

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

DR. SAUL PERAZA MARÍN.

SEXTO SEMESTRE

PEDIATRIA

CUARTO PARCIAL

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

TEMA: PATOLOGIA INFECCIOSA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

# PATOLOGIAS INFECCIOSAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

según la forma de presentación y curso clínico, según la región del SNC afecto o según el tipo de agente causante.

clasificarse según diferentes criterios:

Frecuentes  
Asistencia urgente.

– Bacterianas: Meningoencefalitis agudas, meningoencefalitis subagudas, abscesos, empiema subdural, mielitis-absceso epidural.  
– Víricas – Micóticas – Parasitarias – Infecciones por toxinas bacterianas

## MENINGOENCEFALITIS BACTERIANAS AGUDAS

Neisseria meningitidis y Haemophilus influenzae (75%) →

H. influenzae era la más frecuente y actualmente lo son las debidas a S. pneumoniae (47%), seguida de N. meningitidis (25%) y Listeria monocytogenes (8%).

▲ fiebre, rigidez de nuca y cambio del estado mental.

+ CEFALEA.

a) Análisis sanguínea con hemocultivos. b) Estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR) obtenido por punción lumbar (PL).

En ningún caso retraso en el inicio del tratamiento empírico, debiendo comenzar éste inmediatamente después de la toma de hemocultivos.

## MENINGOENCEFALITIS BACTERIANAS SUBAGUDAS MENINGITIS

provocada por micobacterias.  
\*diseminación hematológica.  
\* se liberan bacilos y material granulomatoso al espacio subaracnoideo o ventricular formando densos exudados.

subaguda, inicialmente fluctuante, con fiebre de pocos grados, cansancio, pérdida de peso, cefalea y vómitos. + Rigidez de nuca, cambios de comportamiento y del estado mental y afectación de pares craneales ▲

Análisis de LCR. Tuberculina (+), expl. radiológicas (TC +RM).

## ABSCEOS

son poco frecuentes. secundarios a diseminación de gérmenes por contigüidad y con menos frecuencia por diseminación hematológica. Inmunocompetentes – poli microbiana.

Cursan como cualquier otra lesión ocupante de espacio con cefalea, déficits focales y crisis epilépticas. + empeoramiento agudo de la cefalea y fiebre junto con nalgia o rigidez de nuca sugieren la rotura del absceso a espacio subaracnoideo.

hallazgo en LCR de pleocitosis > 50.000 células/ml debe alertar sobre un absceso roto a espacio subaracnoideo.

TC y/o RM.

## EMPIEMA SUBDURAL

Comparte características con los abscesos cerebrales. Es poco frecuente y se manifiesta con intensa cefalea, fiebre, rigidez de nuca, crisis convulsivas, déficits focales y deterioro clínico rápido.

Debe sospecharse ante un síndrome meníngeo con signos de afectación hemisférica unilateral y extensa y en niños menores de 5 años no vacunados tras meningitis por H. influenzae.

TC o RM ayudan al diagnóstico pero con frecuencia infraestiman la extensión del empiema.

## ABSCEO EPIDURAL MEDULAR

más frecuentes son S. aureus, estreptococos, enterobacilos y con menos frecuencia M. tuberculosis, Brucella, hongos o parásitos (cisticercosis, equinocosis).

Dolor en espalda, dolor radicular y rápida progresión a una afectación mielo-radicular. Debe practicarse una RM a la mayor brevedad.

## MENINGOENCEFALITIS VÍRICAS

Producen típicamente meningitis aséptica o encefalitis, siendo el límite entre ambos procesos muy sutil por lo que hablamos de meningoencefalitis.

