



**Universidad del Sureste**  
**Escuela de Medicina**



**“NEUROINFECCIONES”**

**MATERIA:**

MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION

**DOCENTE:**

DR. ANTONIO DE JESUS PEREZ AGUILAR

**ALUMNO:**

ALAN DE JESUS MORALES DOMINGUEZ

**SEMESTRE:**

5°A

NOVIEMBRE/2020

| TIPO                                      | AGENTE  |   | DIAGNOSTICO   |  | TRATAMIENTO  |   |  |   |                               |   |                          |                           |   |                          |                           |  |                                       |  |
|---|---|---|---|--|--|---|--|---|-------------------------------|---|--------------------------|---------------------------|---|--------------------------|---------------------------|--|---------------------------------------|--|
|   |   |   | SINTOMAS  | CARACTERISTICAS DEL LCR  |  |   |  |   |                               |   |                          |                           |   |                          |                           |  |                                       |  |
| M<br>E<br>N<br>I<br>G<br>I<br>T<br>I<br>S | Aséptica  | <b>Infeciosa</b>  | <b>No Infeciosa</b>   | Preceden síntomas o signos virales resp, GI o piel, presentándose la fase meníngea con cefalea, fiebre y signos meníngeos  | pleocitosis con predominio linfocitario, glucorraquia normal o ligeramente disminuida. Raramente el conteo de leucocitos en el LCR pasará de 1000/mm                     | <table border="1"> <tr> <td>Estreptococo del Grupo B<br/><i>Listeria, E coli, Neumococo</i></td> <td>Ampicilina más ceftriaxona o cefotaxima</td> <td>Cloranfenicol más gentamicina</td> </tr> <tr> <td><i>Neisseria meningitidis, Neumococo, H. influenzae</i></td> <td>Ceftriaxona o cefotaxime</td> <td>Meropenem o cloranfenicol</td> </tr> <tr> <td>Neumococo, <i>Neisseria meningitidis, H. influenzae</i></td> <td>Ceftriaxona o cefotaxima</td> <td>Meropenem o cloranfenicol</td> </tr> <tr> <td>Neumococo, <i>listeria, bacilos gram negativos</i></td> <td>Ampicilina + ceftriaxona o cefotaxima</td> <td>Ampicilina más fluoroquinolona (ciprofloxacina, levofloxacina)</td> </tr> </table> | Estreptococo del Grupo B<br><i>Listeria, E coli, Neumococo</i> | Ampicilina más ceftriaxona o cefotaxima | Cloranfenicol más gentamicina | <i>Neisseria meningitidis, Neumococo, H. influenzae</i> | Ceftriaxona o cefotaxime | Meropenem o cloranfenicol | Neumococo, <i>Neisseria meningitidis, H. influenzae</i> | Ceftriaxona o cefotaxima | Meropenem o cloranfenicol | Neumococo, <i>listeria, bacilos gram negativos</i> | Ampicilina + ceftriaxona o cefotaxima | Ampicilina más fluoroquinolona (ciprofloxacina, levofloxacina) |
|   |   | Estreptococo del Grupo B<br><i>Listeria, E coli, Neumococo</i>    | Ampicilina más ceftriaxona o cefotaxima   |  |  |   | Cloranfenicol más gentamicina                                  |   |                               |   |                          |                           |   |                          |                           |  |                                       |  |
|   | <i>Neisseria meningitidis, Neumococo, H. influenzae</i>   | Ceftriaxona o cefotaxime  | Meropenem o cloranfenicol   |  |  |   |  |   |                               |   |                          |                           |   |                          |                           |  |                                       |  |
|   | Neumococo, <i>Neisseria meningitidis, H. influenzae</i>   | Ceftriaxona o cefotaxima  | Meropenem o cloranfenicol   |  |  |   |  |   |                               |   |                          |                           |   |                          |                           |  |                                       |  |
