



# Universidad del Sureste

## Escuela de Medicina



### “Cuadro comparativo de neuroinfecciones”

---

**Materia:**

**Medicina física y de rehabilitación.**

**Docente:**

**Dr. Antonio de Jesús Pérez Aguilar**

**Alumno:**

**Oscar Miguel Sánchez Argüello**

**Semestre:**

**5° “A”**

## CUADRO COMPARATIVO

MENINGITIS	ENCEFALITIS
<p><b>ETIOLOGIA:</b> Los agentes más frecuentemente aislados son <i>Streptococcus pneumoniae</i> y <i>Neisseria meningitidis</i> en el 80% de los casos, seguidos por <i>Listeria monocytogenes</i> y estafilococos. Los bacilos Gram negativos (<i>E.coli</i>, <i>Klebsiella</i>, <i>Enterobacter</i> y <i>P. aeruginosa</i>), contribuyen en menos del 10% de los casos. <i>Haemophilus influenza</i> tipo b, es una causa menos frecuente debido a la inmunización universal.</p> <p><b>SINTOMAS:</b> triada clásica constituida por fiebre, rigidez de cuello y alteraciones del estado mental. Esta triada es más común en los pacientes con meningitis bacteriana de origen neumocócica que meningocócica. Otros signos y síntomas presentes son cefalea, náuseas, vómitos, fotofobia, convulsiones y déficit neurológico focal (afasia, hemiparesia, parálisis de pares craneales).</p> <p><b>LCR:</b> La apariencia del líquido cefalorraquídeo puede ser turbia. En meningitis bacteriana no tratada, la cuenta de leucocitos es alta, en rango de 1000 a 5000 células/mm<sup>3</sup>, aunque este rango puede ser amplio desde 10,000 células/mm<sup>3</sup>, con predominio de polimorfonucleares entre un 80 a 90%; aproximadamente el 10% de predominio linfocítico. La concentración de glucosa es &lt;40 mg/dl en el 50 a 60% de los pacientes</p> <p>La concentración de las proteínas se encuentra elevada en prácticamente todos los pacientes con meningitis bacteriana aguda. Los resultados del</p>	<p style="text-align: center;"><b>Etiología:</b></p> <p><b>Virus:</b> Arbovirus Herpes humano 8 Citomegalovirus Influenza Coriomeningitis linfocitaria Parotídeo Enterovirus Rabia Epstein-Barr Rubéola Herpes simplex 1-2 Sarampión Herpes humano 6 Varicela-zoster Virus de inmunodeficiencia humana</p> <p><b>Bacterias:</b> <i>Actinomyces</i> sp. <i>Bartonella henselae</i> <i>Brucella</i> sp. <i>Chlamydia</i> sp. <i>Legionella pneumophila</i> <i>Listeria monocytogenes</i> <i>Mycobacterium tuberculosis</i> <i>Mycoplasma pneumoniae</i></p> <p><b>Hongos:</b> <i>Cryptococcus</i> sp. <i>Histoplasma</i> sp.</p> <p><b>Protozoos:</b> <i>Naegleria</i> sp. <i>Plasmodium falciparum</i> <i>Toxoplasma</i> sp.</p> <p><b>Misceláneas:</b> Carcinoma Vasculitis Reacciones adversas a fármacos</p> <p><b>Síntomas:</b> Fiebre que no es muy alta, Dolor de cabeza leve, Baja energía y falta de apetito. Torpeza, marcha inestable, Confusión, desorientación, Somnolencia, Irritabilidad o poco control del temperamento, Sensibilidad a la luz, Rigidez del cuello y de la espalda (a veces), Vómitos</p> <p><b>LCR:</b> el líquido cefalorraquídeo se caracteriza por pleocitosis linfocitaria, glucosa normal, hiperproteíorraquia leve y ausencia de patógenos después de la tinción de Gram y el cultivo (similar al líquido cefalorraquídeo de la meningitis aséptica). La pleocitosis puede ser polimorfonuclear en las infecciones graves. Es posible que no se desarrollen alteraciones del líquido cefalorraquídeo hasta 8 a 24 h después del inicio de los síntomas.</p>

cultivo del LCR son positivos en el 70 a 85% de los pacientes que no recibieron terapia antimicrobiana previa.

**TABLA III. Diagnóstico diferencial según características del LCR.**

	Células/mm <sup>3</sup>	Tipo de células	Prot. (mg/dl)	Gluc. (mg/dl)
LCR normal	< 10	MN	< 45	35-100
M. bacteriana	> 1.000	PMN	↑↑	↓↓
M. vírica	< 300	PMN (inicial)/MN	Normal/↑	Normal
M. TBC	< 1.000	MN	↑↑↑	↓

*PMN: polimorfonucleares; MN: mononucleares.*

#### TRATAMIENTO:

Se recomienda iniciar el tratamiento antimicrobiano de forma inmediata y vía parenteral. El tratamiento antimicrobiano empírico de primera elección es la administración de ceftriaxona 2 g cada 12 o 24 horas o cefotaxima 2 g cada 6 u 8 horas.

En los pacientes con alergia a betalactámicos se recomienda la administración de vancomicina 60 mg/kg/24 horas en dosis de carga (ajustada a función renal) y continuar con 15 mg/kg/24 horas en meningitis neumocócica y cloramfenicol 1g c/6 horas en meningitis meningocócica.

Se recomienda el uso conjunto de dexametasona a dosis de 0.15 mg/kg cada 6 horas durante 2 a 4 días con la primera dosis administrada 10 a 20 minutos antes o de manera conjunta con la primera dosis de antimicrobiano en los pacientes con meningitis neumocócica.

La necrosis hemorrágica puede introducir eritrocitos en el líquido cefalorraquídeo y elevar las proteínas. Las concentraciones de glucosa en líquido cefalorraquídeo pueden ser bajas cuando la causa es el virus varicela-zóster o el virus de la coriomeningitis linfocítica.

Tratamiento: El tratamiento sintomático de la encefalitis incluye tratar la fiebre, la deshidratación, los trastornos electrolíticos y las convulsiones. Debe mantenerse la euvolemia.

Hasta haber descartado una encefalitis por HSV y virus varicela-zóster, debe comenzarse con aciclovir 10 mg/kg IV cada 8 h rápidamente y, de manera habitual, se continúa durante 14 días o hasta descartar la infección por estos virus. La administración de aciclovir IV lentamente después de 1 h con una hidratación adecuada ayuda a prevenir la nefrotoxicidad. La encefalitis por citomegalovirus se puede tratar con ganciclovir, otros medicamentos antivirales o ambos.

Debido a que una infección bacteriana del sistema nervioso central es a menudo difícil de excluir cuando se presentan pacientes que se ven gravemente enfermos, se administran a menudo antibióticos empíricos hasta que se descarte la meningitis bacteriana.

Si la encefalitis se debe a una reacción inmunológica (p. ej., encefalomielitis aguda diseminada [encefalomielitis posinfecciosa]), el tratamiento puede incluir corticosteroides (prednisona o metilprednisolona) y plasmaféresis o inmunoglobulina IV.