



**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 E N I G I T I 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 <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 <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 <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 varia 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 neoplasicas, 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 N C E F A L I T I 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 Enterovirus Adenovirus Streptococcus grupo B Listeria monocytogenes 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.  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.  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.  En la fase aguda puede requerirse de cuidados intensivos, precisando ocasionalmente tratamiento anticonvulsivante y tratamiento de la hipertensión craneal.
	VIRAL	Enterovirus Virus transmitidos por artrópodos VHS Virus Epstein-Barr Adenovirus 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 Borrelia burrgdorferi Cytomegalovirus Bartonella henselae 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 Rubéola Toxoplasma Sífilis			

# BIBLIOGRAFÍAS

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.