Esmeralda Jiménez Jiménez

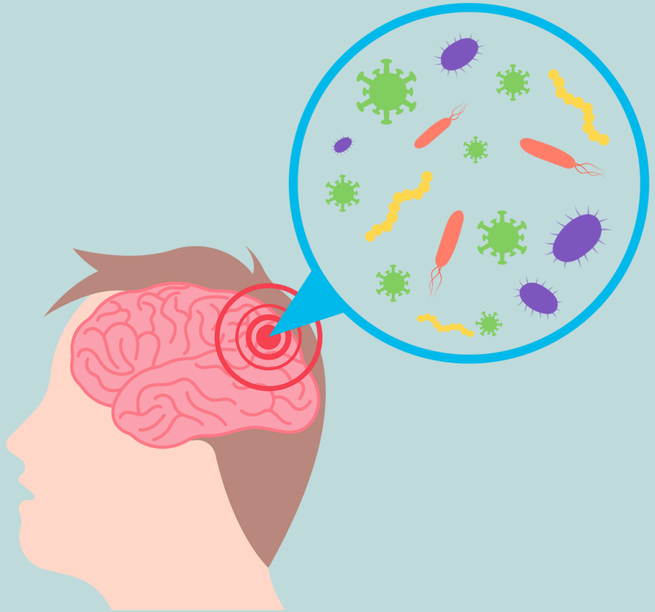
Dr. De la Rosa Pacheco Raul

Presentacion de Infecciones de SN

Neurologia

Comitan de Domínguez a 27 de Junio de 2025

INFECCIONES DEL SNC



Esmeralda Jiménez Jiménez
6-B
Neurología

Meningitis Viral

Definición

es la inflamación de las meninges causada por un virus.

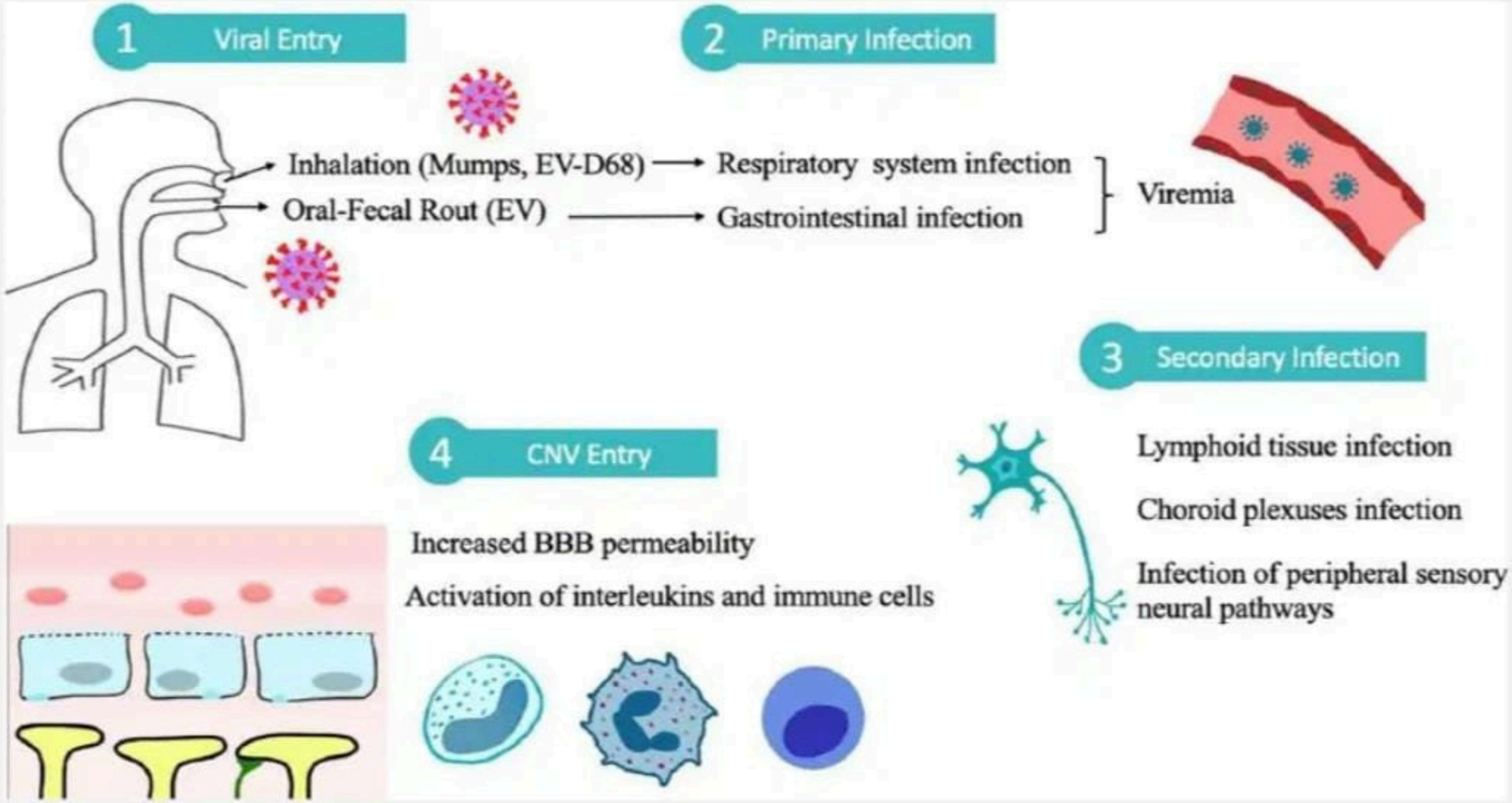
Es más común en niños pequeños, pero se observa en todos los grupos de edad.

