



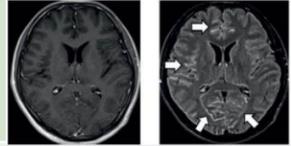
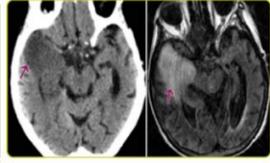
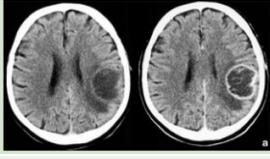
Universidad del sureste
Campus Comitán
Licenciatura en Medicina Humana

Tema: Infecciones Cefálicas
Nombre del alumno: Antonia Berenice Vázquez Santiz

6 "A"

Materia: Enfermedades Infecciosas
Nombre del Docente: Dr. Aguilar Ocampo Cristian
Jonathan

Comitán de Domínguez Chiapas a 11 de octubre del 2024

	MENINGITIS	ENCEFALITIS	ABSCESO CEREBRAL	NEUROCISTICERCOSIS
TAC				
Definición	La meningitis bacteriana es una infección aguda de las meninges, que puede llegar a afectar al cerebro y provocar secuelas neurológicas y auditivas irreversibles.	La encefalitis es la inflamación del cerebro. Puede estar causada por infecciones víricas o bacterianas, o por células inmunitarias que atacan por error al cerebro. Los virus que pueden derivar en encefalitis pueden propagarse a través de insectos, como mosquitos y garrapatas.	infección intracerebral que inicia como un área de cerebritis localizada y evoluciona a una colección de pus rodeada por una cápsula vascularizada. Es una de las complicaciones más graves de las infecciones de cabeza y cuello.	La neurocisticercosis (NCC) es una infección causada por larvas de <i>Taenia solium</i> ; (7) que se ingieren en carne de cerdo mal cocida, o por alimentos contaminados con heces de un humano infectado. El ser humano es el único reservorio conocido
Etiología	<ul style="list-style-type: none"> <1 mes <i>S. agalactiae</i>, <i>E. coli</i>, <i>Listeria monocytogenes</i> 1-3 meses <i>S. agalactiae</i>, bacilos gramnegativos (<i>E. coli</i>), <i>S. pneumoniae</i> y <i>N. meningitidis</i> 3 meses - 3 años <i>N. meningitidis</i>, <i>S. pneumoniae</i>, <i>S. agalactiae</i> y bacilos gramnegativos 3-10 años <i>N. meningitidis</i>, <i>S. pneumoniae</i> 10-19 años <i>N. meningitidis</i> 	<p>Los virus más importantes como causa de encefalitis esporádica en adultos inmunocompetentes son VHS-1, VVZ y, menos frecuentemente, enterovirus.</p> <p>Cualquier herpes virus es capaz de producir encefalitis aguda: En el caso de la encefalitis epidémica, la causa más frecuente son arbovirus y enterovirus</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se produce normalmente en el contexto de una infección por: <ul style="list-style-type: none"> Contigüidad desde el área ORL (sinusitis, otitis media, foco dentario), presencia de un foco distante mediante Embolia séptica: (endocarditis infecciosa, produciendo en este caso con mayor frecuencia abscesos múltiples, o fístulas arteriovenosas pulmonares) Inoculación directa: (tras un traumatismo craneoencefálico o una intervención neuroquirúrgica). 	<ul style="list-style-type: none"> La neurocisticercosis se adquiere por ingesta de huevos de <i>T. solium</i> Que eclosionan en el intestino dando lugar a larvas que atraviesan la pared intestinal y migran por vía hemática a los músculos y al SNC. Donde forman los cisticercos (un estadio madurativa de la tenia). Estos cisticercos viven unos 4-5 años, pero finalmente acaban muriendo y degeneran, habitualmente calcificándose.
