



Lourdes del Carmen Arcos Calvo

Resúmenes

Neurología

3er parcial

Dr. Alexandro Alberto Torres Guillen

Medicina humana

6to semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas, 25 de mayo de 2024

13/05/24

CAPÍTULO 37

Infecciones del sistema nervioso central

MENINGITIS AGUDA

El término meningitis se refiere exclusivamente a la inflamación de las meninges en el espacio subaracnoideo y tiene una diversidad de causas. Entre las causas de meningitis aguda, las de origen infeccioso suelen ser las más comunes y, dentro de estas, son más habituales las de etiología bacteriana y viral. Es importante mencionar que la meningitis aguda es una emergencia neurológica.

actualmente la mayor frecuencia de meningitis, sobre todo bacteriana, ocurre en ancianos. La mitad de las muertes debidas a meningitis bacteriana se producen en personas de más de 60 años.

Etiología

Las causas de meningitis aguda son, en términos generales, sobre todo infecciosas. Entre ellas destacan dos grupos etiológicos: bacterianas y virales.

Las etiologías más habituales de acuerdo con la edad son las siguientes:

- En neonatos, estreptococo B (*Streptococcus agalactiae*), bacilos gramnegativos (*Escherichia coli*, *Enterobacter species*, *Klebsiella pneumoniae*, *Citrobacter diversus*) y *Listeria monocytogenes*.
- Después del período neonatal, los gérmenes más comunes productores de meningitis aguda son *Streptococcus pneumoniae* y *Neisseria meningitidis*.
- *Streptococcus pneumoniae* (neumococo). Las condiciones clínicas asociadas más frecuentemente incluyen sinusitis, otitis media y neumonía. Otros factores predisponentes son deficiencia de complemento, hipogammaglobulinemia, esplenectomía, traumatismo craneal con fractura de base de cráneo y rinorrea del líquido cefalorraquídeo (LCR), alcoholismo, diabetes mellitus (DM), mieloma múltiple y talasemia.
- *Neisseria meningitidis* (meningococo). Entre los 2 y 18 años, es el agente etiológico más común productor de meningitis bacteriana. A raíz del uso de la vacuna, su frecuencia ha disminuido. Sin embargo, la vacuna actual no protege contra el serogrupo B, que explica un tercio de los casos. Esta modalidad se transmite por contacto directo a través de secreciones respiratorias y coloniza la nasofaringe; cuando es seguida de infección de las meninges, ocurre en los 10 días siguientes.

La meningitis viral suele asociarse a numerosos virus, entre los cuales destacan Enterovirus (Coxsackievirus, Echo-virus, Polivirus), herpes virus tipo 2, virus de inmunodeficiencia humana, arbovirus por picadura de mosquito o garrapata, virus de coriomeningitis linfocítica (ratones, hámsteres), virus de la varicela y virus de Epstein-Barr. Los enterovirus (EV) se encuentran en continua expansión y causan diversos síndromes clínicos. Se difunden por el mecanismo fecal-oral, sobre todo entre los niños, y la actividad viral es estacional, con un pico a mediados y finales de los meses de verano.

20/05/20

CAPÍTULO 36

Enfermedades desmielinizantes

ESCLEROSIS MÚLTIPLE

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por eventos inflamatorios recurrentes en el sistema nervioso central (SNC) que llevan inicialmente a producir lesiones desmielinizantes y, posteriormente, a daño axonal con síntomas progresivos.

La EM afecta en el mundo aproximadamente a 1 millón de personas. La mayoría de los pacientes con EM manifiestan el inicio de la enfermedad entre los 20 y los 40 años.

Tiene una prevalencia mayor en mujeres, siendo de 1,5 a 2,5 veces mayor que en varones.

Dentro de los factores geoclimáticos, destaca la asociación entre EM y los climas fríos y, en probable relación con estos, la humedad y la lluvia, así como las infecciones respiratorias.

Los virus que se han relacionado con la etiología de la EM son el virus del sarampión, el de la varicela zóster, el de la encefalitis por garrapatas, el virus del herpes 6 y el virus de Epstein-Barr.

Los factores de riesgo potenciales responsables del incremento en la EM en México podrían ser la disminución en el tiempo de lactancia por varios sectores de la sociedad y un aumento en la incidencia de varicela y enfermedades exantemáticas de la infancia.