es la inflamación de las meninges con un recuento celular anormal asociado en el líquido cefalorraquídeo

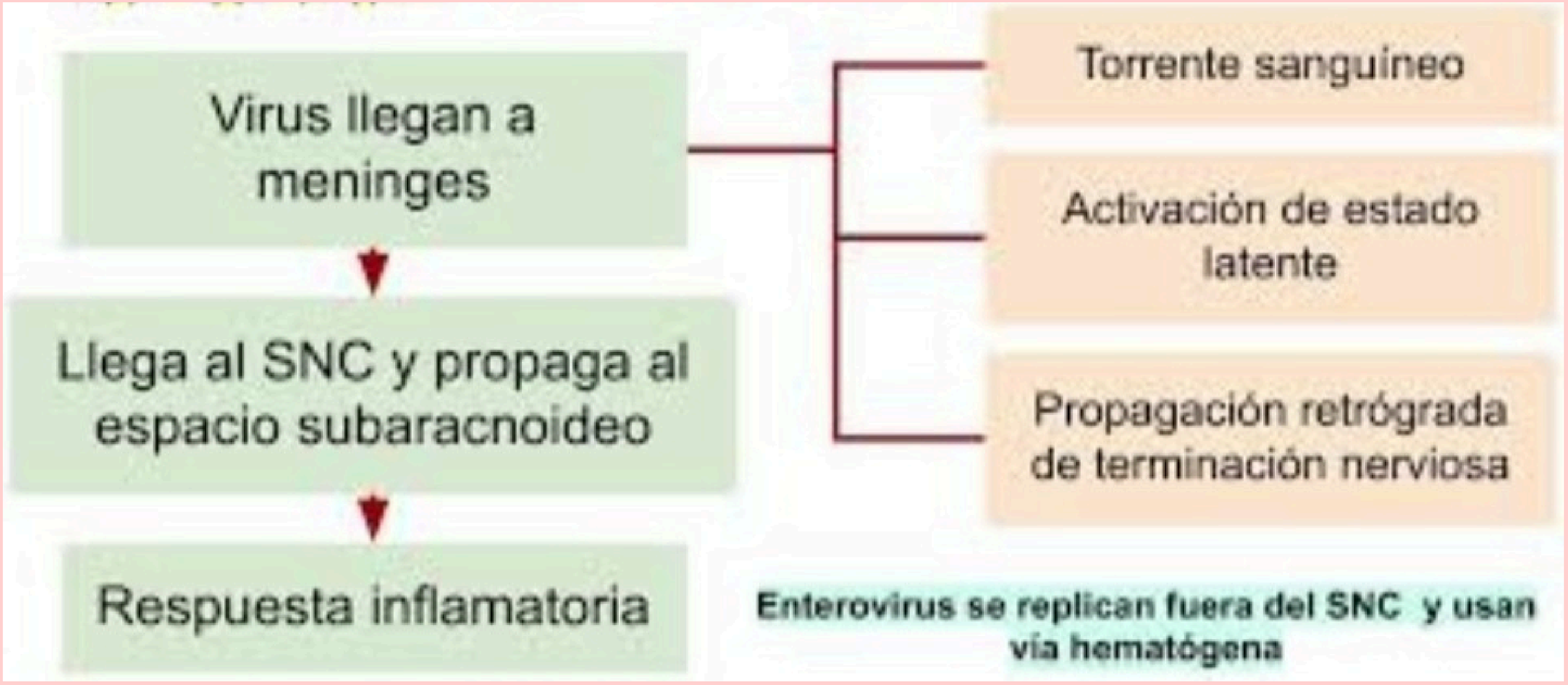
Epidemiología

- La meningitis viral se presenta con mayor frecuencia en niños pequeños, y su incidencia disminuye con la edad
- oscila entre 0,26 y 17 casos por cada 100 000 personas
- es más común en los meses de verano y otoño
- Los enterovirus son la causa más común

Fisiopatología

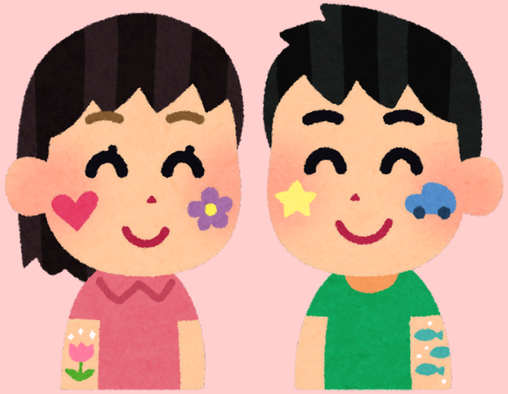


Fisiopatología



