

Materia:

Urgencias medicas

Nombre del trabajo:

Caso clínico

Alumno:

José Manuel López Cruz

PASIÓN POR EDUCAR

Grupo: "A"

Grado: "8"

Docente:

Dr. Jesus Alejandro Morales Pérez

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.

1. La bacteria entra en la mucosa, nasofaríngea y vasos sanguíneos. Resultando en una bacteriemia
2. Las bacterias plasmáticas invaden el líquido cefalorraquídeo
3. Se diseminan en las meninges y causan una respuesta inflamatoria intensa
4. La inflamación aumenta la presión de las arterias inter craneales
5. El aumento de presión comprime el tejido cerebral

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

Antecedentes infecciones respiratorias previas (otitis media aguda, neumonía, faringitis y sinusitis aguda de origen bacteriano)

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

Para la proliferación de las bacterias necesitan glucosa para poder llevar a cabo su replicación ya que el LCR es rico en glucosa. el otro proceso el cual hay una disminución de la glucosa es debido por el edema cerebral esto causando una disminución del transporte de glucosa. La pleocitosis de origen neutrofílico se debe por una respuesta innata el cual se liberan neutrófilos para poder fagocitar a las bacterias que están causando la enfermedad.

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

	Bacteriana	Viral
Apariencia de LCR	Purulento o turbio	Claro
Leucocitos	1000- 10000	5- 1000
glucosa	<45mg/dl	Normal
Proteínas	>50 g/dl	<100g/dl

El líquido cefalorraquídeo es de un color transparente en una meningitis viral, presentando una rigidez de cuello, náuseas, vómito.

En la meningitis bacteriana en el líquido cefalorraquídeo va ser de un aspecto purulento y de aspecto turbio.

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

Empírico: Ceftriaxona 2g c/12hrs

ó

Cefotaxima 2g c/ 12 hrs

- Toma de signos vitales
- Mantener en vigilancia
- Solución hipertónica al 3%
- Control de la presión intracraneana (posicionar a 30°)