Secundaria a enterovirus, seguidas de herpes virus (Herpes simple tipo 1, virus Varicella zóster y citomegalovirus), mixovirus (parotiditis), retrovirus (VIH) y arbovirus como agentes causantes más frecuentes

VHS	fiebre y cefalea, generalmente con crisis convulsivas, alteración del nivel de conciencia y del comportamiento, cuadro confusional o signos focales
VHZ	dolor y lesiones vesiculosas en el dermatoma correspondiente; posteriormente puede aparecer meningoencefalitis que se manifiesta típicamente 7-10 días después de la erupción cutánea con clínica similar a otras meningitis víricas.
Enterovirus	exantema característico de la herpangina o el de la boca, manos y pies
Retrovirus	. La mayoría son asintomáticos y -1% desarrollan la clínica típica: paraparesia espástica, suele aparecer a los 50 años de edad, como una paraparesia espástica o mieloneuropatía progresiva (en raros casos se presenta como mielitis transversa aguda). También puede darse ataxia cerebelosa, miositis, nistagmus, vértigo, sordera, neuritis del nervio óptico, leucemia de linfocitos T del adulto, uveítis, síndrome de Sjögren, artropatía y alveolitis linfocitaria.

Cuadro clínico.

## INFECCIONES MICOTICAS

son poco frecuentes. Habitualmente ocurren en sujetos inmunodeprimidos, pero algunos como *Cryptococcus neoformans*, *Histoplasma capsulatum*, *Coccidioides immitis* y *Blastomyces dermatitidis* pueden afectar a sujetos sanos.

**DX:** tinción con tinta china, antígeno o cultivo.  
**Tx:** anfotericina B es de dudosa eficacia, siendo más eficaz la forma de anfotericina B liposómica (AmBisome)

C. Neoformans.	meningitis de carácter subagudo-crónico
C. Albicans.	cursar como encefalitis por múltiples microabscesos intraparenquimatosos secundarios a vasculitis
H. capsulatum,	síntomas de tipo vascular, pero puede manifestarse como meningitis basal, cerebritis o abscesos
ASPERGILLUS	invasión directa (infecciones de senos paranasales) o por diseminación hematógena por lo que puede provocar abscesos cerebrales o bien síndromes deficitarios de perfil vascular.

+ frecuentes

## INFECCIÓN DE SNC POR PARÁSITOS

Toxoplasmosis	- <i>Toxoplasma gondii</i> . Generalmente asintomática. suele presentarse con crisis epilépticas, cefalea, fiebre y clínica de hipertensión intracraneal. En la TC o RM se suelen observar lesiones nodulares que captan contraste en anillo, con edema en la fase aguda. En caso de poder realizarse la PL suele mostrar pleocitosis mononuclear con hiperproteinorraquia.
Cisticercosis	- <i>Taenia solium</i> . forma parenquimatosa y forma racemosa. Cualquiera de ellas: con crisis epilépticas focales o generalizadas, meningitis linfocitaria en las formas subaracnoideas e intraventriculares o por rotura de quistes, hipertensión intracraneal y en alguna ocasión hemorragia subaracnoidea por vasculitis. TC YRM

## INFECCIONES POR TOXINAS

Botulismo	consumo de alimentos que contienen la toxina, con menos frecuencia por heridas. síntomas gastrointestinales inespecíficos (dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarreas) para dar paso después a síntomas por déficit colinérgico: debilidad generalizada, diplopia, midriasis hiporreactiva, disfagia, estreñimiento, sequedad de boca. El inicio de los síntomas tiene lugar entre 2 y 48 horas después de la ingesta. Dx: toxinas en suero.
tetanos	tetanospasmina o tetanolisina liberada por el <i>Clostridium tetani</i> . CC: contracción muscular excesiva. Existen algunas formas focales (en una extremidad) o el tétanos cefálico (por heridas de cabeza y cuello) pero es más frecuente que sea generalizado con disfagia, trismo facial, rigidez de la musculatura axial con postura en opistótonos y también cambios vegetativos como aumento de secreciones y diarreas. Inicialmente los espasmos son espontáneos, pero progresivamente se van provocando por estímulos externos por lo que la exploración física es dificultosa.