Cuadro clínico

- meningitis viral pueden variar según la edad y el estado inmunitario
- fiebre de inicio agudo,
- cefalea,
- fotofobia,
- rigidez de nuca
- náuseas/vómitos



Niños pequeños pueden presentar:

- fiebre e irritabilidad sin signos de irritación meníngea

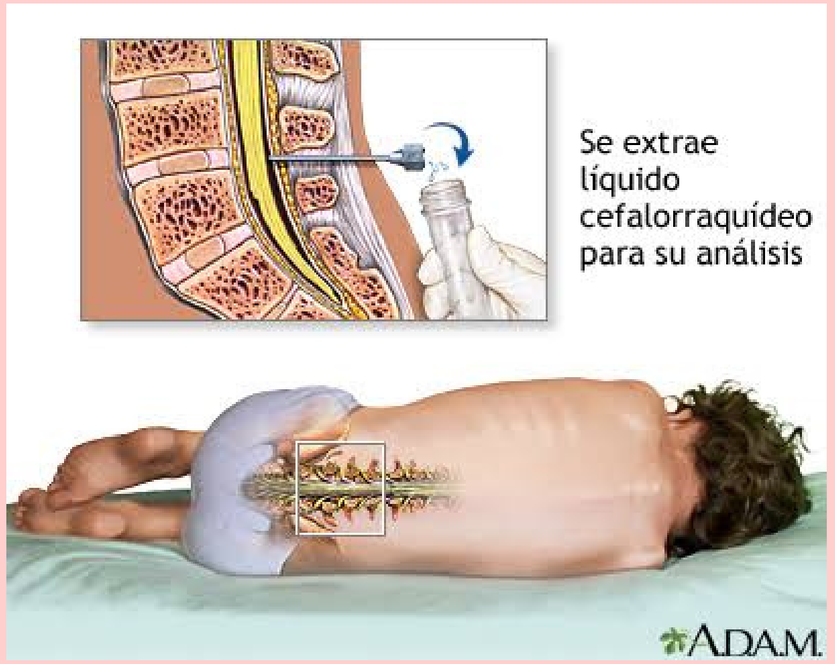
Evaluación

Punción lumbar

- es un procedimiento importante para diagnosticar meningitis, pero debe realizarse con precaución y solo cuando no hay contraindicaciones.

