



Universidad del sureste  
Campus Comitán  
Medicina Humana



Tema:

Meningitis, encefalitis, absceso cerebral y neurocisticercosis

Nombre del alumno:

Daniela Elizabeth Carbajal De León

Materia:

Enfermedades Infecciosas

Grado: 6

Grupo: "A"

Docente:

Dr. Cristian Jonathan Aguilar Ocampo

Comitán de Domínguez, Chiapas a 11 de octubre del 2024


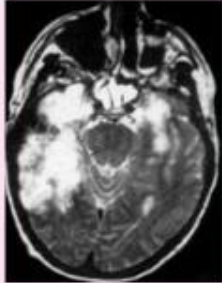
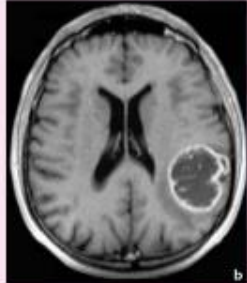
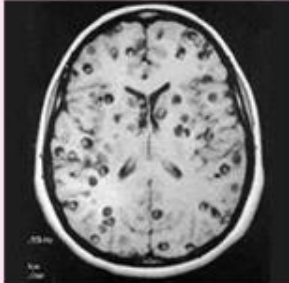


# Cuadro comparativo

	<b>MENINGITIS</b>	<b>ENCEFALITIS</b>	<b>ABSCESO CEREBRAL</b>	<b>ABSCESO CEREBRAL</b>
<b>DEFINICIÓN</b>	Proceso inflamatorio de las meninges, generalmente causado por infecciones, que se caracteriza por la alteración del líquido cefalorraquídeo y la presencia de células inflamatorias.	Inflamación del parénquima cerebral, a menudo asociada con una respuesta inmunitaria y alteraciones en la función neurológica, que puede ser causada por agentes infecciosos o autoinmunitarios.	Formación de una cavidad purulenta en el cerebro, resultante de una infección que puede ser bacteriana, fúngica o parasitaria, caracterizada por necrosis del tejido cerebral circundante.	Infección del sistema nervioso central por quistes de larvas de <i>Taenia solium</i> , que puede afectar a diferentes estructuras cerebrales y provocar diversas complicaciones neurológicas.
<b>ETIOLOGÍA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>S. Pneumoniae</i> ( 1ra en Mx)</li> <li>2. <i>N. meningitidis</i></li> <li>3. &lt; 5 meses y &gt; 50 años (alcohólicos): <i>L. Monocytogenes</i></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. VHS-1</li> <li>2. VVZ</li> <li>3. Enterovirus (menos frecuente)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bacteriana: <i>S. aureus</i>, <i>S. pneumoniae</i></li> <li>2. Parasitarias: <i>Toxoplasma gondii</i></li> <li>3. Fúngica: <i>Aspergillus spp.</i> y <i>Candida spp.</i></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Larva del parásito <i>Taenia solium</i></li> </ol>
<b>CLÍNICA</b>	<p>FIEBRE, CEFALEA Y RIGIDEZ DE NUCA</p> <p>Alt. del estado de conciencia, náuseas, vómitos y fotofobia</p> <p>PIC &gt;180 mmH2O</p>	<p>50% CRISIS EPILÉPTICAS</p> <p>Fiebre, alteraciones del estado mental (confusión, desorientación), déficits neurológicos como paresias o afasia</p>	<p>CEFALEA, FIEBRE Y FOCALIDAD NEUROLÓGICA</p> <p>Hemiparesia, afasia, defectos campo visual, fiebre, crisis comiciales</p>	<p>Convulsiones focales, cefalea, signos de irritación meníngea, hidrocefalia obstructiva por quistes, afectación ocular, arritmias</p>



# Cuadro comparativo

	MENINGITIS	ENCEFALITIS	ABSCESO CEREBRAL	ABSCESO CEREBRAL
DIAGNOSTICO	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Triada + signos meningeos (Kerning y Brudzinsky)</li> <li>2. <u>Punción lumbar</u> (predominio de linfocitos en viral, neutrófilos en bacteriana)</li> <li>3. <u>Cultivos</u>: LCR o sangre ID el patógeno</li> <li>4. TC: Puede mostrar edema cerebral o signos de hidrocefalia.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. RM: Lesiones focales en el parénquima</li> <li>2. Punción lumbar: predominio de linfocitos.</li> <li>3. EEG: Ondas agudas y complejas durante convulsiones.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. TC Y RM: Lesión hipodensa o hiperdensa con realce en anillo tras la administración de contraste.</li> <li>2. Punción-aspiración estereotaxica</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. TC Y RM: Quistes visibles y edema periquístico</li> <li>2. ELISA, LCR o sangre: anticuerpos específicos contra Taenia solium</li> </ol>
TRATAMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Profilaxis: dexametasona</li> <li>2. Antibiotico:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1° Ceftriaxona/Cefotaxima</li> <li>2° Meropenem o Cloranfenicol</li> <li>3° resistente a penicilina: Vancomicina</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medidas de soporte</li> <li>2. Aciclovir (10mg/kg/8h IV por 14 d)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Candida: anfotericina B mas 5- Huocitocina</li> <li>2. Aspergillus: anfotericina B desoxicolato (0.8-1.25 mg/kg/d)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Antiparasitarios: albendazol (15mg/kg/d) o praziquantel (50mh/kg/d) durante 2 semanas</li> <li>2. Pueden agg corticoides: dexametazona (0.5-4.5mg/d en 3 dosis) por 10 dias</li> </ol>
IMAGEN				

## **BIBLIOGRAFIA**

Harrison, TR y Kasper, DL (Eds.). (2023). *Principios de medicina interna* (20.a ed.). Mc

Kumate. Infectología clínica, 18.<sup>a</sup> Edición, Fortino solorzano.2016