 

**Universidad Del Sureste**

**Docente:**

**Dra. Mónica Gordillo Rendón**

**Materia:**

**Medicina Física y de Rehabilitación**

**Tema:**

**Cuestionario**

**Alumno y Grado:**

**Jonathan Suriano Cruz**

¿DE QUÉ INSTITUTOS SON LOS 2 AUTORES DE ESTE ARTICULO DE REVISION?

R. Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar

¿CUÁL ES EL TITULO DEL ARTICULO?

R.- Infecciones del Sistema Nervioso Central, parte 1: Meningitis, Encefalitis y Absceso cerebral.

¿A QUÉ REVISTA PERTENECE Y A EN QUÉ AÑO SE PUBLICO?

R.\_ Revista Mexicana de Neurociencia, marzo-abril, 2017

4. DESCRIBE LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

A) SINDROME MENÍNGEO: es el conjunto de signos y síntomas que traducen la existencia de un proceso irritativo, generalmente inflamatorio, a nivel de las leptomeninges durante el cual se pueden dañar también vasos y nervios que discurren por el espacio subaracnoideo.

B) MENINGITIS: es una inflamación del líquido y las membranas (meninges) que rodean el cerebro y la médula espinal. La hinchazón de la meningitis generalmente desencadena signos y síntomas como dolor de cabeza, fiebre y rigidez en el cuello

C) MENINGITIS CRÓNICA:  es una inflamación de las meninges que determina anomalías en el líquido cefalorraquídeo (LCR) que duran por lo menos un mes. Las etiologías más comunes de la meningitis crónica son infecciosas, autoinmunes y neoplásicas.

D) MENINGITIS ASÉPTICA: es un proceso de naturaleza fundamentalmente infecciosa que afecta a las envolturas o meninges del sistema nervioso central

E) ENCEFALOPATÍA: es una denominación general de las enfermedades que alteran la función cerebral y el estado mental de una persona

F) ENCEFALITIS: Es la irritación e hinchazón (inflamación) del cerebro, casi siempre debido a infecciones.

G) MENINGOENCEFALITIS: es una [enfermedad](https://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad) que recuerda simultáneamente ambas [meningitis](https://es.wikipedia.org/wiki/Meningitis): por una [infección](https://es.wikipedia.org/wiki/Infecci%C3%B3n) o una [inflamación](https://es.wikipedia.org/wiki/Inflamaci%C3%B3n) de las [meninges](https://es.wikipedia.org/wiki/Meninge), y la [encefalitis](https://es.wikipedia.org/wiki/Encefalitis), que es una infección y una inflamación del [cerebro](https://es.wikipedia.org/wiki/Cerebro).

H) ABSCESO CEREBRAL: Es una acumulación de pus, células inmunitarias y otros materiales en el cerebro, causada por una infección bacteriana o micótica.

5. EL DIAGNOSTICO SE REALIZA EN BASE A LA CLINICA, APOYADO DE ¿CUÁLES ESTUDIOS DE LABORATORIO?

a) Analítica sanguínea con hemocultivos.

b) Estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR) obtenido por punción lumbar (PL).

6. ¿CUÁLES SON LAS CARACTERISTICAS DE LOS RESULTADOS DE ESTE ESTUDIO DEPENDIENDO DE LA ETIOLOGIA? TABLA 1

R.- LEUCOS: MBA: 100-10,000 MA:5-1,000 EA: 5—100 MTB: 25-1,000

PMN: MBA: >80 MA: <60 EA: <60 MTB:<60

PROTEINAS: MBA:100-500 MA:50-250 EA:5-100 MTB:50-1500

GLUCOSA: MBA:<10 MA:10-45 EA:10-45 MTB:10-45

PRESION APERTURA CM/H2O: MBA: NI o >20 MA:NI EA:NI MTB: NI o >20

7. ¿EN QUÉ CONDICIONES SE DEBE REALIZAR PRIMERO ESTUDIO DE IMAGEN? ¿TIPO TOMOGRAFIÁ DE CEREBRO, ANTES DE REALIZAR PUNCION LUMBAR PARA ESTUDIAR EL LCR? TABLA 2

