

Resumen de las instrucciones basadas en la evidencia para **CLÍNICOS**

TRATAMIENTO DE LA NEUROCISTICERCOSIS PARENQUIMATOSA

Esto es un resumen de la Academia Americana de Neurología (American Academy of Neurology, AAN) sobre el tratamiento de la neurocisticercosis parenquimatosa.

Por favor, consulte la instrucción completa en www.aan.com para obtener más información, que incluye las definiciones de las clasificaciones de la evidencia y las recomendaciones.

QUISTICIDAS

En pacientes con neurocisticercosis parenquimatosa sintomática, ¿es la terapia con quisticidas, combinada con corticosteroides, más eficaz que no usar ninguna terapia y afecta la posibilidad de tener convulsiones a largo plazo?

| | |
|------------------------|--|
| Evidencia buena | Albendazol más dexametasona o prednisolona debe ser considerado en adultos y niños con neurocisticercosis, para reducir el número de lesiones activas en estudios de imágenes del cerebro (Nivel B) y reducir la frecuencia de las convulsiones a largo plazo (Nivel B). |
|------------------------|--|

La figura que sigue presenta los resultados de un meta análisis que realizaron los autores para demostrar la eficacia de albendazol con respecto a la frecuencia de las convulsiones (estudios Clase I y II).

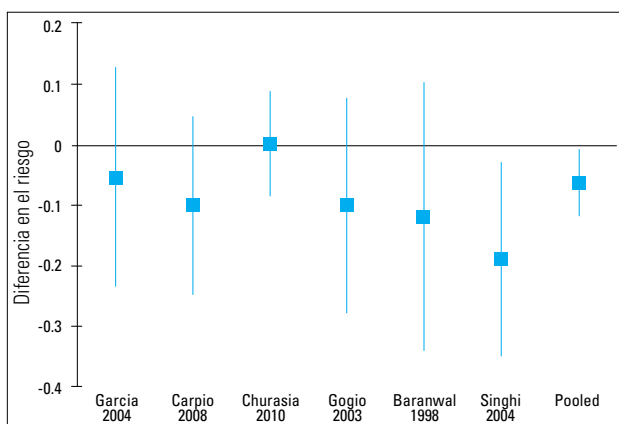


Figura: Efecto en el riesgo de sufrir convulsiones: Meta análisis, combinando datos de dos estudios Clase I y cuatro estudios Clase II con datos sobre el riesgo de convulsiones (proporción de pacientes tratados con convulsiones con respecto a los pacientes sin tratamiento con convulsiones)

Contexto clínico

Los estudios disponibles han usado diferentes métodos de estratificación para el análisis de las convulsiones y criterios diferentes al juzgar la mejoría de las lesiones en las imágenes de cerebro. Con respecto a los tres estudios de imágenes Clase I, parece que el albendazol más los corticosteroides reduce la cantidad de lesiones activas en el cerebro comparado con placebo y según el meta análisis de los datos disponibles, reduce la cantidad de pacientes con convulsiones. Estas conclusiones parecen ser consistentes en adultos y niños.

Los efectos secundarios del tratamiento parecen ser mínimos. La principal preocupación, enfatizado en un estudio numeroso, ha sido el potencial de mayor cantidad de convulsiones y encefalopatías como resultado de la muerte de parásitos inducida por el tratamiento. Este estudio, en el que todos los pacientes tenían múltiples quistes (con 5 o más quistes en más de un 25% de los pacientes) y en el que ni la distribución ni el tratamiento fue ocultado, fue considerado como Clase IV y por lo tanto, no se lo considera contribuyente. De los tres estudios Clase I o II que reportaron la frecuencia de las convulsiones durante el tratamiento, ninguno demostró un aumento en la frecuencia de las convulsiones con el tratamiento (diferencia entre riesgo combinado versus placebo, -0.1%, 95% intervalo de confianza -6.2% a 5.9%). Solamente dos estudios detallaron otros efectos secundarios. En el primer estudio, ocurrieron dolores de cabeza en 32 de los 60 pacientes que recibieron el tratamiento comparado con 31 de 60 controles; los mareos ocurrieron en 9 pacientes versus 4 y molestias abdominales ocurrieron en 8 comparado con 0. Solamente la última diferencia fue significativa; sin embargo, todos los pacientes que recibieron tratamiento en este estudio también recibieron corticosteroides mientras que los controles no. En el segundo estudio los dolores de cabeza ocurrieron en 59 de los 88 pacientes que recibieron el tratamiento comparado con 53 de los 90 del grupo de control; las molestias abdominales ocurrieron en 38 comparado con 40 (ninguna diferencia en efectos secundarios fue significativa).

Las recomendaciones a menudo enfatizan el peligro del tratamiento antihelmíntico en pacientes con alto número de lesiones. Todos los estudios citados excluyeron a pacientes con edema cerebrale masivo o innumerables lesiones pero por lo demás sus métodos fueron diferentes. Tres estudios se limitaron a pacientes con una sola lesión. En un estudio, los pacientes tenían uno o dos quistes. En otro estudio, un 84% de los pacientes tenían 1 o 2; el resto tenía menos de 100. En los tres estudios restantes, el número de quistes se describió como "múltiple", "menos de 20", y "menos de 36".

ESTEROIDES

En pacientes con neurocisticercosis intraparenquimatosa sintomática, ¿es el tratamiento con corticosteroides más eficaz que no usar ningún tratamiento?

| | |
|-------------------------------|---|
| Evidencia insuficiente | La evidencia es insuficiente para apoyar o rechazar el tratamiento de la neurocisticercosis intraparenquimatosa solamente con esteroides (Nivel U) . |
|-------------------------------|---|

Contexto clínico

El efecto del tratamiento solamente con corticosteroides no ha sido ampliamente estudiado. La mayoría de los estudios incluyen una combinación de terapia quística y tratamiento con esteroides.

¿Cuándo debe comenzar el tratamiento con esteroides durante el curso del tratamiento antiparasítico?

No encontramos estudios que respondan a esta pregunta.

ANTIEPILEPTICOS

¿Cuál es la eficacia de los medicamentos antiepilépticos en el tratamiento o reducción de la ocurrencia de convulsiones secundarias a la neurocisticercosis intraparenquimatosa y cuál es el momento óptimo para iniciar el tratamiento con medicamentos antiepilépticos las convulsiones secundarias a la neurocisticercosis intraparenquimatosa?

No encontramos estudios que respondan a esta pregunta.

Contexto clínico

Dada la eficacia y seguridad bien establecida de una amplia gama de medicamentos antiepilépticos y la frecuencia con la que la neurocisticercosis causa convulsiones, es razonable tratar a estos pacientes con medicamentos antiepilépticos por lo menos hasta que las lesiones activas se hayan reducido.

Esta información recibió el apoyo de la American Epilepsy Society.

Esto es un servicio educacional de la Academia Americana de Neurología. Fue creada para proveer a los miembros con recomendaciones basadas en la evidencia para asistir en las decisiones relacionadas con la atención del paciente. Está basada en una evaluación de información científica y clínica actual y no tiene por objeto excluir ninguna metodología alternativa que sea razonable. La AAN reconoce que las decisiones de atención del paciente específicas son facultad del paciente y del médico que cuida del paciente, con base en todas las circunstancias involucradas. Se sugiere a los médicos que estudien detenidamente las instrucciones completas de la AAN para que puedan entender todas las recomendaciones asociadas a la atención de estos pacientes.