|   | Neumococo, <i>listeria, bacilos gram negativos</i>  | Ampicilina + ceftriaxona o cefotaxima                             | Ampicilina más fluoroquinolona (ciprofloxacina, levofloxacina)  |  |  |   |  |   |                               |   |                          |                           |   |                          |                           |  |                                       |  |
| Séptica (Bact)                            | Neumococo(47%); Neisseria meningitides(25%); Estreptococo grupo B(13%); Listeria monocitogenes(8%); H. influenzae(7%) |   | los síntomas clásicos de presentación incluyen cefalea, fiebre, escalofríos, alteración de la esfera mental y la presencia de meningismo. Esto varía en neonatos o ancianos   | Presión >180 (mm H2O); Conteo glóbulos blancos 1000-10.000; Neutrófilos (%)>0; Proteínas (mg/dl) 100-500; Glucosa (mg/dl) <40; Coloración de Gram (% positivos) 60-90; Cultivo (% positivos) 70-85   |  |   |  |   |                               |   |                          |                           |   |                          |                           |  |                                       |  |
| Cronica                                   | <b>Infeciosas</b>   | <b>No Infeciosas</b>  | Los síntomas de los pacientes con MC se presentan y empeoran con un curso más lento; permanecen estables un tiempo, y luego hay fluctuaciones en su estado durante la evolución.  | El LCR muestra más frecuentemente pleocitosis a expensas de linfocitos con una glucorraquia baja y proteínas elevadas.   |  |   |  |   |                               |   |                          |                           |   |                          |                           |  |                                       |  |
|   | tuberculosis meníngea y criptococosis meníngea  | meningitis neoplásicas, seguidas por sarcoidosis y las vasculitis |   |  |  |   |  |   |                               |   |                          |                           |   |                          |                           |  |                                       |  |
| TB  | Mycobacterium tuberculosis  |   | Estadio 1: Sin signos neuroales focales. Estadio 2: confuso pero no coma, signos neurológicos focales como hemiparesia o parálisis de pares craneales. Estadio 3: coma o en estupor; tiene compromiso múltiple de pares craneales, hemiplejía o paraplejía. | La pleocitosis a expensas de linfocitos, las proteínas altas y la glucorraquia significativamente baja son los hallazgos más frecuentemente encontrados. En algunos casos hay predominio polimorfonuclear en fases iniciales, que suele observarse cuando se inicia el Tto | la estreptomycin cambió significativamente el pronóstico de la TBC. El tratamiento va orientado a eliminar las formas intra y extracelulares del bacilo                  |   |  |   |                               |   |                          |                           |   |                          |                           |  |                                       |  |
| Cripto-coco                               | cryptococcus neoformans   |   | Insidiosa, de instauración subaguda o crónica; se presenta cefalea, fiebre, escalofríos, alteración del estado general y cambios mentales en un paciente por lo general con factores de riesgo para adquirir la infección                                   | Aumento moderado de la presión; es de aspecto claro y hay pleocitosis que puede alcanzar desde 20 hasta 1.000 células por milímetro cúbico   | anfotericina B a la dosis de 0,7 mg/kg/día más 5 flucytocina a la dosis de 25 mg/kg cada seis horas por vía oral hasta que los cultivos sean negativos o mejoría clínica |   |  |   |                               |   |                          |                           |   |                          |                           |  |                                       |  |

