



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

“resumen”

Materia:

Neurología

Docente:

Jose Luis Gordillo Guillen

Alumno:

Tarsis Andrea Guillén Narváez

Semestre:

6° “A”

Actualización sobre diagnóstico y manejo de la encefalitis autoinmune

La encefalitis, una enfermedad de inflamación en el cerebro, puede ser causada por un patógeno infeccioso o por procesos autoinmunes. Durante los últimos 5 a 10 años, se ha reconocido cada vez más la encefalitis asociada a anticuerpos contra antígenos de superficie neuronal.

Los síndromes clínicos más reconocibles son la encefalitis límbica y encefalitis por NMDA-R.

La encefalitis límbica, refleja una inflamación del lóbulo temporal medial, puede presentarse con cambios en el comportamiento, convulsiones o dificultades de memoria. Dos de los anticuerpos más comunes son los dirigidos contra el glioma asociado a la leucemia (LAG1) y la proteína similar asociada a la contactina 2 (CASPR2).

Los EA asociados a anticuerpos LAG1 afectan generalmente a pacientes de edad avanzada. Los anticuerpos LAG1 pueden ser asociados con convulsiones, distonias, forniculaciones, mov. espasmódicos que afectan a pacientes el brazo y la cara ipsolaterales. La hiponatremia también es un hallazgo común.

La encefalitis por anticuerpos CASPR2

puede presentarse con un cuadro de características del sistema nervioso central y periférico que incluyen dificultad de la memoria, trastornos del sueño y SX de hiperexcitabilidad de nervios periféricos.

Las pruebas de anticuerpos del complejo del canal de potasio dependiendo del voltaje se ha informado positividad de VGSC en ausencia de anticuerpos LGI1 o CASPR2.

La encefalitis por NMDA-R afecta con mayor frecuencia a niños y adultos jóvenes, tiene un predominio femenino 4:1 y se asocia con teratoma ovárico en aproximadamente la mitad de las mujeres. El trastorno comienza con un compartimiento anormal, a menudo con características psicóticas o afectivas, trastornos del movimiento, disminución del nivel de conciencia y disfunción autonómica. La encefalitis por un estudio prospectivo, la encefalitis NMDA-R ocasionalmente puede ser desencadenada por encefalitis por ~~el~~ HSV. (virus del herpes simple).

Diagnóstico

Pacientes con sintomatología de encefalitis ingresar y realizar punción lumbar y neuroimagen. Principal causa de preocupación

el VHS, puede causar edema cerebral rápidamente progresivo, necrosis y muerte. Tratamiento con aciclovir.

La "bandera roja" de la EA incluyen pródromo infeccioso, progresión rápida, trastorno del mov. Signos neurológicos focales, convulsiones o hiponatremia inexplicable.

Descartar imitadores como linfoma primario del SNC, la neurosarcooidosis, vasculitis del SNC, tumores epilepsia genética, entre otros.

Los hallazgos en el LCR a menudo son anormales en el EA, con una pleocitosis linfocítica leve y/o un aumento moderado de la proteína. Sin embargo un tercio presenta LCR normal.

La neuroimagen es esencial, aunque en un tercio sale normal, los hallazgos son inespecíficos, aunque el cambio del lóbulo temporal medial ocurre con frecuencia en la encefalitis límbica.

El electroencefalograma identifica cambios encefalopáticos que respaldan diagnóstico.

Manejo y Resultado

- Mayormente estudios retrospectivos.
- Deben ser tratados en centros adecuados.
- Primera línea reducir los anticuerpos, normalmente con corticosteroides intravenosos a menudo combinados con inmunoglobulina intravenosa o intercambio de

plasma. Si no existe respuesta, se inicia terapia inmunológica más agresiva como ciclofosfamida o rituximab.

Los pacientes con encefalitis autoinmune requieren cuidados de apoyo como manejo de convulsiones, inestabilidad autonómica, complicaciones de infecciones y agitación.