



**Mi Universidad**

## **Cuadros comparativos**

*Alexa Avendaño Trujillo*

*Infecciones encefálicas*

*6 "A"*

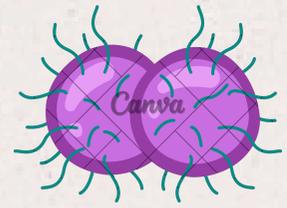
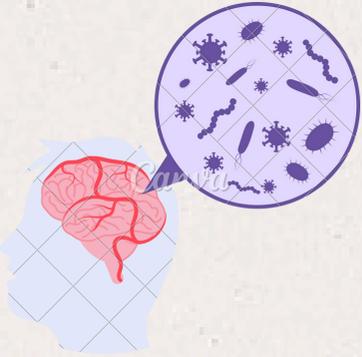
*Enfermedades Infecciosas*

*Dr. Cristian Jonathan Aguilar Ocampo*

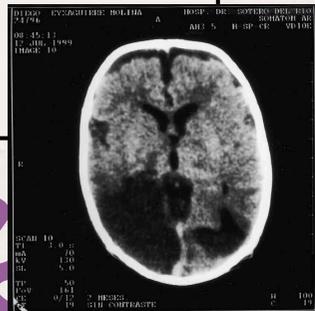
*Comitán de Domínguez Chiapas.*

# MENINGITIS

## BACTERIANA

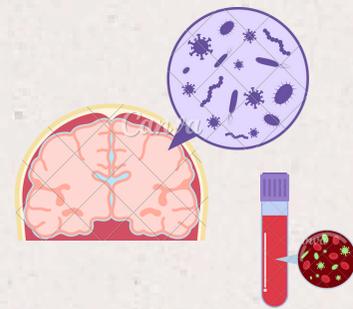


<b>DEFENICIÓN</b>	Es una infección supurativa aguda localizada dentro del espacio subaracnoideo. Se acompaña de una reacción inflamatoria del SNC.
<b>ETIOLOGÍA</b>	La <i>S. Pneumoniae</i> es el patógeno que más a menudo causa meningitis en adultos mayores de 20 años de edad y es el microorganismo identificado en casi todos los casos. La mortalidad es casi del 20%, los bacilos gramnegativos constituyen la causa más frecuente de meningitis en individuos con enfermedad crónica.
<b>CUADRO CLÍNICO</b>	Tríada: Fiebre, cefalea y rigidez de la nuca
<b>DIAGNÓSTICO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hemocultivos</li><li>• Tomografía computarizada</li><li>• Resonancia magnética</li><li>• Punción lumbar</li><li>• Biopsia por lesiones cutáneas</li></ul>
<b>TRATAMIENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Antibioticoterapia en los primeros 60 minutos de la llegada del paciente</li><li>• Penicilina G</li><li>• Vancomicina 45 a 60 mg/kg/ día VI</li><li>• Ceftriaxona</li><li>• Dexametasona comenzar 20 minutos después de la primera dosis antimicrobiana.</li></ul>





# MENINGITIS



## VIRAL

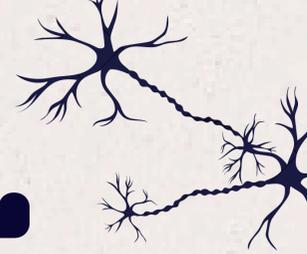
<b>DEFENICIÓN</b>	Inflamación de las capas de tejido que cubren el encéfalo y la médula espinal (meninges) y del espacio que contiene el líquido situado entre las meninges (espacio subaracnoideo) está causada por un virus.
<b>ETIOLOGÍA</b>	Los agentes más importantes son los enterovirus , virus de varicela-zoster y arbovirus. Alrededor de dos tercera partes de los casos de meningitis aséptica con cultivo negativo tien causa viral que se identifica mediante las pruebas de PCR en el LCR.
<b>CUADRO CLÍNICO</b>	Cefalea, fiebre y signos de irritación meníngea asociada con un perfil inflamtorio del LCR, otros; malestar, mialgias, anorexia, náuseas, vómito y dolor abdominal.
<b>DIAGNÓSTICO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pruebas de LCR: pleocitosis linfocítica, proteínas 0.2 a 0.8 g/L, concentraciones de glucosa normal y presión elevada 100 a 350 mm H2O.</li><li>• Cultivo viral</li><li>• Tinción de gram</li><li>• Serología</li></ul>
<b>TRATAMIENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Analgésicos</li><li>• Antipiréticos</li><li>• Aciclovir 15 a 30 mg/kg/día VI en pacientes graves</li><li>• Vacunación</li><li>• Antirretroviral en meningitis viral por VIH</li></ul>





