

Universidad del sureste

Sexto semestre

Neurología

Parcial 3

Medicina humana

Dra Monica Gordillo Rendon

Maria Mercedes Marroquin Hernandez

Tuxtla gutierrez Chiapas A: 25-05-2022

1. DESCRIBE LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

- A) síndrome meníngeo: denota lesión meníngea generalmente difusa, se manifiesta con meningismo
- B) meningitis: inflamación focal o difusa de meninges, habitualmente leptomeninges.
- C) meningitis crónica: meningitis de duración mayor a 1 mes.
- D) meningitis aséptica: inflamación de meninges, sin aislamiento de agente infeccioso por los métodos habituales.
- E) encefalopatía: síndrome clínico caracterizado por alteración del estado mental (manifestado como disminución de conciencia ó trastorno de la cognición, personalidad o comportamiento).
- F) encefalitis: inflamación del parénquima cerebral, clínicamente manifestado como encefalopatía con signos difusos o focales (déficit motor, sensitivo, neuropatía craneal, etc).
- G) meningoencefalitis: inflamación de meninges y parénquima cerebral.
- H) meningitis bacteriana aguda: predomina el síndrome meníngeo y en menor medida encefalopatía y muy raramente focalización.
- I) encefalitis aguda: predomina un síndrome encefalopático, puede existir focalización y en menor medida síndrome meníngeo.
- J) absceso cerebral: predomina un cuadro de focalización neurológica, en menor medida encefalopatía y raramente síndrome meníngeo.

2. EL DIAGNOSTICO SE REALIZA EN BASE A LA CLINICA, APOYADO DE ¿CUÁL ESTUDIO DE LABORATORIO?

El examen neurológico es indispensable para el abordaje del caso y obligatoriamente debe incluir fundoscopia. La punción lumbar (PL) es en general un procedimiento seguro, sin embargo en algunas condiciones se debe realizar primero neuroimagen, tomografía de cráneo (TC).

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

4. ¿EN QUÉ CONDICIONES SE DEBE REALIZAR PRIMERO ESTUDIO DE IMAGEN. TIPO TOMOGRAFÍA DE CEREBRO, ANTES DE REALIZAR PUNCIÓN LUMBAR PARA

ESTUDIAR EL LCR? TABLA 2

Focalización neurológica

Edad > 60 años

Crisis convulsiva

hace < 1 semana

Papiledema

Inmunosupresión

Alteración del

estado de alerta

MENINGITIS BACTERIANA AGUDA (MBA)

5. ¿cual es la via de infección mas común en la MENINGITIS BACTERIANA AGUDA? 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.

6. describe la fisiopatología de la MBA: se caracteriza por inflamación de meninges y vasos corticales, con diversos grados de microtrombosis. 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.

7. CUALES SON LOS 2 SINTOMAS MÁS FRECUENTES DE LA MBA , HASTA EN UN 90-95% DE LOS CASOS: Cefalea y Fiebre

8. CUÁL ES EL SIGNO MÁS CARACTERISTICO DE LA MBA:

El meningismo

(rigidez de nuca)

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

Lumbar

10. DESCRIBE EN QUE PORCENTAJE PRESENTAN ESPECIFICIDAD Y SENSIBILIDAD LOS SIGNOS MENINGEOS

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

11. QUÉ HALLAZGOS PODEMOS ENCONTRAR EN LOS ESTUDIOS DE IMAGEN: La neuroimagen

no es necesaria para el diagnóstico pero se pueden encontrar hallazgos sugestivos como reforzamiento meníngeo y puede ser útil para diagnosticar las complicaciones relacionadas a la MBA.

12. CUAL ES EL GOLD STANDARD PARA EL DIAGNOSTICO DE MBA Y EN QUÉ % ES SENSIBLE A LA PATOLOGIA: La tinción de gram es positiva en 60-90%

de los casos, el cultivo de LCR es el gold standard para el diagnóstico y tiene una sensibilidad 70-85%.

