



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

---

**Encefalitis pdf resumen**

---

**Docente: Dr. José Luis Gordillo Guillén**

**Materia: Neurología**

**Alumno: Lara Vega Ismael**

**Semestre 6to Grupo A**

**20/abril/2021**

## Infecciones del SNC

El líquido cefalorraquídeo es el pilar fundamental en el diagnóstico de la mayoría de infecciones del SNC. El conocimiento de la sensibilidad y especificidad de cada una de las pruebas microbiológicas, la PCR o determinación de anticuerpos y antígenos, son de gran importancia en el plan diagnóstico.

Las características citoquímicas del análisis pueden orientar a un diagnóstico específico aunque se requiere la confirmación de este por otros medios. Los exámenes de elección en las meningitis bacterianas son los cultivos y el Gram del LCR. Los hemocultivos identifican el germen causal en 80% de los casos de neumococo, 90% en casos de meningococo y 94% en casos de *H. influenzae*. Los casos de meningitis tuberculosa o micóticas son difíciles de diagnosticar por cultivo o en extendido.

## Meningitis

Se define como la presencia de inflamación meníngea originada por la reacción inmunológica del huésped ante la presencia de un germen patógeno en el espacio subaracnoideo. Los diferentes tipos de meningitis tienen diferente origen y los patógenos responsables suelen ser predecibles. Los diferentes tipos de meningitis se pueden definir de acuerdo con el perfil clínico, hallazgos de LCR y etiología.

Se define como meningitis aséptica aquellos casos de meningitis en los cuales luego de un estudio completo no se identifica una bacteria y los cultivos y las pruebas inmunológicas deben ser negativos. Es de origen viral por lo general. La meningitis séptica es causada por una bacteria.

La meningitis crónica se define como aquella con una evolución mayor a 4 semanas. La meningitis recurrente es el caso en que clínicamente se presentan dos o más episodios de meningitis aguda.

La meningitis aséptica por lo general es de curso benigno y en la mayoría de los casos de etiología viral. Accidentes comunes no infecciosos. Primero preceden a su aparición los síntomas o signos de una infección viral respiratoria gastrointestinal o en la piel, presentándose posteriormente en la base meníngea con síntomas más específicos como la cefalea, fiebre y signos meníngeos. Los enterovirus son la causa más frecuente. El VIH puede causar una meningitis aséptica principalmente en el periodo de la infección primaria y durante la seroconversión pero incluso puede producirse muy temprano en las fases iniciales de la infección. No existen tratamientos específicos antivirales, a excepción de los herpes virus y el VIH. El manejo es prácticamente de soporte y de alivio de síntomas.

La meningitis séptica (meningitis bacteriana), tiene una presentación clínica con síntomas clásicos como cefalea, fiebre, escalofríos, alteración de la conciencia y presencia de meningismo. En neonatos predominan los síntomas inespecíficos como irritabilidad, vómito letárgico, diarrea y síntomas gastrointestinales.

La meningitis por meningococo tiene frecuentemente una presentación dérmica y puede progresar como una enfermedad fulminante matando al paciente en pocas horas. La terapia empírica se escoge en función a los grupos de edad, la sensibilidad antibiótica de los gérmenes involucrados y el estado inmune de los pacientes. El estreptococo neumónico es el principal agente causal de meningitis bacteriana en cualquier grupo de edad. El *H. influenzae* se trata con ceftriaxona o cefotaxima. *Listeria monocytogenes* tiene como tratamiento de elección ampicilina o penicilinas por un tiempo de 4 semanas en los pacientes inmunosuprimidos. En los pacientes alérgicos a las penicilinas el trimetoprim-sulfametoxazol se indica. El *S.* del grupo B es susceptible a penicilinas y ampicilinas. *Neisseria meningitidis* se trata con penicilinas o ampicilinas.

Las meningitis crónicas por definición se denominan a aquellas meningo encefalitis con anomalías en el líquido cefalorraquídeo que tardan >4 semanas. Los síntomas de los pacientes con meningitis crónica

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. Las causas más frecuentes de meningitis crónicas son la tuberculosis meningea y criptococosis meningea. Las causas no infecciosas más frecuentes son las meningitis neoplásicas, sarcoidosis y las vasculitis. La meningitis tuberculosa es la manifestación más frecuente de la tuberculosis en el sistema nervioso. La enfermedad tiene 3 estadios, el primero en donde el paciente está consciente y no presenta signos o síntomas neurológicos focales, el segundo, donde el paciente está confuso pero no está en coma y tiene signos neurológicos focales como hemiparesia o parálisis de pares craneales y el estadio 3, en el que el paciente se encuentra en coma o estupor, tiene compromiso múltiple de pares craneales, hemiplegia o paraplegia; el tratamiento en un inicio es empírico para luego a la administración de esteroesteroides.

La meningitis por criptococo se considera que ocurre en pacientes inmunosuprimidos con una vía de entrada en la vía respiratoria superior, ingresando en forma de levadura al cerebro. Su tratamiento por lo general es con anfotericina B.

Para luego mantener una terapia con fluconazol y si el paciente es inmunosuprimido, la terapia debe mantenerse de por vida.

## Encefalitis.

Es una infección aguda del parénquima cerebral caracterizada por fiebre, cefalea y alteración del estado de conciencia. Puede haber alteraciones neurológicas focales o multifocales y crisis convulsivas focales o generalizadas.

Los principales causas de encefalitis son el virus del herpes simple tipo 1 y 2. El virus es transportado en forma retrógrada a través de una rama del nervio trigémino y se establece en el ganglio trigémino en donde permanece latente. El LCR por lo regular muestra presión alta, pleocitosis y excesos de linfocitos una leve a moderada elevación de proteínas y glucosa normal o ligeramente disminuida. La PCR es de gran ayuda; un resultado negativo significa que la muestra está libre de virus o hay una actividad inhibitoria presente. El tratamiento recomendado es aciclovir IV 10-30 mg/kg/día por 2-3 semanas.