Contraindicaciones:

- Déficits neurológicos focales
- Papiledema
- Convulsiones recientes
- Edad de 60 años o más



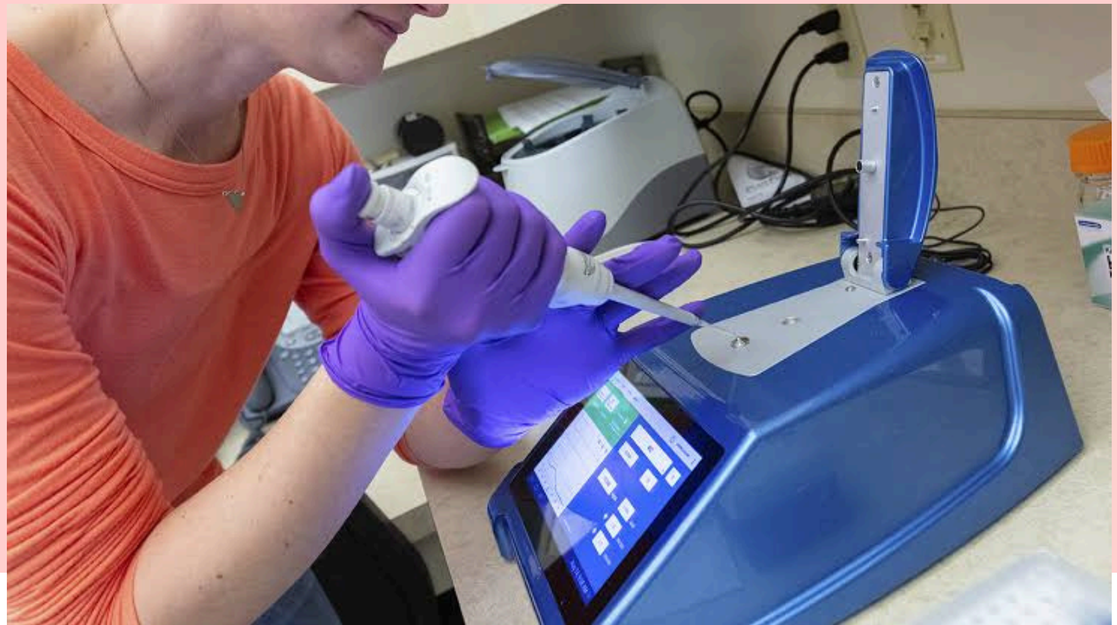
Se debe realizar un análisis de:

- líquido cefalorraquídeo (LCR),
- incluyendo recuento celular y diferencial,
- glucosa,
- proteínas
- cultivo y
- diagnósticos moleculares según estén disponibles

Pruebas de PCR:

- Se pueden utilizar para diagnosticar algunas causas de meningitis viral

- Ayudan a identificar el agente patógeno y guiar el tratamiento



Predictores de meningitis bacteriana:

- La escala de meningitis bacteriana (BMS) se utiliza para predecir meningitis bacteriana
- La BMS incluye predictores de laboratorio y clínicos
- Otros predictores individuales de meningitis bacteriana incluyen glucosa en LCR baja, leucocitos en LCR altos y lactato en LCR alto

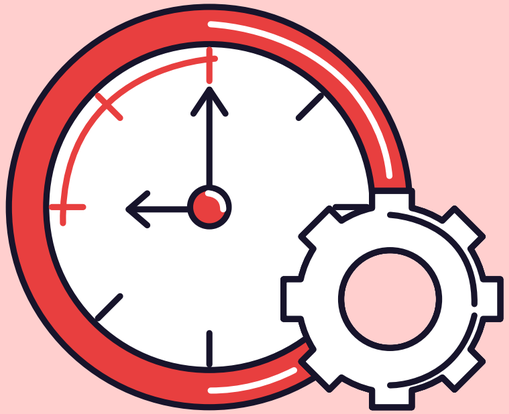
Bacterial Meningitis Score (BMS)	Presente	Ausente
Gram de LCR positivo	2 puntos	0 puntos
Recuento absoluto de neutrófilos en LCR ≥ 1000 cel/microL	1 punto	0 puntos
Proteínas en LCR ≥ 80 mg/dL	1 punto	0 puntos
Neutrofilia en sangre ≥ 10000 cel/microL	1 punto	0 puntos
Convulsiones antes o durante la presentación clínica	1 punto	0 puntos
BAJO RIESGO DE MENINGITIS BACTERIANA: SCORE = 0		
ALTO RIESGO DE MENINGITIS BACTERIANA: SCORE ≥ 2		

Tratamiento

La mayoría de los virus que causan meningitis no tienen tratamiento específico, por lo que el manejo se enfoca en medidas de soporte.

