Del Brutto OH, Rajshekhar V, White AC Jr, Tsang VCW, Nash TE, Takayanagui OM, Schantz PM, Evans CA, Flisser A, Correa D, Botero D, Allan JC, Sarti E, Gonzalez AE, Gilman RH, García HH.
Criterios diagnósticos propuestos para la neurocisticercosis.
Neurology 2001;57(2):177-83. doi: 10.1212/wnl.57.2.177.
Acceso abierto: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11480424>

**Resumen**

La neurocisticercosis es la infección helmíntica más común del SNC, pero su diagnóstico sigue siendo difícil. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas, la mayoría de los hallazgos de neuroimagen no son patognomónicos, y algunas pruebas serológicas tienen baja sensibilidad y especificidad. Los autores proporcionan criterios de diagnóstico para la neurocisticercosis basados ​​en datos clínicos, imagenológicos, inmunológicos y epidemiológicos objetivos. Estos incluyen cuatro categorías de criterios estratificados en función de su fuerza diagnóstica, que incluyen los siguientes: 1) absoluta: demostración histológica del parásito a partir de una biopsia de una lesión cerebral o de la médula espinal, lesiones quísticas que muestran la estenosis en CT o MRI, y visualización directa de parásitos subretinianos mediante examen funduscópico; 2) principales: lesiones altamente sugestivas de neurocisticercosis en estudios de neuroimagen, inmunotransferencia de inmunotransferencia positiva ligada a enzimas en suero para la detección de anticuerpos anticisticsticercales, resolución de lesiones quísticas intracraneales después del tratamiento con albendazol o prazicuantel y resolución espontánea de pequeñas lesiones intensificadoras pequeñas; 3) lesiones menores: compatibles con neurocisticercosis en estudios de neuroimagen, manifestaciones clínicas sugestivas de neurocisticercosis, análisis inmunosorbente ligado a la enzima CSF positivo para la detección de anticuerpos antiquisticercal o antígenos cisticercales, y cisticercosis fuera del SNC; y 4) epidemiológica: evidencia de un contacto familiar con la infección por Taenia solium, individuos que vienen o viven en un área donde la cisticercosis es endémica, y antecedentes de viajes frecuentes a áreas endémicas de enfermedades. La interpretación de estos criterios permite dos grados de certeza diagnóstica: 1) diagnóstico definitivo, en pacientes que tienen un criterio absoluto o en aquellos que tienen dos criterios epidemiológicos mayores más uno menor y uno menor; y 2) diagnóstico probable, en pacientes que tienen un criterio mayor más dos menores, en aquellos que tienen un criterio epidemiológico mayor y uno menor, y en aquellos que tienen tres criterios epidemiológicos menores más uno.