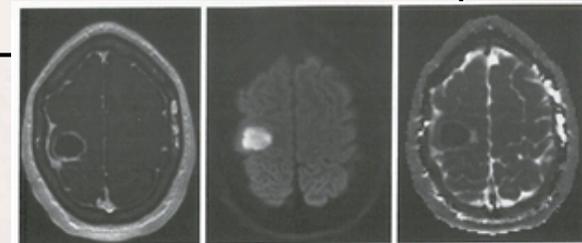
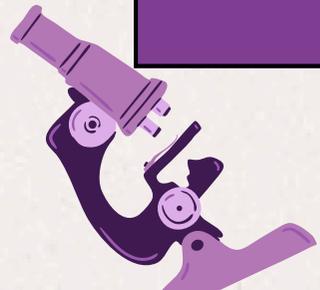
# ENCEFALITIS

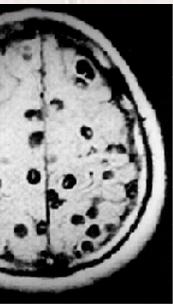
DEFENICIÓN	Inflamación del cerebro causada por infección, generalmente de origen viral o por un proceso autoinmunitario primario.
ETIOLOGÍA	En estados unidos cada año se informa 20 000 casos, mayor de los casos son sospechas de origen viral. El virus más común son herpesvirus, varicela zoster y epstein-barr y los grupos causados es por <b>Arbovirus</b> .
CUADRO CLÍNICO	Alteración de la conciencia, alucinaciones, agitación, cambios de la personalidad, trastornos conductuales, estados psicóticos franco, crisis epilépticos, movimientos involuntarios, ataxia y afasia.
DIAGNÓSTICO	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estudio de líquido cefalorraquídeo</li><li>• Cultivo de LCR</li><li>• Pruebas serológicas y detección de antígenos</li><li>• Electroencefalograma</li><li>• Resonancia Magnética</li></ul>
TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitorización de la presión arterial y frecuencia respiratoria</li><li>• Restricción de líquidos</li><li>• Antiepilépticos</li><li>• Aciclovir 10 mg/kg cada 8h por VO</li><li>• Foscarnet 60 - 120 mg/kg/día VI</li></ul>



# ABSCESO CEREBRAL

<b>DEFENICIÓN</b>	Es una infección supurativa y focal dentro del parénquima encefálico, rodeado típicamente de una cápsula vascularizada. Por lo general, se utiliza el término cerebritis para describir el absceso no encapsulado.
<b>ETIOLOGÍA</b>	Puede formarse por: 1) propagación directa desde un foco de infección craneal contiguo, como sinusitis paranasal, otitis media, mastoiditis o infección dental; 2) después de un traumatismo craneal o de una intervención neuroquirúrgica, o 3) como resultado de la diseminación hematogena desde un foco infeccioso distante. Las enterobacterias y <i>P. aeruginos</i> son causas importantes de absceso.
<b>CUADRO CLÍNICO</b>	Cefalea 95%, fiebre, convulsiva focal 15 a 35%, deficit neurologico focal (hemiparesia, afasia o defectos métricos visuales), disfagia nistagmo, ataxia, papilemia, náuseas y vómit.
<b>DIAGNÓSTICO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La cerebritis aparece en la MRI como un área de señal de baja intensidad en las imágenes</li><li>• Tinción de Gram y cultivo del material del absceso obtenido por aspiración con aguja</li><li>• Punción lumbar (LP, lumbar punctiion) no debe realizarse en quienes se ha confirmado la sospecha de infecciones intracraneales focales</li></ul>
<b>TRATAMIENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Antibióticos parentales dosis altas</li><li>• Drenaje neurológico</li><li>• Cefalosporinas de tercera o cuarta generación</li><li>• Meropenem y vancomicina combinada brinda protección</li><li>• Anticonvulsivos profilácticos</li></ul>





# NEUROCYSTICERCOSIS

<b>DEFENICIÓN</b>	Es la enfermedad resultante de la infestación de la forma larvaria del helminto intestinal <i>Taenia solium</i> (los cisticercos) en el sistema nervioso central (SNC)
<b>ETIOLOGÍA</b>	En México, el 12% de las intervenciones de neurocirugía las motiva la NCC y hasta el 4% de las autopsias revelan la presencia parásitos en el SNC.
<b>CUADRO CLÍNICO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cefalea crónica</li><li>• Convulsiones</li><li>• Hidrocefalia</li><li>• Meningitis</li><li>• Demencia</li><li>• Ceguera</li><li>• Alteraciones del estado mental</li></ul>
<b>DIAGNÓSTICO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tomografía computarizado</li><li>• Estudio eosinofilia e hiperglobulinemia E</li><li>• Resonancia magnética</li><li>• Angiografía</li></ul>
<b>TRATAMIENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Albendazol es de 15 mg/Kg/día, dividido en tres dosis, durante un mínimo de 3 semanas</li><li>• Praziquantel se administra a dosis de 50 mg/Kg/día durante 15 días mínimo</li><li>• Cirugía</li></ul>

