zghaib, da a una carta dirigida al editor por el doctor Bruno Estañol.

Aunque cabrían comentarios acerca de los conceptos generales sobre la cisticercosis cerebral que el autor expone, me referiré concretamente a la discrepancia surgida en lo que respecta a la frecuencia de la cisticercosis cerebral en nuestro medio.

A las cifras de frecuencia mencionadas por el doctor Estañol (tomadas de la bibliografía que adjunta), agrego las obtenidas del estudio de 4 250 protocolos de las autopsias efectuadas en adultos en el Centro Médico

Nacional, I.M.S.S., publicadas en la revista *Patología* vol. 17, 1979. (Rabiela y col.) La cifra de frecuencia obtenida en esa revisión fue de 3.2 por ciento. De modo que la idea de que esta parasitosis cerebral "ha llegado a ser una rareza en nuestro medio" se aleja tanto de la realidad como la de que "cada vez es menos frecuente".

DRA. MARÍA TERESA RABIELA CERVANTES.
Jefe de la Sección de Neuropatología.
Unidad de Investigación Biomédica.
Centro Médico Nacional.
Instituto Nacional del Seguro Social.