

## Neurocisticercose do Lobo Temporal Esquerdo com Manifestações Epilépticas e Psiquiátricas: Relato de caso

Fernando Antonio de Oliveira Costa\*, Othelo Moreira Fabião\*\*, Fernanda de Oliveira Schmidt\*\*\*, Alexandre Terra Fontes\*\*\*\*

Departamento de Neurocirurgia do Hospital Universitário São Francisco de Paula da Universidade Católica de Pelotas (UCPEL)

### RESUMO

A neurocisticercose possui um amplo espectro de manifestações clínicas. Entre estas, a mais freqüente são as crises convulsivas, podendo incluir manifestações incomuns como as psiquiátricas. **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente com crises epilépticas generalizadas e complexas, associado a alterações comportamentais ligadas a libido. **Método:** A paciente foi investigada por tomografia computadorizada (TC) cerebral o qual demonstrou imagem com coeficiente de atenuação semelhante a cisto em lobo temporal esquerdo, com grande efeito de massa, simulando astrocitoma. **Resultado:** A abordagem neurocirúrgica da lesão comprovou a existência de um cisto parasitário, que após sua retirada, houve regressão total dos sintomas. **Conclusão:** É importante fazermos o diagnóstico diferencial de doenças psiquiátricas de instalação abrupta com lesões do sistema nervoso central, entre estas a neurocisticercose e neoplasias.

**Unitermos:** neurocisticercose, epilepsia, distúrbio de comportamento, neurocirurgia, neoplasia.

### ABSTRACT

#### *Neurocysticercosis of the left temporal lobe with epileptic and psychiatric manifestations: case report*

Neurocysticercosis has a broad range of clinical manifestations. Among them, the most frequently found are seizures, but uncommon manifestations as the psychiatric ones are also found. **Objective:** report the case of a patient presenting with generalized and partial complex seizures associated with libido behavioral changes. **Methods:** on a CT scan, was found an image with cyst-like density on the left temporal lobe, causing a large mass effect, simulating astrocytoma. **Results:** neurosurgical approach showed the lesion was a parasitic cyst, and after its removal, symptoms were resolved completely. **Conclusion:** in psychiatric diseases with sudden onset, it is important to make differential diagnosis with CNS lesions like neurocysticercosis and neoplasms.

**Key words:** neurocysticercosis, epilepsy, behavior disturbance, neurosurgical, neoplasms.

### INTRODUÇÃO

A neurocisticercose (NCC) é a infecção parasitária mais comum do sistema nervoso central (SNC) e a principal causa de epilépticas de origem secundária no Brasil, sendo causada pelo parasita *Taenia solium*, estágio de

metacéstóide. A contaminação oro-fecal ocorre através da ingestão da carne de porco em condições sanitárias inadequadas, contendo ovos com a larva (cisticerco). A NCC incide principalmente em países em desenvolvimento da América Latina, Ásia e África. São estimadas 50.000 mor-

\* PhD em Neurocirurgia. Professor Adjunto de Neurologia e Neurocirurgia da UCPEL.

\*\* MsC. Neurocirurgião da Fundação de Apoio Universitário da UFPel.

\*\*\* Acadêmica de Medicina da UCPEL.

\*\*\*\* Acadêmico de Medicina da UFPel.

Received Aug. 30, 2007; accepted Sept. 28, 2007.

tes por ano, além de danos neurológicos irreversíveis.<sup>2,10,14</sup> No Brasil, a soroprevalência da infecção está estimada em 3,0-5,6% da população, sendo a maioria destes indivíduos em idade produtiva, provocando afastamento do trabalho e prejuízo sócio econômico à nação.<sup>3</sup> As manifestações clínicas da NCC irão depender do número, tipo, topografia das lesões e resposta imune do doente. A manifestação mais comum da NCC é a epilepsia, encontrada em 70 % dos pacientes.<sup>4</sup> No Brasil, Forlenza et al.<sup>11</sup> (1998) descreveram várias manifestações psiquiátricas, incluindo desordens afetivas, psicose crônica, alterações neuróticas, alterações de personalidade, depressão e declínio cognitivo, além de sinais e sintomas de hipertensão intracraniana (HIC), déficits neurológicos focais e meningite crônica. Na Índia, Patel et al.<sup>10</sup> (2006) descreveram um caso de uma menina de 12 anos com vômitos, temperamento explosivo e aumento dos instintos sexuais.

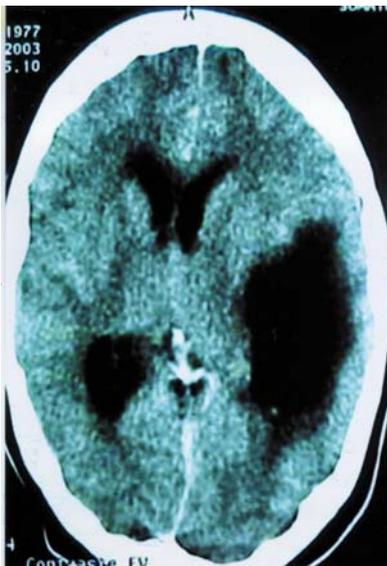
O objetivo do presente estudo é descrever um caso atípico NCC, cuja paciente é portadora de crises epiléticas generalizadas tônico-clônicas e parciais complexas associadas à síndrome de hipertensão intracraniana e neuroimagem presuntivo de atrocioma.

