



NOMBRE DEL ALUMNO:
KARINA DESIRÉE RUIZ PÉREZ

CARRERA: MEDICINA
HUMANA

ASIGNATURA:
INFECTOLOGÍA

DOCENTE: DR. GUILLERMO
DEL SOLAR VILLARREAL

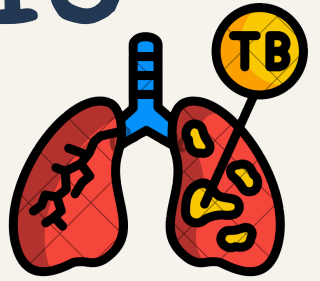
TEMA: TUBERCULOSIS
MENINGEA

SEMESTRE: SEXTO
SEMESTRE

FECHA: 28 DE MAYO DEL
2025.



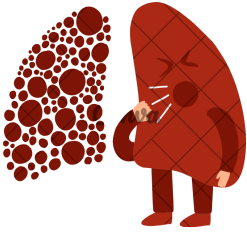
TUBERCULOSIS MENINGEA



¿QUÉ ES?



Es una forma extrapulmonar de tuberculosis causada por *Mycobacterium tuberculosis*, que afecta las meninges, las membranas que recubren el cerebro y la médula espinal.



Es una enfermedad infecciosa granulomatosa crónica y potencialmente mortal si no se diagnostica y trata de forma oportuna.

Afecta principalmente a niños < 5 años, adultos con VIH/sida y personas inmunocomprometidas

ETIOPATOGENIA



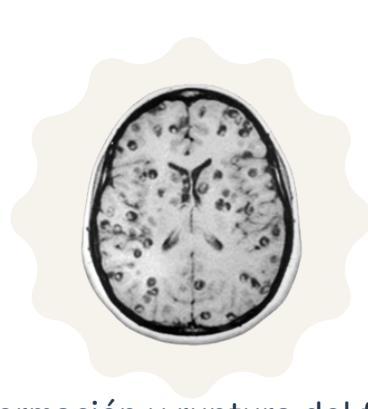
Infección primaria por *Mycobacterium tuberculosis*

- Generalmente en los pulmones.
- Puede pasar inadvertida o ser latente.



Diseminación hematológica

- El bacilo se disemina desde el foco pulmonar a otros órganos, incluyendo el SNC.



Formación y ruptura del foco de Rich hacia el espacio subaracnoideo

- Libera bacilos al LCR.
- Inicia una respuesta inflamatoria intensa.

1

FACTORES DE RIESGO

- Infección por VIH/SIDA.
- Desnutrición.
- Niños <5 años.
- TB pulmonar activa.
- Hacinamiento.

2

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Fase prodrómica (1 a 2 semanas):
Muchas veces se confunde con infecciones virales comunes.

- Fiebre persistente (moderada a alta)
- Malestar general
- Cefalea difusa
- Vómitos
- Irritabilidad o cambios de comportamiento (más notorio en niños)
- Letargia o somnolencia
- Anorexia y pérdida de peso

3

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Fase meníngea:
Aparecen síntomas neurológicos (inflamación de las meninges).

- Cefalea intensa y constante
- Signo de Kernig y Brudzinski positivos.
- Fotofobia
- Vómitos en proyectil.
- Convulsiones
- Somnolencia progresiva
- Alteración del estado de conciencia.

4

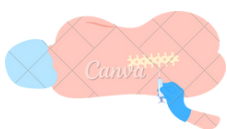
MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Fase paralítica o neurológica avanzada:
Existe daño cerebral severo y riesgo vital:

- Coma
- Paresias o parálisis.
- Parálisis de nervios craneales (II, III, VI y VII)
- Hidrocefalia
- Hipertensión intracraneal
- Crisis convulsivas recurrentes
- Muerte (si no se interviene a tiempo)

DIAGNÓSTICO

- Anamnesis/sospecha clínica.
 - Punción lumbar: aumento de PRT y disminución de glucosa.
 - Baciloscopia.
 - Cultivo de LCR: confirmatorio.
- PCR / GeneXpert MTB/RIF:
- Detecta TB y resistencia a rifampicina.
 - TAC/RM



TRATAMIENTO:

Fase intensiva (primero 2 meses)

- Isoniazida: 10–15 mg/kg/día (máx. 300 mg)
- Rifampicina: 10–20 mg/kg/día (máx. 600 mg; puede aumentarse en TB del SNC)
- Pirazinamida: 20–40 mg/kg/día (máx. 2000 mg)
- Cuarto fármaco: Etambutol o aminoglucósidos.



Fase de continuación

- Isoniazida + rifampicina.

Reducir inflamación:

- Dexametasona o prednisolona.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Secretaría de Salud. (2023). Panorama epidemiológico de la tuberculosis en México. Dirección General de Epidemiología.
- Cruz-Ruiz, R., & González-Duarte, A. (2022). Meningitis tuberculosa: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 74(2), 63–71.
- Méndez, L. V., & López, A. A. (2021). Tuberculosis meníngea en la infancia. *Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 38(2), 45–52.