13, CUÁL ES LA IMPORTANCIA DE COMPLEMENTAR EL DIAGNOSTICO CON UN

HEMOCULTIVO: El hemocultivo es positivo en 30-80% de los

casos y se recomienda tomarlo de rutina ya que puede obtener aislamiento aun cuando el LCR sea negativo y hay que considerar que en casos de meningitis parcialmente tratadas el rendimiento del LCR baja al 20%

14. LA DETERMINACION DE LACTATO EN LCR ES DE GRAN UTILIDAD PORQUE

REPRESENTA UN 96% DE SENSIBILIDAD Y UN 100% 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

El lactato en LCR es una

herramienta que está infrutilizada con un corte de 4.2mmol sensibilidad de 96% con especificidad

del 100%, VPP de 100% y con VPN del 97% para meningitis bacteriana

15. MENCIONA LAS PAUTAS IMPORTANTES PARA ADMINISTRAR EL TRATAMIENTO

CON ANTIBIOTICOS Y CORTICOIDES EN LA MBA: Inicialmente debe establecerse si se trata de Meningitis adquirida en la comunidad o asociada a cuidados de la salud es muy importante para decidir el manejo empírico inicial.

Otra característica importante es la edad >60 años y el estado de inmunosupresión. Los antibióticos

deben administrarse en las primeras 24hrs de lo contrario se asocia a secuelas neurológicas y mayor mortalidad. Si por alguna razón la neuroimagen y PL debe retrasarse los antibióticos no deberán esperar.

16. CUALES SON LAS COMPLICACIONES MÁS COMUNES DE LA MBA: Las complicaciones más comunes son: *Sistémicas: falla cardíaca (29%), hiponatremia (26%), Coagulación intravascular diseminada (8%). *Neurológicas: crisis convulsivas (15-20%), edema cerebral (6-10%), hidrocefalia (3-8%), vasculitis de SNC (15%), Hipoacusia (15%), absceso cerebral (<1%), lesión de nervios craneales (14%), siendo el más común el VIII ENCEFALITIS VIRAL (EV)

17. CUAL ES EL PRINCIPAL AGENTE CAUSAL DE LA EV: Virus herpes simple tipo 1.

18. SI LOS PACIENTES ESTAN INMUNOSUPRIMIDOS ¿EN QUÉ AGENTES

ETIOLOGICOS DEBEMOS PENSAR? principalmente en

pacientes inmunosuprimidos se deben considerar otras menos probables como citomegalovirus y virus de inmunodeficiencia humana. La primoinfección con VHS-1 puede causar

lesiones mucocutáneas o puede ser asintomática.

19. MENCIONA DOS CAUSAS DE ENCEFALITIS NO INFECCIOSA: causas vasculares e inmunológicas.

20. MENCIONA LA FISIOPATOLOGIA DE LA EV: El mecanismo de diseminación

al sistema nervioso central no está del todo claro, pero se asume debido a su predilección por órbitas

y áreas orbito-frontal y temporal mesial que se disemina a través de la mucosa olfatoria y ganando acceso por la placa cribiforme del etmoides. Se ha

observado reactivación de HSV-1 por estimulación con luz ultravioleta, epinefrina,

hipertermia e

incluso estrés social. La primoinfección suprime eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenales y por tanto la supresión inducida pos estrés juega un papel en la reactivación.

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

PORCENTAJES: Las manifestaciones más comunes son:

Fiebre en 90%, cefalea 80%, desorientación 70%,

disfasia o afasia 60%, cambios conductuales 40% y

crisis convulsivas en 30-60% de los casos

22. CON QUÉ DATOS Y ESTUDIOS DETERMINAMOS EL DX DE EV: EI

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

inflamación (con citoquímica de LCR, neuroimagen, electroencefalograma EEG, etc) El LCR

es una de las herramientas más importantes, suele encontrarse pleocitosis

< 100, proteinorraquia <100, el radio de glucosa suele ser normal, es infrecuente encontrar

presión de apertura elevada y eritrocitos en hasta el 50% de los casos. Un citoquímico de

LCR normal al inicio no descarta el cuadro, ya que del 5-10%

pueden ser normales y amerita nueva toma en 24-48 hrs si la sospecha es alta.

23. CUALES SON LOS DATOS QUE PODEMOS VER EN UNA TAC Y CUAL ES SU

SENSIBILIDAD/ESPECIFICIDAD: una sensibilidad muy variable desde el 25-80%, puede

ser normal en el

30% de los casos en la primera semana; el hallazgo más característico por tomografía es

hipodensidad en lóbulo temporal que corresponde a edema acompañado de realce con medio

de contraste.

24. CUALES SON LOS DATOS QUE PODEMOS VER EN UNA IRM Y CUAL ES SU

SENSIBILIDAD/ESPECIFICIDAD: 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.

25. CUALES SON LOS DATOS QUE PODEMOS VER EN UN EEG Y CUAL ES SU

SENSIBILIDAD/ESPECIFICIDAD: 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, sin embargo en 50-75% de los casos de encefalitis por VHS se encuentra el trazo previamente conocido como PLEDs (descargas epileptiformes periódicas lateralizadas) lo cual es muy inespecífico, denota una lesión focal pero en el contexto de sospecha de encefalitis por VSH suele ser útil mientras se obtiene el resultado de la PCR.

