

**Materia:**  
**Urgencias Médicas**

**Nombre del trabajo:**  
**Caso Clínico**

**Alumno:**  
**Luis Antonio Meza Puon**

**Grupo: "A" Grado: "8"**

**Docente:**  
**Dr. Jesús Alejandro Morales Pérez**

## Caso clínico

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)

1. Explica la fisiopatología de la meningitis bacteriana en este paciente  
R= Las bacterias que llegan a colonizar la nasofaringe, pasan a través de la sangre o soluciones de continuidad al SNC. La liberación de componentes de membrana estimula los astrocitos los cuales producirán gran cantidad de citocinas proinflamatorias, esta respuesta inflamatoria aumenta la permeabilidad de la barrera hematoencefálica, ello desencadena que entren leucocitos en el espacio subaracnoideo produciendo edema cerebral, lo cual aumenta la PIC y disminuye el flujo sanguíneo cerebral.
  
2. ¿Cuáles son los principales factores de riesgo para meningitis bacteriana en adultos jóvenes?  
R= Uso de drogas intravenosas e inmunosupresión, antecedentes de infecciones virales
  
3. ¿Por qué se observa hipoglucorraquia y pleocitosis en el LCR de este paciente?  
R= Una de las razones es porque es una meningitis bacteriana y ya hay una probable hipoxia cerebral secundaria a la inflamación. La pleocitosis debido a que los glóbulos blancos están respondiendo a los agentes de la meningitis.
  
4. ¿Cuáles son las principales diferencias entre una meningitis viral y una meningitis bacteriana?  
R= Meningitis bacteriana
  - Apariencia del LCR será turbio o purulento
  - Leucocitos 1000 – 10000 con predominio de PMN
  - Proteínas >50 g/dL
  - Glucosa <45 mg/dl
  - Presión de apertura >180 H<sub>2</sub>O
  - Algunos síntomas son: fiebre alta repentina, dolor de cabeza intenso, rigidez de cuello, náuseas y vómitos y confusión o dificultad para concentrarse

### Meningitis viral

- Apariencia del LCR será claro
- Leucocitos 5 – 1000 predominan mononucleares
- Proteínas <100 g/dl
- Glucosa normal
- Presión de apertura >180 H<sub>2</sub>O
- Algunos síntomas que produce son: dolor de cabeza, fiebre, sensibilidad a la luz y náuseas a vómitos

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

R= El tratamiento empírico en pacientes >5 meses y <50 años se utiliza Ceftriaxona a una dosis de 2 g c/12 o 24 hrs.

Se recomienda hacer una quimioprofilaxis a todas las personas que hayn tenido contacto cercano con el paciente a base de Rifampicina 600 mg c/12 h por 2 días o Ciprofloxacino 500 mg DU o Ceftriaxona 250 mg a 1 g IM o Endovenoso DU.