Pilares del tratamiento:

- Manejo de líquidos y electrolitos
- Control del dolor
- Observación para detectar complicaciones neurológicas y neuroendocrinas



Tratamiento empírico

- Debido a la dificultad para diferenciar la meningitis viral de la bacteriana, se suele indicar antibióticoterapia empírica hasta descartar la meningitis bacteriana.

- En px de un mes o más, el tto empírico puede consistir en vancomicina en combinación con ceftriaxona o cefotaxima mientras se esperan los resultados del cultivo

Tratamiento antiviral

- Si se sospecha encefalitis, se debe considerar el tratamiento antiviral empírico con aciclovir intravenoso.

- El aciclovir es la opción para infecciones sospechadas o confirmadas por VHS o VVZ.

Diagnostico Diferencial

- La meningitis puede ser causada por diversas etiologías, por lo que es importante considerar un diagnóstico diferencial amplio.

Etiologías infecciosas:

- Meningitis bacteriana parcialmente tratada (especialmente si el paciente recibió antibióticos previamente)
- Micoplasma
- Espiroquetas
- Micobacterias
- Brucella
- Meningitis o encefalitis fúngica

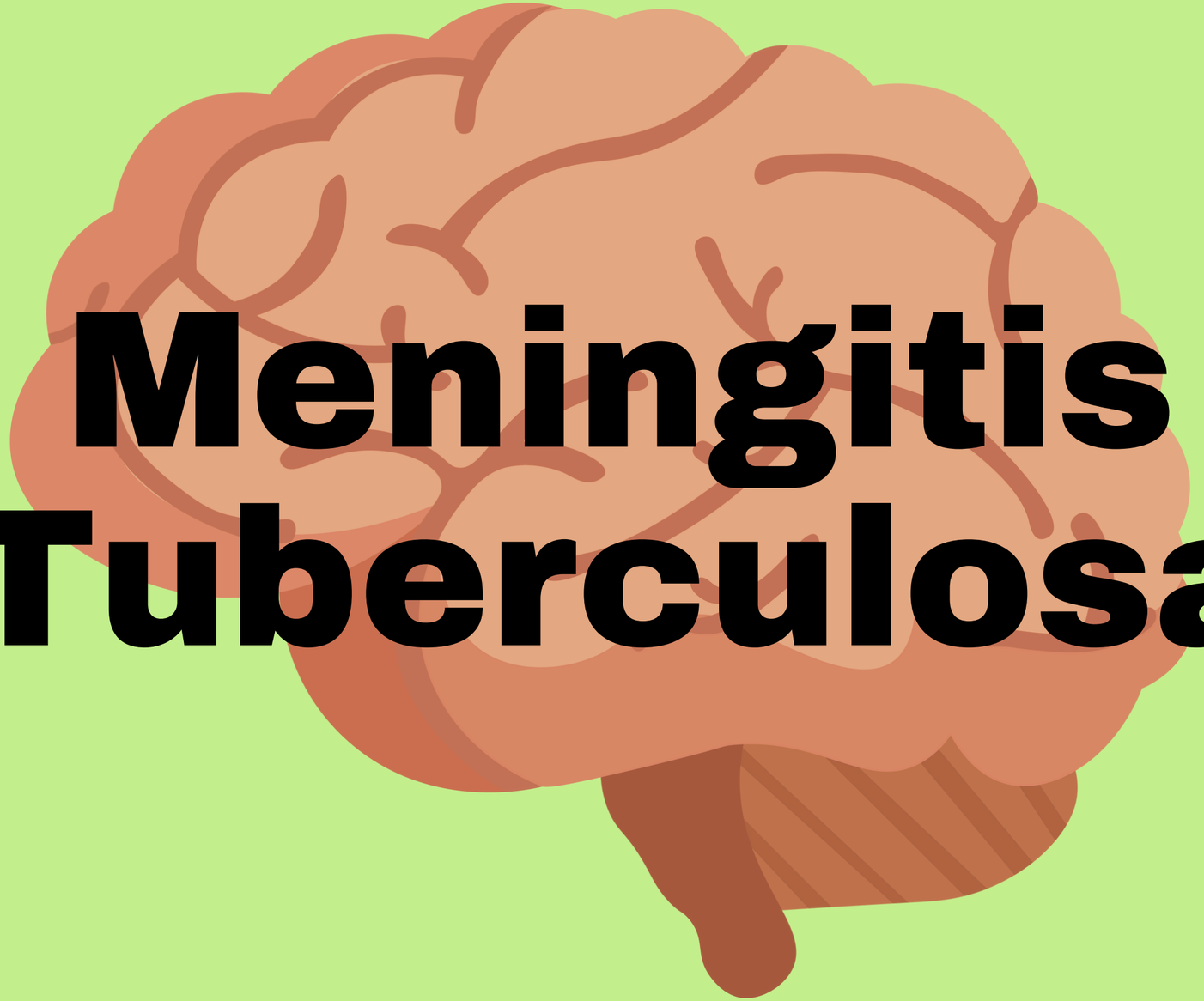
no infecciosas:

