



Universidad Del Sureste
Licenciatura en medicina humana
Campus Comitán



CASO CLINICO

MATERIA: URGENCIAS MÉDICAS

DOCENTE: Dr. Jesus Alejandro Morales

8° A

ALUMNOS:

CARLOS OMAR JACOB VELÁZQUEZ

Comitán de Domínguez Chiapas 11 de abril del 2025

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 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:

El paciente tuvo una infección de vías respiratorias superiores probable foco inicial, lo cual ocasiono una diseminación hematológica del patógeno hasta el SNC. Una vez en el LCR la bacteria provoco una reacción inflamatoria con daño a las meninges, lo cual ocasiono síntomas neurológicos agudos; cefalea intensa, vómito, rigidez de cuello, confusión y fotofobia

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

Pacientes con antecedentes de enfermedades como neumonía, otitis media aguda y sinusitis aguda

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

Hipoglucoorraquia: En la meningitis bacteriana las bacterias utilizan la glucosa como sustrato energético lo que reduce la concentración en el LCR y el consumo de glucosa por leucocitos activados.

Pleocitosis: La pleocitosis de este paciente se explica por el aumento de leucocitos como respuesta inmunológica del SNC ante la invasión del patógeno

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

Meningitis Bacteriana: inicio de síntomas súbito, rápido y progresivo, potencialmente mortal, fiebre elevada

Meningitis viral: inicio de síntomas mas lento, progresivo, leve a moderado, gravedad: autolimitada.

- La Viral tiene una apariencia de LCR claro, Leucocitos 5-1000 cel/mm³, Proteínas <100 g/dL, Glucosa Normal, Presión de apertura >180 H₂O
- La Bacteriana tiene una apariencia de LCR turbio, purulento, Leucocitos 1000-10000 cel/mm³, Proteínas >50 g/dL, Glucosa <45 mg/dl, Presión de apertura >180 H₂O

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

Ceftriaxona 2g cada 12 o 24 horas o cefotaxima 2g cada 6 u 8 horas

Monitoreo continuo de signos vitales y estado neurológicos

Anticonvulsivos si presenta convulsiones

Control de presión intracraneana