R.\_ FOCALIZACIÓN NEUROLÓGICA, EDAD>60 AÑOS, CRISIS CONVULSIVAS, HACE <1 SEMANA, PAPIILEMA, INMUNOSUPRESIÓN Y ALTERACIÓN DEL ESTADO DE ALERTA

8. REALIZA EL ALGORITMO DE ATENCIÓN DE UN PACIENTE CON SOSPECHA DE NEUROINFECCIÓN ( FIG.2). RECUERDA AGREGAR UNA NOTA DEBAJO EXPLICANDO LO QUE ENTIENDES QUIERE EXPLICAR ESTA FIGURA

R.\_ SOSPECHA NEUROINFECCIÓN-àSINDROME CLINICO+PL TC PREVIAMENTE INDICADO (compatible con MA) (compatible MBA) (compatible con EA) compatible con MTB) DEXAMETASONA+ABX+ACICLOVIR u otra es DEXAMETASONA+ABX+ANTI-TB (si se sospecha antes con características clínica o ya sea con ayuda radiológica u otras, mejor será el tratamiento dependiendo de qué tipo de meningitis sea o etiolgia)

9 ¿CUAL ES LA VIA DE INFECCIÓN MAS COMÚN EN LA MENINGITIS BACTERIANA AGUDA?

R. vía aérea superior

﻿ 10. DESCRIBE LA FISIOPATOLOGIÁ DE LA MBA:

R.\_ La infección bacteriana inicia generalmente en la vía respiratoria con invasión al torrente sanguíneo y posteriormente penetra a la barrera hematoencefálica donde al ingresar al espacio subaracnoideo y ventricular se multiplica y avanza la infección.

11. CUALES SON LOS 2 SINTOMAS MÁS FRECUENTES DE LA MBA , HASTA EN UN 90-95% DE LOS CASOS

R.\_ CEFALEA Y FIEBRE

12.CUÁL ES EL SIGNO MÁS CARACTERISTICO DE LA MBA

R. RIGIDEZ DE NUCA

13. SI UN PACIENTE TIENE: PRUEBA DE SUCUCIÓN DE LA CABEZA POSITIVO+ CEFALEA+ FIEBRE. JUSTIFICA QUE SE LE REALIZE, ¿CUAL ESTUDIO?

R.\_ PL

14. DESCRIBE EN QUE PORCENTAJE PRESENTAN ESPECIFIDAD Y SENSIBILIDAD LOS SIGNOS MENINGEOS

R. Meningismo Sensibilidad (Sen) 30%, Especificidad (Esp) 68%; Kernig Sen 5% Esp 95%; Brudzinski Sen 5% Esp 95%

15. QUÉ HALLAZGOS PODEMOS ENCONTRAR EN LOS ESTUDIOS DE IMAGEN

R. hallazgos sugestivos como reforzamiento meníngeo

16. CUAL ES EL GOLD STANDARD PARA EL DIAGNOSTICO DE MBA Y EN QUÉ % ES SENSIBLE A LA PATOLOGIa

R. La tinción de gram, una sensibilidad 70- 85%.

17, CUÁL ES LA IMPORTANCIA DE COMPLEMENTAR EL DIAGNOSTICO CON UN HEMOCULTIVO

R. puede obtener aislamiento aun cuando el LCR sea negativo

18. LA DETERMINACION DE LACTATO EN LCR ES DE GRAN UTILIDAD PORQUE REPRESENTA UN 96% DE SENSIBILIDAD Y UN100% DE ESPECIFICIDAD PARA MBA. INVESTIGA LOS NIVELES NORMALES Y CON QUÉ CIFRAS SE PUEDE PREDECIR UN MAL PRONOSTICO. ADEMÁS, MENCIONA CUÁLES SON LOS AGENTES PATOGENOS QUE ESTÁN RELACIONADOS A ESTE MARCADOR

R. 4.2mmol sensibilidad de 96% con especificidad del 100%, VPP de 100% y con VPN del 97% para meningitis bacteriana

20. CUALES SON LAS COMPLICACIONES MÁS COMUNES DE LA MBA ENCEFALITIS VIRAL (EV)

R.\_ daño cerebral, pérdida auditiva o dificultades de aprendizaje.

