

**Universidad del sureste
Campus Comitán
Licenciatura en Medicina Humana**

Caso clínico

Nombre: Morales Cano Anayancy.

Grupo: "B"

Grado: Octavo semestre

Materia: Urgencias médicas

**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:

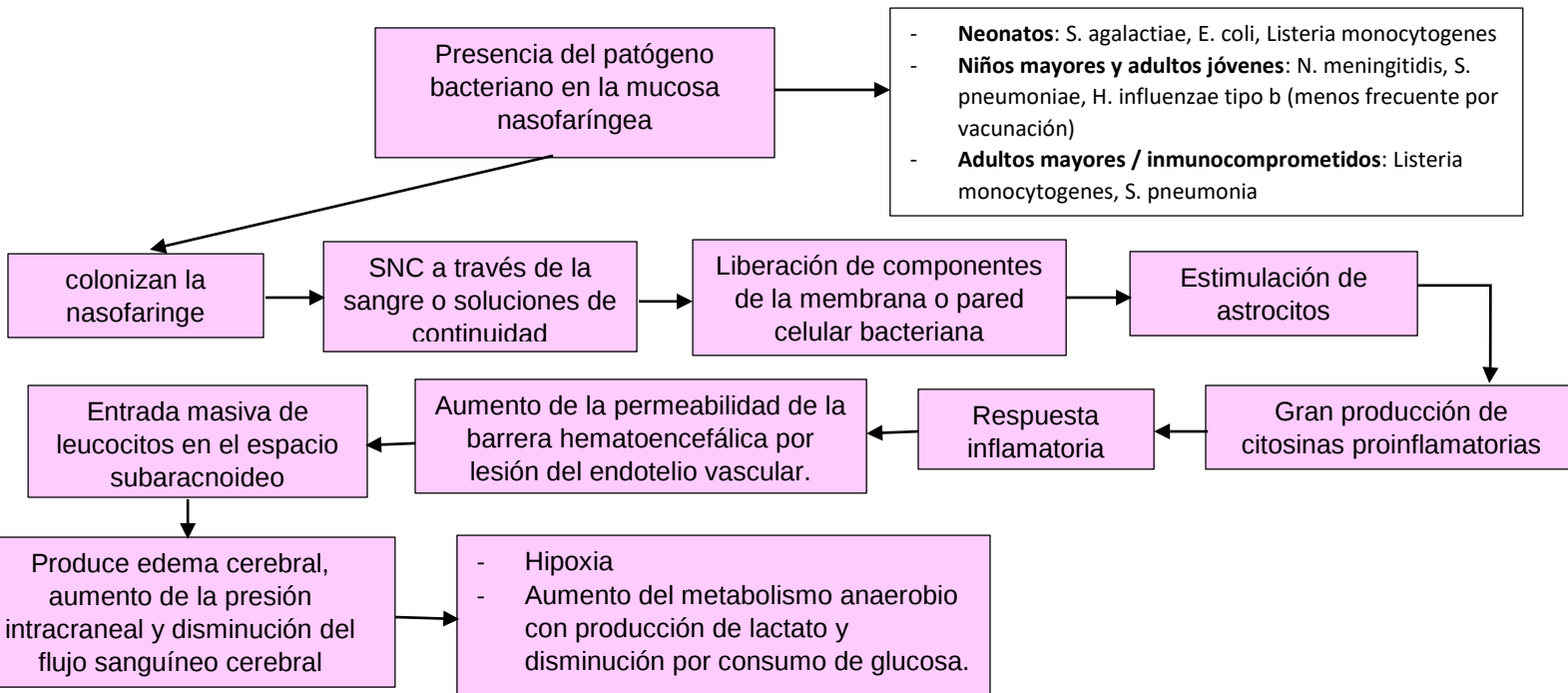
- Sin evidencia de hemorragia o efecto de masa.

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.



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

- Enfermedades respiratorias previas
- Neumonías
- Otitis Media Aguda y sinusitis aguda (S. Aureus)
- Antecedentes de neurocirugía
- Uso de drogas IV
- Inmunosupresión

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

La hipoglucorraquia se presenta dado a que las bacterias consumen glucosa y como se transporta menos glucosa en el líquido cefalorraquídeo, los niveles de disminuyen. Y la pleocitosis se presenta debido a la respuesta inflamatoria.

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

Meningitis bacteriana	Meningitis viral
- Más grave, requiere antibióticos urgentes - LCR Turbio purulento Leucocitos 1000-10.000 Polimorfonucleares Proteínas >100 Glucosa <45 mg/dl	- Suele ser autolimitada - LCR Claro Pleocitosis 500-1000/mcL Leucocitos 5-1000 Proteínas <100 mg/dl Glucosa normal

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

Estabilización hemodinámica

Iniciar oxigenación suplementaria (si amerita)

Iniciar tratamiento antimicrobiano empírico en la primera hora con:

- Betalactámicos
Penicilinas, Amoxicilina (300-400 mg/kg/día c/4-6h iv (niños), 2 g c/3-4h iv (adultos) o Ampicilina 200- 400 mg/kg/día c/6 horas
- Cefalosporinas de 3ra generación como la ceftriaxona 2gr c/12 hr

Iniciar terapia antiinflamatoria con Dexametasona 0.15mg/kg cada 6 hrs los primeros 4 días (la primera dosis junto con ATB)

Vigilancia de líquidos y electrolitos

Medidas para control de la PIC:

- Administrar soluciones hipertónicas
- Elevación de la cabecera
- Administración de manitol.