



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS COMITAN
LIC. EN MEDICINA HUMANA**



Nombre del Alumno:

Paul María Oropeza López

Nombre de la Materia: enfermedades infecciosas

Docente: Dr. Medillin Guillén Adolfo

Semestre: 6 Grupo: D

Comitán De Domínguez, Chiapas a 28 de febrero del 2025.

PATOLOGIA

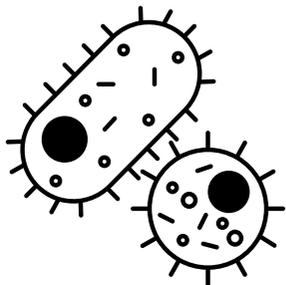
- Lesión endotelial
 - Factores predisponentes (válvulas dañadas, dispositivos intracardiacos).
- Colonización bacteriana
 - Adherencia de microorganismos al endotelio lesionado.
 - Formación de vegetaciones con fibrina y plaquetas.
- Respuesta inflamatoria
 - Activación del sistema inmune y daño valvular progresivo.

DEFINICION

- LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA (EI) SE DEFINE COMO LA INFECCIÓN QUE ASIENTA SOBRE EL ENDOCARDIO, YA SEA VALVULAR, SOBRE CUERDAS TENDINOSAS, MÚSCULOS PAPILARES, ENDOCARDIO MURAL O SOBRE CABLES DE MARCAPASOS O DESFIBRILADORES. LA LESIÓN CARACTERÍSTICA ES LA VEGETACIÓN.

A.CAUSAL

- STREPTOCOCCUS VIRIDANS
- STAPHYLOCOCCUS AUREUS
- ENTEROCOCCUS FAECALIS



F. DE RIESGO

- Presencia de prótesis valvulares cardíacas.
- Antecedente de endocarditis previa.
- Cardiopatías congénitas no reparadas o con defectos residuales.
- Uso de dispositivos intracardiacos, como marcapasos o desfibriladores.
- Edad avanzada, enfermedades renales crónicas, diabetes mal controlada, tratamiento con corticoides y malos procedimientos dentales

MENINGITIS

EPIDEMIOLOGÍA

La mitad de los casos suceden en sujetos con cardiopatías predisponentes, las más habituales son la presencia de válvulas protésicas, dispositivos intracardiacos, lesiones residuales de endocarditis previas o cardiopatías congénitas cianosantes no reparadas.

TRATAMIENTO

ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO
Estafilococo metilicilín sensible	Cloxacilina +/- gentamicina (válvulas protésicas)
Estafilococo metilicilín resistente	Vancomicina o daptomicina +/- gentamicina (válvulas protésicas)
Estreptococo	Penicilina G/ceftriaxona +/- gentamicina
Enterococo	Ampicilina + gentamicina/ceftriaxona
HACEK	Ceftriaxona

CLINICA

- Fiebre prolongada.
- Soplo cardíaco nuevo o cambios en uno preexistente.
- Manifestaciones embólicas, como petequias, lesiones de Janeway (manchas rojas indoloras en palmas y plantas) y nódulos de Osler (lesiones dolorosas en pulpejos de los dedos).
- Esplenomegalia (aumento del tamaño del bazo).
- Síntomas inespecíficos como fatiga, pérdida de peso y sudoración nocturna.

DIAGNOSTICO

- Criterios de Duke modificados, que incluyen hallazgos clínicos, microbiológicos y de imagen.
- Ecocardiografía, preferiblemente transesofágica, para detectar vegetaciones, abscesos o dehiscencia de prótesis valvulares.
- Hemocultivos positivos, que identifican el agente causal.

PATOLOGIA

1. Invasión del SNC:
 - Diseminación hematológica, contigüidad o inoculación directa.
2. Respuesta inflamatoria
 - liberación de citocinas (IL-1, IL-6, TNF- α).
 - Aumentos de la permeabilidad de la barrera hematoencefálica.
3. Edema cerebral y aumento de presión intracraneal:
 - Edema vasogénico, citotóxico e intersticial.

DEFINICION

La meningitis es la inflamación de las meninges, las membranas que rodean y protegen el cerebro y la médula espinal. Esta condición puede ser causada por diversos agentes infecciosos, siendo las bacterias y los virus los más comunes.

A.CAUSAL

BACTERIAS

- NEISSERIA MENINGITIDIS (MENINGOCOCO): FRECUENTE EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES.
- STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE (NEUMOCOCO): COMÚN EN NIÑOS PEQUEÑOS Y ADULTOS MAYORES.

VIRUS

- VIRUS DEL HERPES SIMPLE: PUEDE CAUSAR MENINGITIS, ESPECIALMENTE EN ADULTOS JÓVENES.
- ENTEROVIRUS: RESPONSABLES DE LA MAYORÍA DE LAS MENINGITIS VIRALES.

F. DE RIESGO

Edad

- Lactantes y niños pequeños
- Adultos mayores

Condiciones

- Inmunosupresión.
- Entornos comunitarios
- Infecciones de oído o senos paranasales.
- Traumatismo craneal o cirugías neurológicas recientes.

MENINGITIS

EPIDEMIOLOGÍA

La mortalidad es del 3-7% en la meningitis por *H. influenzae*, debida a *L. monocytogenes*; y del 20% en la neumocócica, que es la que condiciona mayor morbimortalidad.

TRATAMIENTO

- Las cefalosporinas de tercera generación (ceftriaxona, cefotaxima) son la base del tratamiento de la meningitis por neumococo y meningococo.
- Listeria presenta resistencia intrínseca a cefalosporinas, en pacientes con factores de riesgo hay que añadir empíricamente ampicilina.
- En casos confirmados de meningitis por Listeria se recomienda asociar cotrimoxazol o gentamicina al tratamiento con ampicilina.

CLINICA

Síntomas comunes:

- Fiebre.
- Cefalea intensa.
- Rigidez de nuca.
- Náuseas y vómitos.
- Fotofobia (sensibilidad a la luz).
- Alteración del estado mental, desde confusión hasta coma.

Signos meníngeos:

- Signo de Kernig: dolor al extender la pierna con la cadera flexionada.
- Signo de Brudzinski: flexión involuntaria de las caderas y rodillas al flexionar el cuello.

DIAGNOSTICO

Punción lumbar obtención y análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR) para evaluar:

- Conteo celular.
- Niveles de glucosa y proteínas.
- Tinción de Gram y cultivos para identificar el agente causal.

Estudios de imagen:

- tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (RM) del cerebro, especialmente si se sospechan complicaciones o hay signos neurológicos focales.

Bibliografía

- MANUAL AMIR INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA (12.^a edición).