- Fármacos (AINE, trimetoprima-sulfametoxazol, inmunoglobulina intravenosa)
- Metales pesados
- Neoplasias
- Neurosarcoidosis
- Lupus eritematoso sistémico . Síndrome de Behcet
- Vasculitis

Consideraciones en niños:

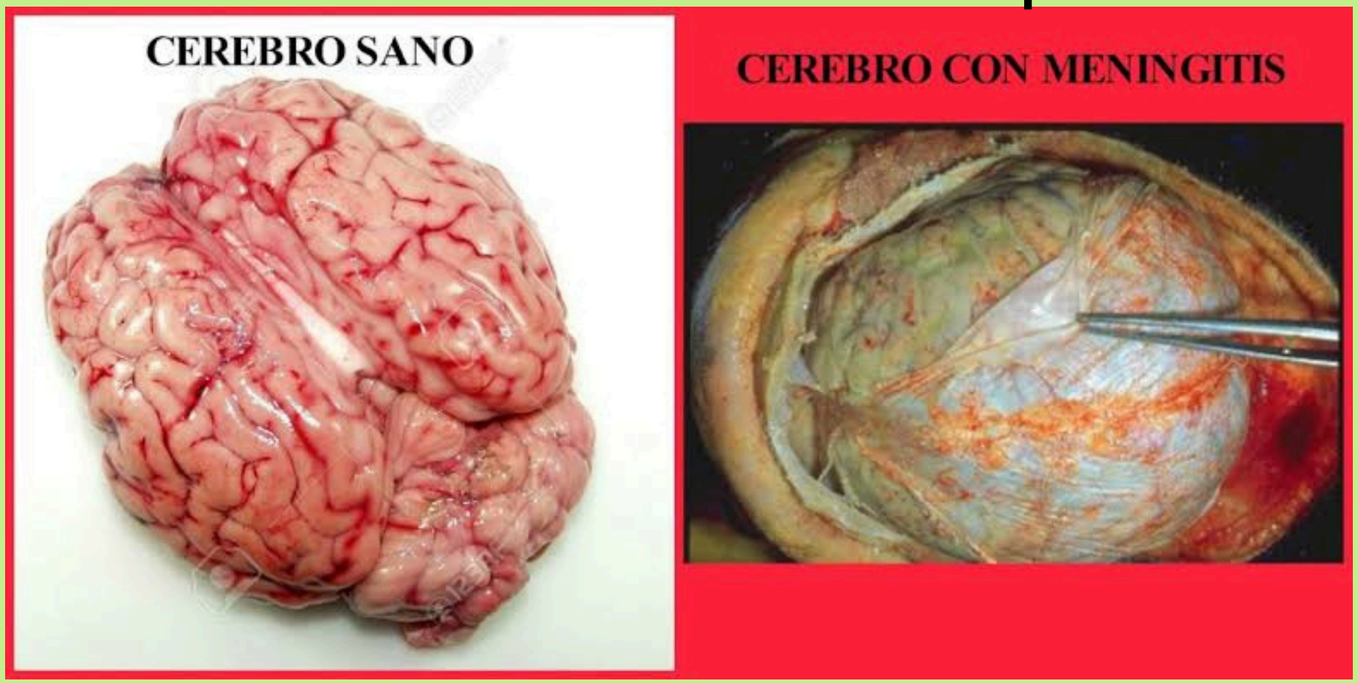
• La enfermedad de Kawasaki puede presentarse de manera similar a la meningitis bacteriana o viral.

