

Universidad del sureste
Campus Comitán

Licenciatura en Medicina Humana

Tema: Caso Clínico

Docente: Dr. Jesús Alejandro Morales Pérez

Alumno: Iván Alonso López López

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: Octavo Semestre
Grupo "B"

Materia: Urgencias Medicas

Caso Clínico

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:

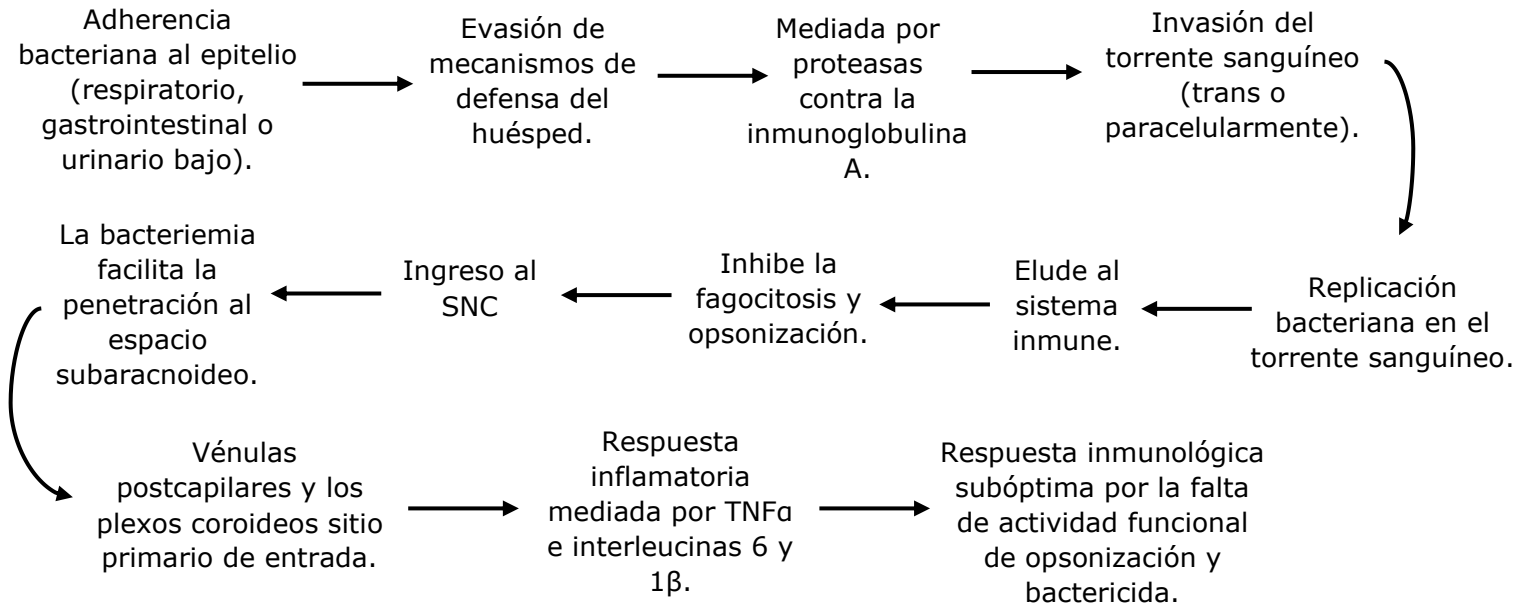
- Sin evidencia de hemorragia o efecto de masa.

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?

Pacientes con neumonía, pacientes con otitis media aguda y sinusitis aguda.

Otros: Pacientes de edad avanzada, fumadores, diabéticos, alcohólicos quienes desarrollan rinorrea de líquido cefalorraquídeo posterior a una fractura de base de cráneo y personal de salud.

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

La hipoglucorraquia se debe a la glucosa presente en el LCR ya que favorece el metabolismo bacteriano y a la proliferación de las mismas.

La pleocitosis se encuentra presente debido al aumento de leucocitos presentes en el LCR e indica inflamación o infección del SNC.

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

Meningitis Viral: Es la más común, virus causantes de gripe, resfriado, diarreas y fiebres, causa cefalea, fiebre, rigidez de nuca, malestar general, tos, dolores musculares, vómitos, pérdida de apetito y en LCR Leucocitos/ μ l < 500 linfocitos, Proteínas normales o < 100, glucosa normal y aspecto normal.

Meningitis bacteriana: Rara y puede ser mortal, causa fiebre, dolor de cabeza, vómitos, somnolencia o irritabilidad, fotofobia, rechazo alimentario, erupciones cutáneas, convulsiones, en el LCR se observa leucocitos de células polimorfonucleares 1000-1500, proteínas >100, glucosa <40 y de aspecto turbio.

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

Ceftriaxona 2g cada 12 horas

o Cefotaxima 2g cada 6 u 8 horas.

Medidas de soporte:

Paracetamol 1g cada 6 horas.

Medios físicos para disminuir la fiebre.

Observar mejoría del estado de conciencia.

Punción lumbar para determinar el agente causal exacto y comenzar tratamiento antimicrobiano específico.

En caso de edema cerebral administrar manitol al 20% I.V en bolos de 1g/Kg durante 10-15 min repitiendo dosis cada 4 a 6 horas o intervalos más frecuentes con dosis de 0.25 g/Kg cada 2 a 3 horas para mantener una osmolaridad entre 315 a 320 mOsm/l.

Si presenta crisis convulsivas administrar anticonvulsivantes como fenitoína 15-20 mg/Kg en bolo endovenoso para 1 hora y dosis de mantenimiento de 125 mg cada 8 horas, 12 horas después de la dosis de impregnación.

Bibliografía

GUIA DE PRACTICA CLINICA GPC-Diagnostico tratamiento y prevención de la meningitis bacteriana aguda Recuperado el 9 de abril de 2025, de <https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-310-10/ER.pdf>