



TEMA: caso clínico

**nombre del alumno: Paola Isabel
Díaz Sánchez**

Grado: 8

Grupo: A

Materia: Urgencias Medicas

**Nombre del docente: Dr. Jesús
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.

Se cree que algunos virus facilitan la entrada de agentes bacterianos a la circulación sanguínea; una vez ahí el microorganismo debe de escapar del sistema inmune del huésped (macrófagos, células NK, anticuerpos, neutrófilos.) Posteriormente, ocurren las siembras a distancia incluidas al sistema nervioso central. El mecanismo mediante el cual el agente infeccioso llega a tener acceso al espacio subaracnoideo aun es desconocido

Una vez en el sistema nervioso central los agentes causales tienden a sobrevivir debido a que el sistema inmune del huésped se encuentra limitado en este compartimiento. La existencia y el crecimiento del agente infeccioso, permanecen descontroladas e inducen la cascada de inflamación meníngea

2. ¿Cuáles son los principales factores de riesgo para meningitis bacteriana en adultos jóvenes? R: 1- Fiebre alta repentina

2.- No estar vacunado

3.- Contacto cercano con personas infectadas

4.- Ciertas condiciones médicas , como enfermedades recientes

5.- Consumo de ciertos medicamentos

6.- Sistema inmunitario debilitado

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

La hipoglucorraquia está presente en el LCR ya que se presenta una disminución de glucosa < 45 mg/dl

Pleocitosis; está presente ya que el LCR es turbio, se demuestra que tiene aumento de glóbulos blancos.

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

	Meningitis bacteriana	Meningitis viral
Rigidez en la aparición clínica	Muy agudo	agudo
Características clínica predominante	Signos meníngeos	Alteración de la conducta
Células en LCR	Aumento de células a expensas de polimorfonucleares	Aumento de células a expensas de mononucleares
Proteínas en LCR	Aumento de proteínas (>45 mg/dl)	Proteínas normales o ligeramente altas
Glucosa en LCR	Disminución de glucosa (<40 % de la sérica)	Glucosa normal o ligeramente disminuida

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

1.- mantener la estabilidad hemodinámica,

2., tener una adecuada oxigenación,

3., disminuir la hipertensión intracraneal

4.- elevar la cabecera de la cama unos 15- 30° manteniendo la cabeza en posición neutra, realizar una correcta analgesia y sedación,

5.-mantener una adecuada osmolaridad sanguínea

6.- usar agentes hiperosmolares como el suero salino hipertónico o el manitol

Tratamiento emepirico:

Ceftriaxona de 50 mg/kg cada 12 horas o 2gr/12hrs IV

Vancomicina de 15 mg/kg cada 6 horas o 1gr/8hrs IV