



Mi Universidad

CASO CLINICO

Bryan Reyes González.

CASO CLINICO.

Segundo Parcial.

Urgencias Médicas.

Dr. Jesús Alejandro Morales Pérez.

Licenciatura en Medicina Humana.

8° semestre grupo C.

Comitán de Domínguez, Chiapas a 11 de abril del 2025.

Desarrollo de la actividad:

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.

- La MBA se desarrolla cuando los factores de virulencia del germen superan los mecanismos de defensa del huésped.
- La bacteria coloniza la mucosa del huésped
- Invade y sobrevive el torrente sanguíneo, evitando la actividad bactericida del complemento por la vía alternativa
- Por el contrario, la activación de la vía clásica puede contribuir al daño tisular. Las patologías que cursen con déficit de componentes del complemento, en el sistema de la properdina o la disfunción esplénica, favorecen la bacteriemia por disminución de la capacidad de opsonofagocitosis.
- Esta cruza la barrera hematoencefálica
- Se multiplica en el LCR por la inadecuada inmunidad humoral.
- La liberación del producto bacteriano da lugar a la liberación de citoquinas y otros mediadores que inician la respuesta inflamatoria y dañan la BHE, permitiendo la entrada de células inflamatorias en el sistema nervioso central (SNC). Esto puede dar lugar a edema cerebral vasogénico, pérdida de la autorregulación cerebrovascular y elevación de la presión intracraneal (PIC) con la consiguiente hipoxia, isquemia y lesión de las estructuras parenquimatosas y vasculares cerebrales.

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

- Enfermedades respiratorias previas
- Antecedentes de neurocirugías
- Uso de drogas IV
- Inmunosupresión
- Traumatismo craneal penetrante

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

- La GPC menciona que la hipogluorraquia en el LCR se da cuando la glucosa en el LCR es menor a 40 mg
- También menciona que la pleocitosis es cuando hay aumento en el recuento de leucocitos en el líquido cefalorraquídeo que es > 1000 a 5000 células, o cuando <100 a $>10,000$ células en este caso es de $1,200$ leucocitos/mm³

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

Meningitis bacteriana: es menos común que la viral, pero puede afectar a cualquier persona de cualquier edad. Muchas bacterias diferentes pueden causar meningitis, pero las más comunes a nivel mundial son la meningitis por meningococo, la neumocócica y la *Haemophilus influenzae*. La meningitis bacteriana puede presentarse junto con la sepsis, que es la forma más mortal de la enfermedad y, a menudo, también implica la invasión de la sangre por las bacterias. La sepsis puede presentarse con o sin meningitis bacteriana. – **ES MAS GRAVE Y REQUIERE DE ANTIBIOTICOS**

Meningitis Virales: La meningitis viral es el tipo más común de meningitis en adultos y niños mayores. Puede ser causada por muchos virus diferentes, pero los más comunes son el virus del herpes simple (normalmente el mismo tipo de virus que causa el herpes genital), el virus de la varicela o culebrilla (también conocido como virus de la varicela zóster) y el enterovirus. De estos, los enterovirus son los más comunes – **SUELE SER AUTOLIMITADA**

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

De primera elección es ceftriaxona 2g cada 12 o 24 hrs o cefotaxima 2g cada 6 u 8 hrs.

- 1.- Se debe dar estabilización con (ABCD urg)
- 2.- Oxigenación (si lo amerita)
- 3.- Antibióticos betalactámicos como la penicilina, amoxicilina, ampicilina)
- 4.- Disminuir inflamación con dexametasona de 0.15mg/kg