



Mi Universidad

Caso clínico

Freddy Ignacio Lopez Gutierrez.

Caso clínico de la 2 unidad.

2do parcial

Urgencias Médicas.

Dr. Morales Pérez Jesús Alejandro.

Licenciatura en Medicina humana

8vo semestre Grupo C

Comitán de Domínguez, Chiapas. 09 de abril de 2025

- **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.

En este paciente, la infección bacteriana por *Streptococcus pneumoniae* probablemente se originó a partir de una faringitis previa. La bacteria pudo haber llegado al torrente sanguíneo y, posteriormente, atravesado la barrera hematoencefálica. Una vez en el espacio subaracnoideo, las bacterias provocan una intensa respuesta inflamatoria que aumenta la presión intracraneal y altera el flujo sanguíneo cerebral.

La inflamación también afecta la producción y reabsorción del líquido cefalorraquídeo (LCR), lo que contribuye al aumento de la presión intracraneal y a la formación de edema cerebral. El daño a las neuronas generado por esta inflamación se debe tanto a la toxicidad de la bacteria, que puede inducir la muerte celular (apoptosis), como a la liberación excesiva de neurotransmisores excitatorios, como el glutamato. Este exceso de estimulación neuronal puede provocar la muerte o el daño de las células nerviosas.

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

1. Infecciones respiratorias previas (como la faringitis en este caso).
2. Otitis media o sinusitis.
3. Traumatismo craneoencefálico.
4. Procedimientos neuroquirúrgicos.
5. Inmunodeficiencia
6. Tabaquismo (activo o pasivo).
7. Alcoholismo.
8. Inmunosupresión (aunque no se presenta en este paciente)

9. Traumatismos craneoencefálicos o procedimientos neuroquirúrgicos recientes

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

Hipoglucorraquia: Las bacterias consumen la glucosa presente en el LCR, lo que resulta en una disminución de los niveles de glucosa. La relación glucosa LCR/glucosa sérica normalmente es mayor o igual a 0,5 y en este caso es menor de 0,3. FORMULA: LCR/glucosa en suero=0.3

Lo normal es: mayor o igual 0.5 y 0.75 Pleocitosis: La inflamación meníngea induce una respuesta inmunitaria, con migración de leucocitos al LCR, especialmente neutrófilos, lo que causa el aumento en el recuento celular.

En este paciente: Células: 1,200 leucocitos/mm³ (90% neutrófilos)

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

Características	Meningitis bacteria	Meningitis viral
Inicio	Brusco, de rápida progresión	Más gradual, curso más leve
Fiebre	Alta y persistente	Moderada o ausente
Estado mental	Frecuentemente alterado (confusión, somnolencia, coma)	Generalmente conservado
LCR-aspecto	Turbio	Claro
LCR-celularidad	Alta (>1000 leucocitos/mm ³), predominio de neutrófilos	Moderada (<500 leucocitos/mm ³), predominio de linfocitos
LCR-glucosa	Disminuida (<40 mg/dL)	Normal o ligeramente disminuida
LCR-proteínas	Elevadas	Ligeramente elevadas o normales

Gram en LCR	Positivo (bacterias visibles)	Negativo
Evolución sin tx	Grave, potencialmente mortal	Generalmente benigna, autolimitada

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

Tratamiento antibiótico empírico inicial:

- **Ceftriaxona** (2 g IV cada 12 horas) o **Cefotaxima**
- **Vancomicina** (15–20 mg/kg IV cada 8–12 horas) → para cubrir cepas resistentes de *S. pneumoniae*
- En algunos casos, se añade **Dexametasona** (10 mg IV cada 6 horas por 4 días), iniciada antes o junto con el primer antibiótico, para reducir la inflamación y prevenir complicaciones neurológicas.

Medidas de soporte:

- Monitorización neurológica continua (evaluación de Glasgow)
- Manejo de la fiebre (antipiréticos)
- Hidratación y control de electrolitos
- Oxigenación adecuada y control de la presión intracraneal si es necesario
- Hospitalización en unidad de cuidados intensivos si hay deterioro del estado de conciencia