| TIPO  | AGENTE                 | DIAGNOSTICO   |   | TRATAMIENTO   |   |
|---|------------------------|---|---|---|---|
|   |                        | SINTOMAS  | CARACTERISTICAS DEL LCR   |   |   |
| E<br>N<br>C<br>E<br>F<br>A<br>L<br>I<br>T<br>I<br>S | HERPETICA              | Las principales causas de encefalitis son el virus herpes simple tipo 1 (VHS-1), herpes simple virus tipo 2 (VHS-2) | Los cambios de personalidad, las crisis convulsivas, afasia, y déficit motores focales son presentaciones clínicas con mayor correlación con positivos de infección por VHS   | Presión alta, pleocitosis a expensas de linfocitos (5 a 500 células/mm <sup>3</sup> ) una leve a moderada elevación de las proteínas y una glucosa normal o ligeramente disminuída.   | aciclovir intravenoso a una dosis de 10-30 mg/kg/día por dos a tres semanas   |
|   | AGUDAS                 | VHS<br>Enterovirus<br>Adenovirus<br>Streptococcus grupo B<br>Listeria monocytogenes<br>Citrobacter spp              | Consiste en una alteración de la función cerebral, manifestándose como alteraciones del comportamiento u otros síntomas neurológicos como déficits motores (ataxia y otras alteraciones del movimiento), alteración de pares craneales, parestesias, convulsiones, así como alteración del nivel de conciencia, siendo éste el síntoma capital, con somnolencia o letargia que, en casos graves, progresa a coma y muerte.<br><br>La encefalitis postinfecciosa se caracteriza porque una semana después de un cuadro febril con infección respiratoria, una enfermedad exantemática en remisión, o una vacunación reciente, se presenta la afectación neurológica de forma aguda | En las exploraciones complementarias se hará estudio del LCR, cuyo grado de alteración no se correlaciona con la gravedad del cuadro.<br><br>Suele existir leucocitosis en cifras bajas de predominio linfocítico (< 200 células/ml), la glucorraquia suele ser normal y la proteinorraquia normal o discretamente elevada. | El tratamiento debe ser multidisciplinar, con la participación de especialistas de neurología, enfermedades infecciosas, neurocirugía y rehabilitación, entre otros.<br><br>En la fase aguda puede requerirse de cuidados intensivos, precisando ocasionalmente tratamiento anticonvulsivante y tratamiento de la hipertensión craneal. |
|   | VIRAL                  | Enterovirus<br>Virus transmitidos por artrópodos<br>VHS<br>Virus Epstein-Barr<br>Adenovirus<br>VIH                  |   | Las técnicas de PCR en LCR son las técnicas de elección para realizar el diagnóstico etiológico de la encefalitis, teniendo una alta sensibilidad (> 95%) y especificidad (100%),   |   |
|   | BACTERIANAS            | Mycoplasma pneumoniae<br>Borrelia burrgdorferi<br>Cytomegalovirus<br>Bartonella henselae<br>Rickettsia rickettsii   |   | Pudiéndose amplificar el genoma de enterovirus, virus del grupo herpes (HSV1, HSV2, CMV, HHV6, HHV7, EBV) y algunos arbovirus, así como otros microorganismos como Bartonella, Mycoplasma, VIH  | El tratamiento será a su vez específico del agente etiológico e individualizado según la situación clínica del paciente.  |
|   | INFECCIONES CONGENITAS | Virus de la coriomeningitis linfocitaria<br>Rubéola<br>Toxoplasma<br>Sífilis  |   |   |   |

# BIBLIOGRAFIAS

1. Romero JR, Newland JG. Viral meningitis and encephalitis: traditional and emerging viral agents. *Semin Pediatr Infect Dis.* 2003; 14(2): 72-82.
2. Ashwal S. Neurologic evaluation of the patient with acute bacterial meningitis. *Neurol Clin* 1995; 13: 549-577.
3. VELASCO F, ZARRANZ JJ. Enfermedades infecciosas del sistema nervioso central. En: J.J. Zarranz ed. *Neurología.* España: Elsevier 2008: 281-335.
4. BEHARI M, SINGH S, VERMA A. Infecciones parasitarias. En: Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J eds. *Neurology in Clinical Practice.* Londres: Elsevier 2004: 1543-1568.
5. J.M. Navarro, C. Fernández-Roldán, M. Pérez-Ruiz, S. Sanbonmatsu, M. De la Rosa, M.P. Sánchez-Seco. Meningitis por el virus Toscana en España: descripción de 17 casos. *Med Clin (Barc).*, 122 (2004), pp. 420-422
6. Chaudhuri A, Kennedy PGE. Diagnosis and treatment of viral encephalitis. *Postgraduate Medical Journal* 2002; 78:575-583.