



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA
CAMPUS COMITÁN



Caso Clínico

Materia: Urgencias Médicas

Grado: 8°

Grupo: "A"

**Nombre del alumno:
Fátima del Rocío Salazar Gómez**

**Nombre del docente: Dr. Jesús Alejandro
Morales Pérez**

Comitán de Domínguez Chiapas a 07 de abril de 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*)

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

La bacteria ingresa al sistema respiratorio superior, ésta bacteria coloniza la nasofaringe, atraviesa la mucosa y penetra al torrente sanguíneo (bacteremia), a través del torrente sanguíneo la bacteria es conducida a capilares de leptomeninges y plexos coroideos, ésta invade el LCR y desata una cascada inflamatoria en las meninges produciéndose la activación de factores proinflamatorios que ocasionan la formación de exudado purulento o turbio favoreciendo la obstrucción del flujo del LCR y deteriorando su capacidad de reabsorción, desencadenando hidrocefalia, edema intersticial e hipertensión intracraneal.

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

- Neumonías
- Otitis media aguda
- Sinusitis aguda
- Faringoamigdalitis

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

Hay hipoglucorraquia porque es una infección bacteriana, éstas consumen glucosa para su metabolismo y con la inflamación que se produce en las meninges altera la barrera hematoencefálica lo que provoca la dificultad del paso normal de glucosa en el LCR.

La pleocitosis se observa debido al proceso inflamatorio agudo y en todas las infecciones se elevan las células como parte del sistema inmune para atacar la infección.

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

	BACTERIANA	VIRAL
Apariencia de LCR	Turbio, purulento	Claro
Leucocitos (cel/mm ³)	1,000 - 10,000 Predominan PMN	5 - 1,000 Predominan mononucleares
Proteínas	>50	<100
Glucosa	<45 mg/dl	Normal

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

Ceftriaxona 2g cada 12-24 hrs ó Cefotaxima 2g cada 6-8 hrs.

La duración del tratamiento antimicrobiano con base al agente patógeno sugestivo a S. Pneumonia es de 10-14 días.

- Paracetamol para cesar la fiebre y cefalea
- Monitoreo neurológico con Glasgow y monitoreo de signos de HT intracraneal
- Vigilar signos vitales
- Reposición de líquidos