

**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:

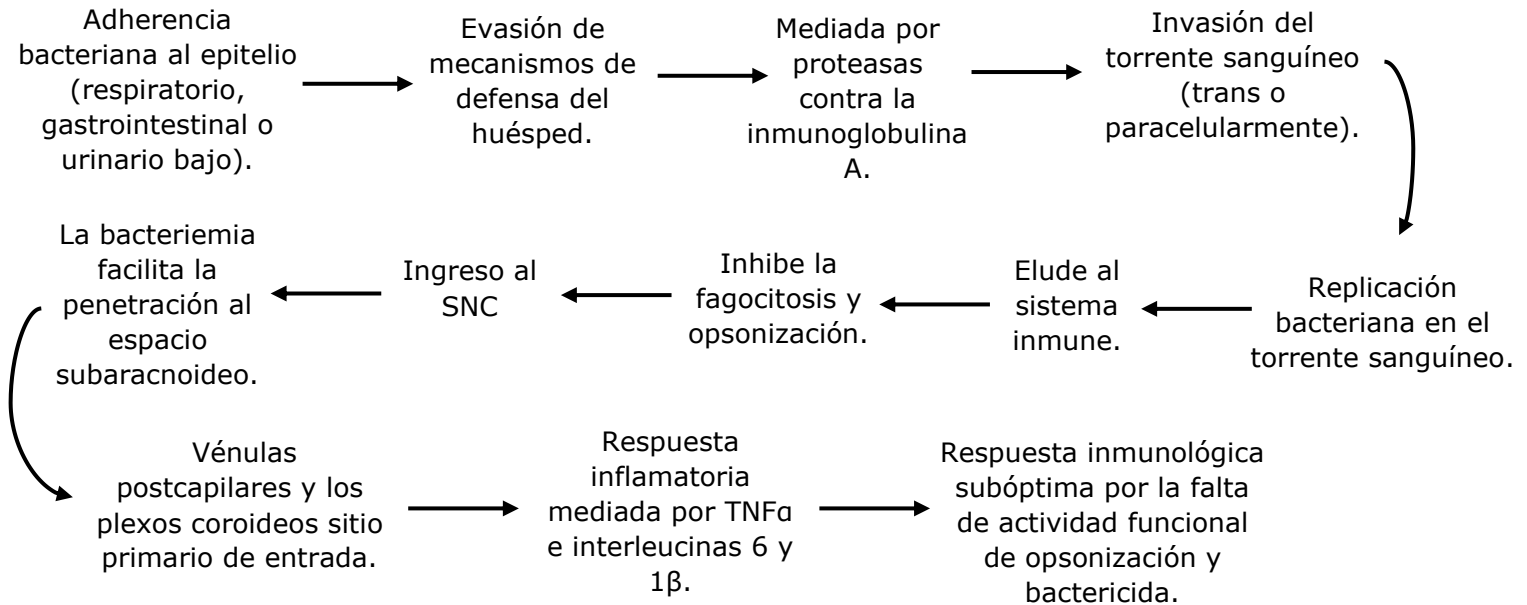
- Sin evidencia de hemorragia o efecto de masa.

Punción lumbar:

- **Aspecto del LCR:** Turbio
- **Presión de apertura:** Elevada
- **Células:** 1,200 leucocitos/mm<sup>3</sup> (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, antecedentes de neurocirugía, uso de drogas intravenosas, inmunosupresión.

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 en niños, es autolimitada, 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/ $\mu$ l < 500 linfocitos, Proteínas normales o < 100, glucosa normal y aspecto normal.

**Meningitis bacteriana:** Más común en adultos y puede ser mortal, requiere de antibióticos urgentes, 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?**

Iniciar ATB empírico <1 hora, no retrasar el tratamiento por la punción lumbar

Ceftriaxona 2g cada 12 horas de 10-14 días

o Cefotaxima 2g cada 6 u 8 horas 10-14 días

Terapia antiinflamatoria con dexametasona 0.15 mg/Kg cada 6 horas los primeros 4 días e iniciar junto con primera dosis de ATB

**Medidas de soporte:**

Paracetamol 1g cada 6 horas.

Medios físicos para disminuir la fiebre.

Líquidos intravenosos para deshidratación del paciente de acuerdo a plan de hidratación.

Observar mejoría del estado de conciencia mediante Glasgow.

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>