## RELATO DE CASO

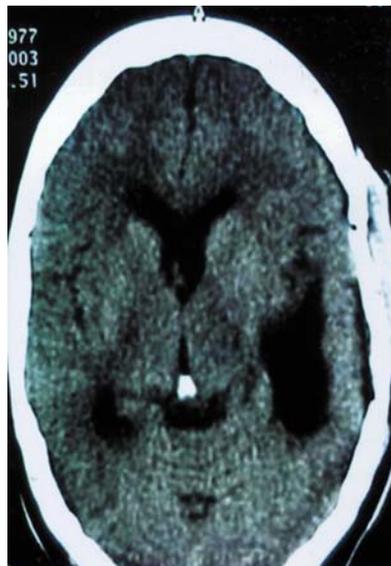
Mulher, 25 anos, nascida de parto eutócico, sem história de sofrimento fetal e funções psíquicas preservadas, residente em zona rural de Pelotas. A paciente desenvolveu paroxismos de intensa satisfação prazerosa associado ao quadro de hipersexualidade e aumento importante da

libido. Encaminhada ao serviço de referência de psiquiatria, não obteve resposta satisfatória ao tratamento psicoterapêutico e medicamentoso. Alguns meses depois, a doença cursou com um quadro de cefaléia holocraniana e hemiparesia direita e aumento na freqüência das sensações descritas, evoluindo secundariamente para epilepsia parcial simples com componente sensitivo-motor no hemicorpo direito, seguido de crises tônico-clônicas generalizadas. Nesse caso passou a ser medicada com carbamazepina 20 mg/kg/dia em duas tomadas e foi encaminhada ao serviço de neurocirurgia. Investigada por tomografia computadorizada cerebral, sem e com contraste, foi evidenciada imagem com coeficiente de atenuação semelhante ao líquido cefalorraquidiano na região temporal esquerda, significativo efeito de massa, colapso do ventrículo lateral esquerdo e sulcos corticais pouco definidos. A suspeita diagnóstica foi de um astrocitoma ou gangliocitoma. Com estes achados, foi encaminhada para procedimento microneurocirúrgico (Fig. 1). Durante o ato operatório, foi encontrada volumosa cavidade contendo líquido cefalorraquidiano e, no seu interior, havia cisto parasitário compatível com neurocisticercose, confirmado através de exame anatomopatológico (Fig. 3).

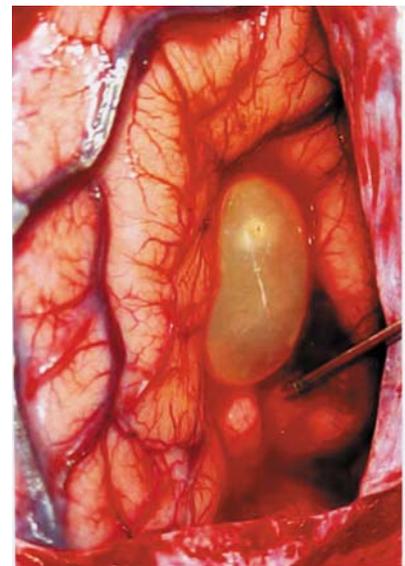
Após a realização da neurocirurgia e recuperação pós-operatória, houve regressão tanto do quadro neurológico quanto do quadro psiquiátrico. Para evitar recidivas e eliminação de eventuais cistos subclínicos, a paciente foi submetida ao tratamento clássico com Albendazol e foi mantida a terapêutica com carbamazepina (Fig. 2).



**Figura 1.** TC de crânio revelando imagem com coeficiente de atenuação semelhante ao líquido na região temporo-occipital esquerda com efeito de massa.



**Figura 2.** TC de crânio 14 dias após a retirada do cisto, demonstrando regressão do processo expansivo.



**Figura 3.** Cisto de *T. solium* encontrado durante a neurocirurgia.

## DISCUSSÃO

Os pacientes com NCC, 30 a 63% eram de procedência rural e a faixa etária mais acometida entre 21 a 40 anos. O sexo masculino é mais acometido com 51 a 80% do total de doentes. Porém, nas formas graves, houve predomínio da origem urbana 53 a 62%, e do sexo feminino 53 a 75%.<sup>1</sup>

As lesões intra-axiais temporais, como as malformações arteriovenosas, angiomas cavernosos e cisticercose, comumente simulam neoplasias, conforme ocorreu em nosso paciente, visualizadas em estudos radiológicos deslocando tecidos e subsequente HIC.<sup>8</sup>