21. CUAL ES EL PRINCIPAL AGENTE CAUSAL DE LA EV

R. VIRUS DEL HERPES TIPO 1

22. SI LOS PACIENTES ESTAN INMUNOSUPRIMIDOS ¿EN QUÉ AGENTES ETIOLOGICOS DEBEMOS PENSAR? CITOMEGALOVIRUS

Y VIRUS DE DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

24. MENCIONA LA FISIOPATOLOGIA DE LA EV

r. La encefalitis viral, en especial la encefalitis herpética, es causada por una secuencia de eventos que inician desde una primoinfección. La puerta de entrada más frecuente en humanos es la faringe, pero también puede ser vía genital

25. CUALES SON LAS MANIFESTACIONES MÁS COMUNES DE LA EV, MENCIONA SUS PORCENTAJES

r.Fiebre en 90%, cefalea 80%, desorientación 70%, disfasia o afasia 60%, cambios conductuales 40% y crisis convulsivas en 30-60% de los casos

26. CON QUÉ DATOS Y ESTUDIOS DETERMINAMOS EL DX DE EV

r. requiere de biopsia cerebral para su confirmación

El diagnóstico de encefalitis se establece con el síndrome clínico de encefalopatía + evidencia de inflamación

 El LCR es una de las herramientas más importantes suele encontrarse pleocitosis < 100, proteinorraquía

27. CUALES SON LOS DATOS QUE PODEMOS VER EN UNA TAC Y CUAL ES SU SENSIBILIDAD/ESPECIFICIDAD

r. el hallazgo más característico por tomografía es hipodensidad en lóbulo temporal que corresponde a edema acompañado de realce con medio de contraste.

28. CUALES SON LOS DATOS QUE PODEMOS VER EN UNA IRM Y CUAL ES SU SENSIBILIDAD/ESPECIFICIDAD

R. La resonancia magnética tiene una sensibilidad y especificidad del 90%, es normal en la primera semana en 10-20% de los casos; los hallazgos más característicos son restricción en la secuencia de difusión en temporal medial y cíngulo

29. CUALES SON LOS DATOS QUE PODEMOS VER EN UN EEG Y CUAL ES SU SENSIBILIDAD/ESPECIFICIDAD

R. El Electroencefalograma puede mostrar datos indirectos de inflamación, es anormal en el 80% de los casos pero por lo general muestra datos compatibles con encefalopatía lo cual clínicamente se está observando

30. CUAL ES EL MEDICAMENTO DE ELECCIÓN PARA LA ENCEFALITIS VIRAL Y EN DOSIS SE DEBE SUMINISTRAR Y EN QUÉ TIEMPO DEBE SER ADMINISTRADO PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD

R. El tratamiento debe iniciarse a la brevedad posible, el mejor pronóstico se asocia con inicio de antiviral a las 6 horas de llegada del paciente y máximo en 24 horas de establecido el cuadro para lograr una mortalidad menor al 30%,

La terapia más importante es el aciclovir a una dosis de 10mg/kg/por dosis cada 8 horas aplicado de forma intravenosa diluido en solución salina; debe de mantenerse adecuada hidratación para evitar nefrotoxicidad por el antiviral

31. POR QUÉ NO SE RECOMIENDA EL USO DE FORMA RUTINARIA DE LOS CORTICOIDES EN LA EV

Porque hay evidencia de un beneficio con el uso de esteroides y por lo general las lesiones no producen un significativo efecto de masa

32. DESCRIBE LA ETIOLOGIA Y LOCALIZACIÓN MÁS FRECUENTE DE AC SEGÚN FACTORES DE RIESGO (TABLA 5)

r.

