

**Universidad del sureste
Campus Comitán
Medicina Humana**

Lizbet Noelia Estrada Carballo.

Tabla comparativa de infecciones encefalíticas

Enfermedades infecciosas.

6° "A"

Dr. Cristian Jonathan Aguilar Ocampo.

Comitán de Domínguez Chiapas a 11 de octubre de 2024

INFECCIONES ENCEFALITICAS

	MENINGITIS	ENCEFALITIS	ABCESO CEREBRAL	NEUROSISTICERCOSIS
DEFINICION	Inflamación de las cubiertas meníngeas que recubren el cerebro.	Inflamación del cerebro usualmente debido a una infección.	Infección intracerebral que inicia como un área de cerebritis localizada y evoluciona como pus	Es la infestación del sistema nervioso central (cerebro o musculo) con larva del Céstodo Taenia Solium
ETIOLOGÍA	Bacterias más aisladas (80%) son Streptococcus pneumoniae y Neisseria meningitidis	Los virus más importantes como causa de la encefalitis son VHS-1, VVZ, y menos frecuente Enterovirus	Se produce por una infección por: sinusitis, otitis media, foco dentario, endocarditis infecciosa, tras un traumatismo craneoencefálico o intervención neuroquirúrgica	Se adquiere por la ingesta de huevos de T. solium y eclosionan como larvas en el intestino y atraviesan la pared intestinal y migran vía hemática, músculos y SNC y forman los cisticercos.
CC	Meningitis bacteriana: fiebre, rigidez de cuello y alteraciones del estado mental.	Disfunción cefalica, estado mental alterado, trastornos del habla y movimiento, el 50% presenta crisis epilépticas, fiebre y cursan sin rigidez de nuca ni otros signos meníngeos.	Cefalea, fiebre, focalidad neurológica, colvulsiones, alteraciones a nivel de conciencia, signos de hipertensión intracraneal, hemiparesia, afasia, defectos del campo visual, crisis comiciales.	Depende de la respuesta inflamatoria del huésped (convulsiones focales, cefalea, signos de irritación meníngea, hidrocefalia obstructiva por quistes, afección ocular, arritmias.

INFECCIONES ENCEFALITICAS

	MENINGITIS	ENCEFALITIS	ABCESO CEREBRAL	NEUROSISTICERCOSIS
DX	<p>Clínico, estandar de oro: punción lumbar + cultivo de LCR</p>	<p>Punción lumbar. Estudios de neuroimagen, EEG (TAC Y RM). Demostración de ADN del virus herpes en el LCR mediante PCR (resultados tardíos)</p>	<p>Dx microbiológico del absceso cerebral (punción-aspiración estereotáxica). TC hipodensa con contraste de anillo con edema perilesional. RM superior a la TC.</p>	<p>Neuroimagen: TAC es más sensible para quistes calcificados. RM es más sensible para fase quística o vesicular (cisticerco vivo). 2da linea ELISA puede realizarse en LCR o sangre.</p>
TX	<p>Meningitis bacteriana: 1ra linea (ceftriaxona y cefotaxina), 2da linea (Meropenem y cloranfenicol), ampicilina (L Monocytogenes), Antifímicos (M.Tuberculosis). ATB impírico GPC. Dexametasona (0.15 mg/kg c/6 hrs por 2 a 4 días.</p>	<p>Medidas de soporte. Tx farmacológico. Aciclovir (10mg/kg/8h IV durante 14 días).</p>	<p>La elección del antibiótico depende la edad y la probable fuente de infección. Tx empírico en absceso cerebral adquirido en la comunidad con cefalosporinas de 3ra generación (cefotaxima o ceftriaxona) y metronidazol. Px con traumatismo craneoencefálico (ceftazidina o meropenem)</p>	<p>Albendazol: 15mg/kg/día x 15 días. Praziquantel: 50mg/kg/día x 15 días. Dexametasona: 0.5-4.5 mg/día dividido en tres dosis x 10 días.</p>

Bibliografía

Kumate. Infectología clínica, 18ª Edición, Fortino Solorzano.2016