26. 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: 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.

27. POR QUÉ NO SE RECOMIENDA EL USO DE FORMA RUTINARIA DE LOS CORTICOIDES EN LA EV: beneficio con el uso de esteroides en esta entidad pero no se recomienda su uso como práctica rutinaria ya que por lo general las lesiones no producen un significativo efecto de masa

ABCESO CEREBRAL (AC)

32. DESCRIBE LA ETIOLOGIA Y LOCALIZACIÓN MÁS FRECUENTE DE AC SEGÚN FACTORES DE RIESGO (TABLA 5) Factor de riesgo/origen

Sinusitis, periodontitis

Otitis media, mastoiditis

Hematógeno/Pulmón

Hematógeno/vía urinaria

Hematógeno/abdominal

Hematógeno/endocarditis

Trauma penetrante

Post neurocirugía

Localización probable

Lóbulo frontal

Lóbulo temporal, cerebelo.

Múltiples, territorio de arteria

cerebral media

Múltiples, territorio de arteria

cerebral media

Múltiples, territorio de arteria

cerebral media

Múltiples, territorio de arteria

cerebral media

En sitio de lesión

En lecho quirúrgico

Patógenos

Estreptococos aerobio, S. aureus,

estreptococos anaerobios, bacteroides,

fusobacterium

Enterobacterias, estreptococos,

Pseudomona, bacteroides

Estreptococos, fusobacterium, actinomices.

Pseudomona, enterobacterias

Estreptococos, enterobacterias, anaerobios

S. aureus, S. viridans

S. aureus, enterobacter, clostridium

S. epidermidis, S. aureus, enterobacterias,

Pseudomona

33. ENLISTA LAS MANIFESTACIONES CLINICAS DEL AC: puede ser muy vago,

inicialmente tiene un pródromo inespecífico con cefalea habitualmente del lado del absceso, la cual es insidiosa pero progresiva en intensidad,

persistente y refractaria a tratamiento. Los abscesos de fosa posterior (cerebelo) ocasionan cefalea occipital y se pueden acompañar de síntomas de hipertensión intracraneal.

Posteriormente aparece confusión y crisis convulsivas focales o

generalizadas en el 25% de los casos. Días a semanas después de la cefalea se pueden encontrar déficits focales de tipo motor, sensitivo o cognitivo (disfasia, es el más común). Fiebre, leucocitosis y meningismo en el 15%. Datos de hipertensión intracraneal (vómito, oftalmoparesia, Papiledema, etc.) En 25% de los casos se observa la tríada de cefalea, déficit focal y fiebre.

34. CUALES SON LOS ESTUDIOS DE IMAGEN QUE AYUDAN A CORROBORAR EL DIAGNOSTICO Y QUÉ HALLAZGOS PODEMOS ENCONTRAR EN ELLOS: En el caso de 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; en fase de cápsula temprana centro hiperintenso, heterogéneo con anillo delgado de mismas características y en fase de cápsula tardía.

La secuencia de difusión (DWI) es muy útil para distinguir abscesos de neoplasias ya que los abscesos muestran restricción intensa central y en caso de neoplasias no existe restricción, aunque ésta última puede ser variable y en algunos casos ocasionar confusión del diagnóstico.

35. MENCIONA UNA CONTRAINDICACIÓN DE LA PUNCIÓN LUMBAR: La PL no es de gran utilidad, en algunos casos incluso contraindicada 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?:

Si se realiza PL se podría obtener LCR con 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:

Origen

Periodontal,

otitis, sinusitis

Hematógeno

Neurocirugía o

trauma penetrante

Tx empírico recomendado

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

Vancomicina 15mg/kg c/ 12hrs +

Metronidazol (misma dosis)

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: Predictores de mal

pronóstico: 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 ÁRA

DETERMINAR RESPUESTA AL TRATAMIENTO: Para el seguimiento 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: son de gran utilidad en casos de edema

cerebral importante, sin embargo su uso debe reservarse cuando el efecto de masa es importante o condiciona herniación inminente, para el resto de los casos se prefiere evitar su uso ya que puede retrazar la respuesta inmunitaria, aumentar riesgo de ruptura hacia ventriculos y posteriormente puede crear confusión al momento de interpretar la respuesta a manejo antibiótico.

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

(Valle-murillo MAA, 2007)