Hematógeno/Pulmón : Múltiples, territorio de arteria cerebral media : Estreptococos, fusobacterium, actinomices

Hematógeno/vía urinaria : Múltiples, territorio de arteria cerebral media: Pseudomona, enterobacterias

Hematógeno/abdominal: Múltiples, territorio de arteria cerebral media: Estreptococos, enterobacterias, anaerobios

Hematógeno/endocarditis: Múltiples, territorio de arteria cerebral media: S. aureus, S. viridans

33. ENLISTA LAS MANIFESTACIONES CLINICAS DEL AC

cefalea habitualmente del lado del absceso,

Los abscesos de fosa posterior (cerebelo)

hipertensión intracraneal.

confusión y crisis convulsivas focales o generalizadas en el 25% de los casos

34. CUALES SON LOS ESTUDIOS DE IMAGEN QUE AYUDAN A CORROBORAR EL DIAGNOSTICO Y QUÉ HALLAZGOS PODEMOS ENCONTRAR EN ELLOS

R. tomografía se observa lesión hipodensa en caso de cerebritis sin captación de contraste y la captación de contraste en anillo sugiere fase encapsulada, se suelen acompañar de edema perilesional, en estadios tempranos la tomografía puede ser normal. La resonancia magnética es más sensible en secuencias T1/T2 en fase de cerebritis temprana se observa lesión hipointensa/hiperintensa (T1/T2) mal definida, en fase de cerebritis tardía con anillo hiperintenso/ hipointenso

35. MENCIONA UNA CONTRTAINDICACIÓN DE LA PUNCIÓN LUMBAR

cuando existen datos de hipertensión intracraneal, gran efecto de masa u obliteración de cisternas y/o espacios subaracnoideos.

36. SI SE REALIZA UNA PUNCIÓN LUMBAR PARA OBTENER LCR, EN UN PACIENTE CON ABCESO CEREBRAL, ¿COMO PUDIERA ESTAR LA CITOQUÍMICA Y EL CULTIVO?

citoquímica normal y cultivos negativos que es lo habitual o bien citoquímica similar al de MBA lo cual indica ruptura hacia ventrículos y podría acompañarse clínicamente de síndrome meníngeo

37. CUAL ES EL TRATAMIENTO CON ANTIBIOTICOS, DEPENDIENDO DEL ORIGEN DE LA INFECCIÓN, MENCIONA LAS DOSIS

Tx empírico recomendado

Periodontal, otitis, sinusitis: Metronidazol 15mg/kg dosis carga y después 7.5mg/kg cada 8hrs + (sospecha origen periodontal) Penicilina G 4MU/día cada 4hrs ó (sospecha sinusitis, otitis) Ceftriaxona 2g c/12hrs

Hematógeno: Vancomicina 15mg/kg c/ 12hrs + Metronidazol (misma dosis)

Neurocirugía o trauma penetrante: Vancomicina 15mg/kg c/ 12hrs + Ceftazidima 2g IV c/8hrs o Meropenem 2gr IV c/8hrs.

38. CUALES SON LAS DOS OPCIONES DE TRATAMIENTO QUIRURGICO Y QUÉ CONDICIONES DEBEN EXISTIR PARA INDICARLAS

las indicaciones para cirugía ya sea drenaje o excisión de lesión son: efecto de masa importante, aliviar hidrocefalia, diagnóstico definitivo por biopsia en casos de falla a tratamiento o sospecha de agente resistente, drenaje terapéutico o por medio de excisión en caso de falta de respuesta o deterioro clínico

39. CUALES SON LOS FACTORES DE MAL PRONOSTICO

r.-deterioro del estado de alerta previo a hospitalización, coma (mortalidad 60%) y ruptura a ventrículos (mortalidad 80%)

40. CADA CUANDO SE RECOMIENDA HACER ESTUDIO DE IMAGEN PARA DETERMINAR RESPUESTA AL TRATAMIENTO

r.- se recomienda realizar imagen a las 48hrs, a la semana y a las 4 semanas para determinar respuesta a tratamiento y de forma urgente en caso de cambio en el estado neurológico.

41. CUALES SON LOS CASOS EN LOS QUE ESTA INDICADO EL USO DE ESTEROIDES, Y CUAL ES SU DOSIS

r. en casos de edema cerebral importante

Dexametasona 10mg IV como carga y después 4mg cada 6hrs y suspender tan pronto como sea posible