Historia natural

Desde los tiempos de Charcot era bien sabido que la mayoría de los casos de EM tenían un carácter remitente recurrente y, también, que había un grupo de pacientes que mostraban un curso progresivo usualmente manifestado como mielopatía crónica progresiva.

Aproximadamente un 60% de los pacientes tienen brotes, particularmente al principio de su enfermedad, con bastante buena recuperación y déficit neurológico mínimo. Un número nada despreciable de pacientes seguirá un curso progresivo con relativamente menos exacerbaciones, aunque empeorando gradualmente su discapacidad. Se ha estimado que cerca del 40% de los pacientes con EM en forma de recaídas y remisiones (RR) de inicio desarrollan progresión secundaria a los 10 años de evolución y más del 88% después de 25 años; en el 15 al 20% de los pacientes, la enfermedad es progresiva desde el inicio, sin brotes o con relativamente pocos, pero con un empeoramiento gradual de la discapacidad.

otro grupo formado por el 15-20% de los pacientes tiene EM «benigna» con relativamente pocos brotes tempranos sin desarrollar ninguna o muy poca discapacidad permanente en el largo plazo.

La EM a largo plazo tiende a disminuir la frecuencia de ataques espontáneamente. La frecuencia de ataques varía según la edad. Los pacientes más jóvenes tienden a sufrir más ataques que los de más edad.

En general, la disminución en la frecuencia de brotes es independiente del incremento en la discapacidad. La progresión desde el inicio de la enfermedad es claramente un fenómeno

22/05/24
K

Parálisis facial periférica

La parálisis periférica del nervio facial puede tener una causa detectable (parálisis facial secundaria) o ser idiopática, también conocida como parálisis de Bell. Esta última comprende el 75% de los casos. El nervio facial inerva las fibras motoras faciales, así como el músculo estapedio y las glándulas salivales y lacrimales.

Tiene una rama sensitiva de parte de la oreja y la cuerda del tímpano, por lo que sus manifestaciones no se limitan a la debilidad facial.

Epidemiología La incidencia anual se estima entre 20 a 30 casos por 100.000 habitantes, sin predominio de género. Existe un pico de incidencia entre los 15 y 45 años. Ocurre más comúnmente en personas con diabetes (el 6% de los pacientes diabéticos) y en embarazadas (43 casos por 100.000), y con la misma frecuencia en el lado izquierdo que el derecho. La parálisis bilateral simultánea es extremadamente rara. Comprende el 0,3-2% de las parálisis faciales.
Etiología Se cree que la etiología es la inflamación del nervio facial en el ganglio geniculado, lo que sugiere la infección por virus herpes simple tipo 1 como una posible causa. Sin embargo, no se ha corroborado del todo.

Manifestaciones clínicas

Los pacientes con parálisis de Bell tienen debilidad o parálisis completa de todos los músculos de la mitad de la cara. Hay que insistir en explorar la mitad superior de la misma, para distinguir entre una parálisis facial central (en la que se afecta solo la mitad inferior de la cara) y una parálisis facial periférica, con afectación completa de la musculatura del lado facial afectado. Se observará borramiento de los surcos faciales, y la comisura labial ipsilateral desaparece con dificultad para cerrar el párpado. Se produce el fenómeno de Bell, esto es, cuando se intenta cerrar el ojo se observa que el globo ocular gira hacia arriba. Puede haber irritación ocular y disminuye el lagrimeo. Sin embargo, existe aparente epifora, ya que se pierde el control de los párpados, lo que permite que las lágrimas fluyan libremente del ojo. Los alimentos y la saliva pueden salirse por el lado afectado de la boca. Es probable que los pacientes se quejen de sensación de adormecimiento de la cara, aunque la sensibilidad facial está conservada. Puede existir adormecimiento, parestesias o dolor alrededor del oído, e hipersensibilidad a los sonidos.

Diagnóstico

Un paciente con parálisis facial periférica unilateral de inicio agudo tendrá, muy probablemente, parálisis de Bell. Es importante una historia cuidadosa del inicio y la progresión de la parálisis, ya que el inicio gradual o de más de 2 semanas es altamente sugestivo de una causa secundaria y es preciso descartar lesión tumoral.