



Universidad Del Sureste
Campus Comitán

Licenciatura en Medicina Humana



Tema:

Caso clinico

Alumno:

Cesar Enrique Utrilla Dominguez

Grupo: "A"

Grado: Octavo

Materia:

Urgencias

Docente:

Dr. Morales

Caso clinico

Paciente masculino de 25 años, previamente sano, estudiante universitario, sin antecedentes médicos relevantes. Hace 3 días inició con cefalea intensa, fiebre no cuantificada y malestar general. En las últimas 24 horas, presentó rigidez de cuello, náuseas y vómitos, junto con confusión y tendencia al sueño.

Acude a urgencias acompañado por su hermano, quien refiere que el paciente ha estado irritable y desorientado, además de presentar fotofobia. Refiere hace 15 días cursó con cuadro de faringitis bacteriana, la cual fue manejada con antibióticos (no recuerda cuál) el cual lo tomó por 7 días con mejoría gradual hasta recuperarse.

Exploración física:

- Tensión arterial: 110/70 mmHg
- Frecuencia cardíaca: 98 lpm
- Frecuencia respiratoria: 20 rpm
- Temperatura: 39.2°C
- Glasgow: 12/15 (ojos: 4, verbal: 3, motor: 5)

Neurológico

- **Rigidez de nuca marcada**
- **Signo de Kernig y Brudzinski positivos**
- **Fotofobia y leve alteración del estado de conciencia**
- **No déficit motor o sensitivo evidente:**

Estudios complementarios:

TAC de cráneo sin contraste

- Sin evidencia de hemorragia o efecto de masa

Punción lumbar:

- Aspecto de LCR: Turbio
- Presión de apertura: alto
- Células: 1,200 células/mm (90% neutrófilos)
- Proteínas: 180 mg/dL (elevadas)
- Glucosa: 30 mg/dL (baja, con glucosa sérica de 100 mg/dL)
- Gran del LCR: diplococos gran positivos (sugestivo de streptococcus pneumoniae)

Preguntas de caso

1. Explica la fisiopatología de la meningitis bacteriana en este paciente

R: Las bacterias que ocasionan meningitis colonizan la nasofaringe → donde pasan a través de la sangre o de soluciones de continuidad al sistema nervioso central.

Liberación de componentes de la membrana o pared celular bacteriana → estimula a los astrocitos → células de la macroglia y el endotelio vascular → producen gran cantidad de citocinas proinflamatorias

La respuesta inflamatoria → aumenta la permeabilidad de la barrera hematoencefálica por lesión del endotelio vascular.

Esto desencadena una entrada masiva de leucocitos en el espacio subaracnoideo → produciendo un aumento de la presión intracraneal y disminución del flujo sanguíneo cerebral.

2. ¿Cuáles son los principales factores de riesgo para meningitis bacteriana en adultos jóvenes?

R: antecedentes de enfermedades como neumonía, otitis media aguda y sinusitis aguda, antecedentes de neurocirugía, uso de drogas IV e inmunosupresión.

3. ¿Por qué se observa hipogluorraquia y pleocitosis en el LCR de este paciente?

R: la hipogluorraquia se debe a que las bacterias se alimentan y necesitan glucosa para poder llevar a cabo su supervivencia y replicación del agente causa dado que es una bacteria la que está presente, y la pleocitosis es debido a que es un proceso infeccioso bacteriano y los leucocitos son la primera línea de defensa en el cuerpo humano cuando se trata de un agente infeccioso desconocido en el cuerpo humano, por lo que se va a ver aumentado en el líquido céfalo raquídeo

4. ¿Cuáles son las principales diferencias entre una meningitis viral y una meningitis bacteriana?

R: en la meningitis viral, esta suele comenzar con síntomas de una infección vírica como lo es la fiebre, malestar general, cefalea y dolores musculares, en el líquido céfalo raquídeo este va a tener una apariencia clara, el conteo de leucocitos va a ser de 5 – 1000, las proteínas que se van encontrar van a ser <100, la glucosa del líquido va a estar normal y la presión de apertura va a ser >180 H₂O.

La meningitis bacteriana es un proceso inflamatorio agudo causado por bacterias, por el principal agente infeccioso de *Streptococcus pneumoniae* y en segundo lugar es *Neisseria meningitidis*, esta tendrá una trílogía y una pentada, en la trílogía consta de; rigidez de nuca, fiebre y alteración mental, la pentada aumenta lo que es cefalea extrema y vómitos, van estar presentes 3 signos presentes lo que es rigidez de nuca, kerning pierna extendida y flexiona la pierna va a realizarse una flexión de 90 grados y solamente será una flexión de 45 grados así mismo presentará un dolor insoportable para el paciente y el de Brudzinksky será con la elevación de la cabeza y el paciente va a flexionar las rodillas como forma de reflejo, el color del líquido céfalo raquídeo va a ser de una apariencia turbia o purulento, en el conteo de leucocitos va a ser de 1000 – 10,000, las proteínas dentro del líquido van a ser >50, con una glucosa disminuida de <45 mg/dL y con una presión de apertura de >180 H₂O.

5. ¿Cuál es el tratamiento empírico inicial para este paciente y que medidas de soporte deben implementarse?

R: tratamiento empírico con cefalosporinas de 3° generación como lo son la ceftriaxona/cefotaxima, con la dosis de ceftriaxona esta es de 2 gr cada 12 hrs o 24 hrs y la cefotaxima es de 2 gr cada 6 u 8 hrs, la tromboprolifaxis será a consideración en pacientes que no tengan coagulopatía y que son

considerados de alto riesgo tromboembólico venoso, se deberá de considerar un tratamiento anticoagulante para pacientes que presenten un deterioro neurologico, si se presentan crisis convulsivas se usaran anticonvulsivantes intravenosos como lo es la fenitoína o fosfenitoina,