Em nosso relato, as manifestações típicas foram as mesmas encontradas na literatura, em ordem de frequência: a epilepsia 22 a 92% e a HIC 30 a 89%. As incomuns descritas são as demências, psicoses, mielopatias, paralisias de nervos cranianos, alterações visuais e acidentes vasculares, diferentemente de nosso achado de alterações de conduta.<sup>1,6</sup>

Portanto, as manifestações psiquiátricas não são encontradas com frequência nos pacientes com NCC, sendo estas consideradas apresentações raras da doença.<sup>8</sup> Na literatura encontramos alguns relatos com alterações de comportamento como desordens afetivas, psicoses crônicas, alterações neuróticas, alterações de personalidade, depressão, declínio cognitivo e também alterações da sexualidade.<sup>5,11,15</sup>

Em um recente estudo de casos e controles, foi realizada uma associação entre NCC e distúrbios afetivos, sendo os mais comumente encontrados: depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, transtorno obsessivo-compulsivo, fobias, delírios e demência.<sup>14</sup>

O tratamento farmacológico da NCC deve ser realizado com albendazol ou praziquantel, devendo ser precedido e mantido com corticoterapia. Entre os cisticidas, o albendazol mostrou-se mais eficaz, devido a uma maior concentração no líquido cefalorraquidiano, menor número de efeitos colaterais, menor tempo de tratamento e menor custo.<sup>3,4,6,7,9,12</sup> Utilizamos o albendazol no pós-operatório nas doses convencionais. O tratamento neurocirúrgico realizado deveu-se ao fato de ser lesão única de grande volume e de localização temporal esquerda, com grande efeito de massa e HIC, conforme recomendações dos autores estudados, que postulam a consideração do número de lesões, localização, sintomatologia, tamanho e princi-

palmente o tamanho superior a 50 mm de diâmetro e 60 ml de volume.<sup>3,12</sup>

O caso relatado serviu para demonstrar uma manifestação atípica da NCC, como a hipersexualidade e a simulação de neoplasias malignas do SNC, exemplo os astrocitomas e os gangliocitomas. Assim, nas doenças psiquiátricas de rápida instalação e em pacientes jovens, a NCC deve ser considerada como diagnóstico diferencial.

## REFERÊNCIAS

1. Patel R, Sanjeev J, Yadav RK. Pleomorphism of the clinical manifestations of neurocysticercosis. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2006; 100(2):134-41.
2. Sanzón F, Osório AM, Morales JP et al. Serological screening for cysticercosis in mentally altered individual. *Trop Med Int Health.* 2002; 7:532-8.
3. Bittencourt PC, da Silva NC, Figueiredo R. Prevalence of neurocysticercosis among epileptic in-patients in the west of Santa Catarina southern Brazil. *Arq Neuropsiquiatr.* 1998; 56(1):53-8.
4. Del Brutto OH. Neurocysticercosis actualización en diagnóstico y tratamiento. *Neurologia.* 2005; 20:412-8.
5. Del Brutto OH. Neurocysticercosis. *Semin Neurol.* 2005; 25(3): 243-51.
6. Pawlowski Z, Allas J, Sarti E. Control of *Taenia solium* taeniasis/cysticercosis, From venearch toward implementation. *Int J Parasitol.* 2005; 35:1221-32.
7. Agapejev S. Epidemiology of neurocysticercosis in Brazil. *Rev Inst Med Trop (S Paulo).* 1996; 38:207-16.
8. Morillo GJ, Abreu MC, Sosa DP, Cardozo JJ. Lesiones ocupantes de espacio no neoplásicas que simulam tumores del sistema nervioso central. *Rev Neurol.* 2004; 38(5):427-30.
9. Garg RK. Neurocysticercosis: Classic diseases revisited. *Postgrad Med J.* 1998; 74:321-6.
10. Tavares AR. Psychiatric disorders in neurocysticercosis. *Br J Psychiatry.* 1993; 163:839-40.
11. Forlenza OV, Viera Filho AH, Machado LR et al. Transtornos depressivos associados à neurocisticercose. *Arq Neuropsiquiatr.* 1998; 56(1):45-52.
12. Proano JV, Madrazo I, Avelar F et al. Medical treatment neurocysticercosis characterized by giant subarachnoid cysts. *N Eng J Med.* 2001; 345:879-85.
13. Nash TE, Singh G, White AC et al. Treatment of neurocysticercosis. *Neurology.* 2006; 67:1120-7.
14. Mehta SS, Hatfield S, Jessen L et al. Albendazole versus praziquantel for neurocysticercosis et al. *Am J Health Syst Pharm.* 1998; 55(6):598-600.
15. Psarros TG, Zouros A, Coimbra C. Neurocysticercosis: a neurosurgical Perspective. *South Med J.* 2003; 96(10):1019-22.

### Endereço para correspondência:

Fernando Antônio de Oliveira Costa  
Rua Sinhá Costinha 271 – Bairro Jardim  
CEP 96055-760, Pelotas, RS, Brasil  
Fone: (53) 9982-1055  
E-mail: fneuro@terra.com.br