Meningitis Tuberculosa



Definición

se produce por la proliferación de bacilos de MTB en las meninges y se caracteriza por la inflamación de las membranas (meninges) que rodean el cerebro o la médula espinal



Mycobacterium Tuberculosis

Fase Prodrómica:
2-4, semanas , Sintomas inespecifcos. como fatiga, malestar general, artralcias. mialgias y fiebre.

Fase Meningitica + CLinica de meningitis:

•Cefolea + Rigidez de nuca + Fiebre + Alteración estado mental.

•25% pacientes > Porálisis de pares craneales más frecuente es La del VI, sequida por la de los pares craneales II, IV, VII y VIII.

5%-10% pacientes--->hemiparesia edema de papila y crisis epilépticas
+ La mitad de los pacientes presenta hiponatremia por secreción inadecuada de hormona antidiurética.

ESTADIO I TEMPRANO	ESTADIO II INTERMEDIO	ESTADIO III AVANZADO
❑ *SINTOMAS Y SIGNOS NO ESPECIFICOS.* ❑ *NO SIGNOS DE MENINGITIS.* ❑ *NO TRASTORNO DE CONCIENCIA.* ❑ *NO DEFICIT NEUROLOGICO.*	❑ *LETARGIA Y/O DEMENCIA* ❑ *ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO.* ❑ *IRRITACION MENINGEA.* ❑ *DEFICIT NEUROLOGICO MENOR.* ❑ *PARALISIS DE NERVIO CRANEAL.*	❑ *ESTUPOR.* ❑ *COMA.* ❑ *SEVERO DEFICIT NEUROLOGICO.* ❑ *CONVULSIONES.* ❑ *MOVIMIENTOS ANORMALES.*

Diagnostico

- **Punción Lumbar**
- **Análisis LCR**

- **Pleocitosis Linfoctaria (200 celulas/ml).**
- **Nvel elevado de proteinas (200 mg/d) y**
- **Gucorraquia descendida.**
- **Los niveles de adenosina desominasa están elevados.**

ANÁLISIS LCR

	Presión de apertura (cm H20)	Leucocitos (Cel/µL)	Célula predominante	Proteínas (mg/dL)	Radio de glucosa
Tuberculosa	≤ 20 o >20	100 -500	Linfocitos	≥ 100	≤ 0.5

