



Nombre del alumno: Jasson Yael López Ordoñez

Nombre del profesor: Dr. Jesús Alejandro Morales Pérez

Nombre del trabajo: *Caso clínico - Urgencias – 2da unidad*

Materia: Urgencias Médicas

Grado: 8vo

Grupo: A

Comitán de Domínguez, Chiapas, a 11 de abril
del 2025

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***

TAC de cráneo sin contraste:

- Sin evidencia de hemorragia o efecto de masa.

Punción lumbar:

- **Aspecto del LCR:** Turbio
- **Presión de apertura:** Elevada
- **Células:** 1,200 leucocitos/mm³ (90% neutrófilos)
- **Proteínas:** 180 mg/dL (elevadas)
- **Glucosa en LCR:** 30 mg/dL (baja, con glucosa sérica de 100 mg/dL)
- **Gram del LCR:** Diplococos Gram positivos (sugestivo de *Streptococcus pneumoniae*)

1.-EXPLICA LA FISIOPATOLOGIA DE LA MENINGITIS BACTERIANA EN ESTE PACIENTE

R.- *El paciente contrajo la infección meníngea debido a la diseminación de los microorganismos que un principio invadieron vías respiratorias superiores, para posteriormente, diseminarse de forma contigua, hematológica o linfática hasta las meninges, donde son reconocidas por el sistema inmunológico, comenzando el reclutamiento de gran cantidad de leucocitos polimorfonucleares en esa zona para fagocitar y destruir a las células invasoras; la hipoglucorraquia que se ve pudo determinar en el paciente es el resultado del consumo de la glucosa presente en el líquido cefalorraquídeo provocado por las bacterias que la metabolizan para conseguir energía; finalmente los signos meníngeos en el paciente son explicados debido a la inflamación causada por la respuesta inmunológica en esa zona anatómica, produciéndose una gran cantidad de citocinas lo cual termina por producir irritación meníngea y aumento de la presión intracraneal, siendo explicado así también, la aparición de otros signos y síntomas como la alteración del estado neurológico, las náuseas y vómitos, la fiebre y la rigidez de cuello,*

2.- ¿CUALES SON LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA MENINGITIS BACTERIANA EN ADULTOS JOVENES?

R.- *Antecedentes de infección respiratoria aguda, TCE penetrante y rinorraquia posterior a fractura de base de cráneo*

3.- ¿POR QUE SE OBSERVAN HIPOGLUCORRAQUIAS Y PLEOCITOSIS EN EL LCR DE ESTE PACIENTE?

R.- *Debido a la etiología bacteriana de la patología. Las bacterias consumen la glucosa presente en el LCR para poder metabolizarla como energía, lo cual genera la hipoglucorraquia; y la presencia de las bacterias en esta área produce reconocimiento de antígenos patógenos por parte de las células de la defensa primaria, dando así lugar a aumentar el reclutamiento en las meninges de leucocitos (principalmente PMN) para ayudar a la fagocitosis y destrucción de las bacterias patógenas.*

4.- ¿CUALES SON LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS ENTRE UNA MENINGITIS VIRAL Y UNA BACTERIANA

R.- *Aspecto del LCR → Bacteriana es purulento y Viral mantiene un aspecto normal*

Glucosa → Bacteriana genera hipoglucoorraquia y Viral no genera

Proteínas → Viral mayor cantidad de proteínas en LCR que en bacteriana

Pleocitosis → Bacteriana conteo alto de PMN y Viral bajo conteo y de predominio linfocítico

5.- ¿CUAL ES EL TRATAMIENTO EMPIRICO INICIAL PARA ESTE PACIENTE Y QUE MEDIDAS DE SOPORTE DEBEN IMPLEMENTARSE

R.- *Tratamiento inicial es a base de cefalosporinas de 3ra generación o como alternativa Meropenem y cloranfenicol*

Medidas de soporte → Realizar manejo ABC

→Administración de solución salina hipertónica al 3%

→Administración de antipirético para control de fiebre

→Administración de esteroide sistémico para ayudar a limitar el proceso

Inmunológico