Cuadro clínico	<ul style="list-style-type: none"> <1 año: irritabilidad, vómitos, letargia, apneas, rechazo del alimento y convulsiones. >1 año: fiebre, cefalea, fotofobia, vómitos, confusión, letargia e irritabilidad, convulsiones. 	<ul style="list-style-type: none"> Estado mental alterado: Comportamiento, personalidad Defectos motores o sensitivos: Trastornos del habla o movimiento El 50% puede presentar crisis epilépticas en su evolución fiebre. Característicamente cursan sin rigidez de nuca ni otros signos meníngeos. 	<ul style="list-style-type: none"> La triada clásica de Osler (cefalea, fiebre y focalidad neurológica) está presente en el 50 % de los casos. Cefalea (>75 %). Focalidad neurológica: convulsiones, alteración del nivel de consciencia, signos de hipertensión intracraneal Hemiparesia, afasia, defectos campo visual (>60 %). Fiebre (<50 %). Puede desaparecer cuando se encapsula el absceso. Crisis comiciales (15-35 %). 	<ul style="list-style-type: none"> Convulsiones focales (52%) Cefalea (43%) Signos de irritación meníngea (<2%) Hidrocefalia obstructiva por quistes. Afectación ocular Arritmias
Dx	<ul style="list-style-type: none"> Inicial: fiebre + rigidez de nuca marcada+ signos meníngeos: (kerning y brudzinsky). Signos hipertensión intracraneal: papiledema, posición descerebración (se contraindica punción lumbar). Estándar de oro: punción lumbar + cultivo de LCR 	<ul style="list-style-type: none"> Análisis de LCR Estudios de neuroimagen, EEG. TAC Y RM <ul style="list-style-type: none"> En un paciente con encefalitis sugiere encefalitis herpética. Estudios neurofisiológicos <ul style="list-style-type: none"> El electroencefalograma (EEG) 	<ul style="list-style-type: none"> El diagnóstico microbiológico del absceso cerebral se basa en la punción-aspiración estereotáxica (también terapéutica). En la TC se observa un área focal hipodensa que capta contraste en anillo, con edema perilesional. La RM se considera superior a la TC. 	<ul style="list-style-type: none"> Elección: identificar cisticercosis neuroimagen: Inicial: TAC es mas sensible para quistes calcificados. RM: es mas sensible para fase quística o vesicular (cisticercos vivo). Segunda línea: ELISA: puede realizarse en LCR o sangre.
Tx	<ol style="list-style-type: none"> Profilaxis con dexametasona antes de iniciar antibiótico, excepto si aplican vancomicina. Antibióticos de elección: <ul style="list-style-type: none"> Primera línea: cefalosporina de 3ra: ceftriaxona/cefataxima. Segunda línea o alergia: Meropenem o cloranfenicol. Cultivo con resistencia a penicilinas: agregar vancomicina. Agregar ampicilina en caso de sospechar <i>L. Monocytogenes</i>. En caso de <i>M. Tuberculosis</i>: Antifímicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Medidas de soporte TX farmacológico. Aciclovir (10 mg/kg/8 h I.V. durante al menos 14 días) Es eficaz en la encefalitis herpética y por varicela-zóster, y debe instaurarse empíricamente en todo paciente con sospecha de encefalitis vírica en espera de los estudios de confirmación. 	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento empírico incluye una cefalosporina de 3.ª generación (cefotaxima o ceftriaxona) y metronidazol. En px con traumatismo craneal penetrante o neurocirugía reciente, el tratamiento debe incluir ceftazidima (o meropenem) por la posibilidad de <i>Pseudomonas</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Anticonvulsivante, esteroide. Albendazol: 15 mg/kg/día x 15 días. Praziquantel: 50 mg/kg/día x 15 días. Dexametazona: 0.5 - 4.5mg/día dividido en tres dosis x 10 días.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.

- Kumate. Infectología clínica, 18.a Edición, Fortino Solórzano. 2016.