❖ ***Examen directo:***

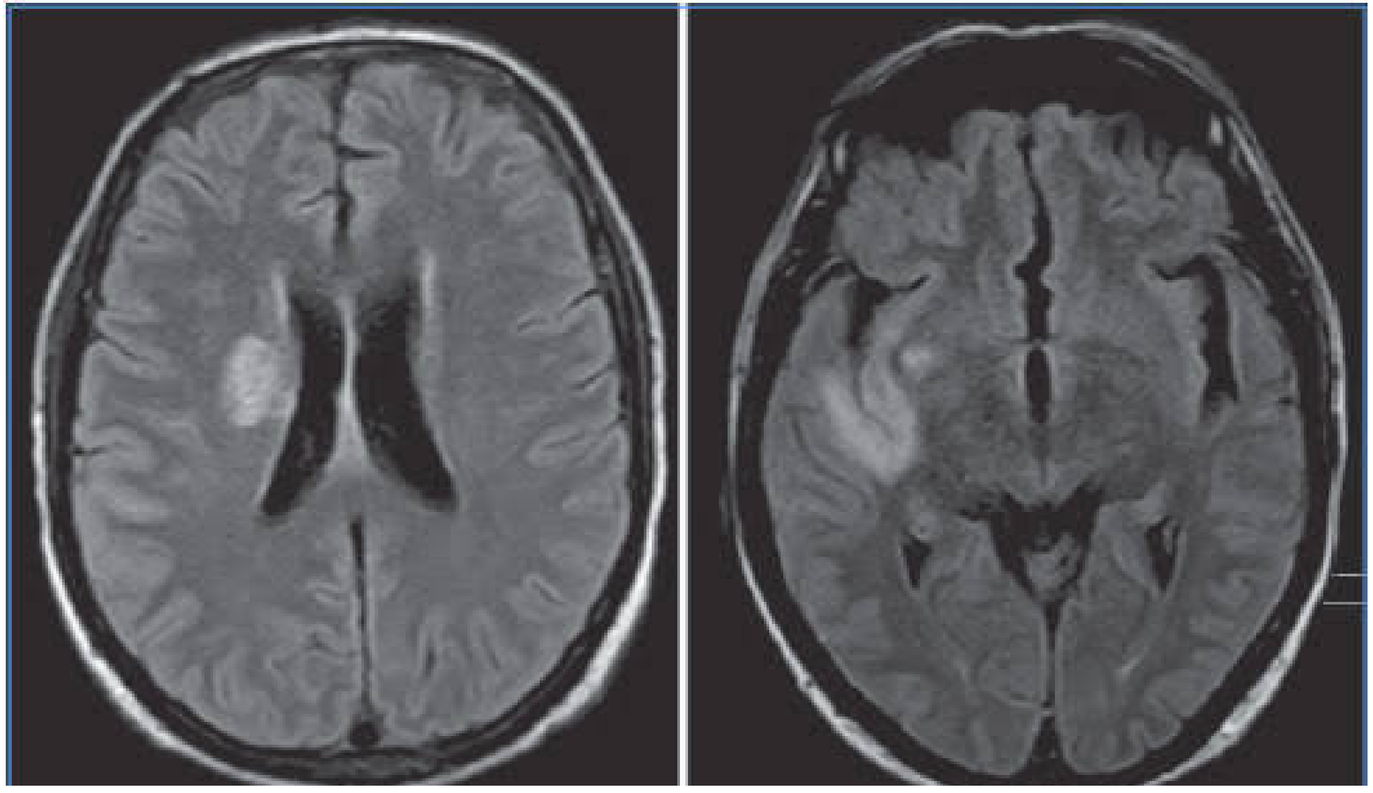
- *Tincion Ziehl-Neelsen:*
  - *. Detecta el Bacilo 25%.*
  - *. Analisis 4 muestras incrementa 87%.*
  - *. Aumentan la posibilidad de deteccion:*
    - ** Centrifugacion10-20ml x 30'.*
    - ** Frotis del sedimento.*
    - ** Puncion Lumbar seriada.*

❖ ***Cultivo:***

- ** Puede ser (+) 25%-75%.*
- ** Requiere 4-8 semanas para crecer.*
- ** Antibiograma.*

IMÁGENES

TAC CEREBRAL	Detecta hidrocefalia, lesiones vasculares, tuberculomas y afección de las meninges basales
RMN CEREBRAL	Mayor sensibilidad



Tratamiento

- **TBC CON COHPROHISO DEL SNS: TBC SENSIBLE**

Primera fase:	2 meses (HRZE) diario (50 dosis) +
Segunda fase:	10 meses (HR) diario (250 dosis)

Medicamentos	Primera Fase Diaria		Segunda Fase Tres veces por semana	
	Dosis (mg/Kg)	Dosis máxima diaria	Dosis (mg/Kg)	Dosis máxima por toma
Isoniacida (H)	5 (4-6)	300 mg	10 (8-12)	900 mg
Rifampicina (R)	10 (8-12)	600 mg	10 (8-12)	600 mg
Pirazinamida(Z)	25 (20-30)	2000 mg		
Etambutol (E)	20 (15-25)	1600 mg		

• + Corticoides

- **Se utiliza prednisona, en dosis de 1 mg/kg que se disminuye gradualmente a partir de las 2 semanas, con una duración total de 4-6 semanas.**

¡Muchas gracias!

por su atención