



Gómez Méndez Francisco Miguel

Caso clínico

Primer parcial 2

Urgencias

Dr. Morales Perez Jesus Alejandro

8ºA

Comitán de Domínguez a 8 de abril del 2025.

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 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*)

CON LO ANTERIOR RESPONDE LO SIGUIENTE:

1. Explica la fisiopatología de la meningitis bacteriana en este paciente.
 - a. El agente causal – coloniza las mucosas.
La cual hay una unión en la nasofaringe en los receptores (PAFR Y B2)
El agente receptor de membrana la cual favorece su adhesión
 - b. Inicio a la proliferación
 - c. Invasión de la mucosa , lo cual provoca una infección (de senos paranasales o Apofisis masoides)
Ingresan a los vasos sanguíneos (no se pueden eliminar fácilmente porque poseen una capsula de polisacáridos)
Ingresan al torrente sanguíneo – hasta llegar al espacio subaracnoideo – vénulas postcapilares..
 - d. Llegan – migran a las meninges (se transportan de manera – transcelular o paracelular .
 - e. En el LCR – hay bajos anticuerpos por lo cual se adhesión es mas rápida.
 - f. Se adhieren y producen la respuesta inflamatoria
2. ¿Cuáles son los principales factores de riesgo para meningitis bacteriana en adultos jóvenes?
 - a. Defectos anatómicos (oídos)
 - b. Infección concomitantes (resfriado , neumonías , otitis y mastoiditis)
 - c. Alcoholismo
 - d. Ambientales
 - e. Inmunodeficiencias (enf,crónico degenerativas o vih)
 - f. Traumatismo TCE
 - g. Consumo de sustancias ilícitas .

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

La glucosa se encontraría en rangos menor o igual a 40 a 50 Mg /dl disminución por consumo o colonizaciones las bacetrias.

Pleocitos > 1.000 / mL

- Pleocitosis neutrofílica, es decir, un aumento de neutrófilos en el LCR
- Proteínas elevadas en el LCR

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

Parámetro	LCR Normal	MBA	Meningitis Viral	TBC
Aspecto	Transparente	Turbio	Claro	Claro
Glóbulos Blancos	≤ 5 /mm ³	1000 – 5000 / mm ³	100 – 1000 / mm ³	0 – 1500 / mm ³
% PMN	0%	$\geq 80\%$	Bajo %*	< 50%
Proteínas	15 – 45 mg/dL	100 – 500 mg/dL	↑↑	↑↑
Glucosa	50 – 80 mg/dL	≤ 34 mg/dL	Normal o ↓	Normal o ↓

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

- a. Hidroterapia solución isotónica 750 ml para 24 hrs . (descartar que tenga edema cerebral en caso de presentar suspender)

Medidas generales

- b. Cuidados generales de enfermería
c. Elevación de la cabecera a 30 °
d. Monitoreo de la PIC c/ 1 hr.
e. Hiperventilación para mantener paCO₂ 27 a 30 mmhg

Medicación todo por IV.

- f. Cefotaxima 2gr c/ 6 hrs .
g. Vancomicina dosis de 15 mg / kg c/ 12 hrs

Laboratorios

- h. Realizar análisis de LCR cuando el paciente en 48 hrs no tenga mejoría .
i. Realizar análisis de LCR cuando el paciente tenga fiebre persistente en 3 días .

Reportar eventualidades o mejoramiento del paciente al medico en turno.