



Mi Universidad

Caso clinico

Luis Ángel Vasquez Rueda

Caso clinico

Segundo parcial

urgencias medicas

dr. Jesus Alejandro Morales Perez

Licenciatura En Medicina Humana

8vo Semestre Grupo "C"

Comitan De Domínguez, Chiapas, 11 de Abril del 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.

R: Infección directa desde estructuras adyacentes: En casos más raros, las bacterias pueden diseminarse desde una infección local como una otitis media o una sinusitis aguda, atravesando las barreras anatómicas hacia las meninges

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

- Enfermedades respiratorias previas
- Neumonías
- OMA y sinusitis aguda
- Ant de neurocirugía (pensar en S. Aureus)
- Uso de drogas IV
- Inmunosupresión

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

Hipogluorraquia:

- En la meningitis bacteriana, los microorganismos consumen glucosa como fuente de energía.
- Además, las células inflamatorias (como los neutrófilos) también metabolizan glucosa.
- La inflamación de las meninges altera la barrera hematoencefálica, disminuyendo el transporte de glucosa desde la sangre hacia el LCR.
- Resultado: menos glucosa en el LCR.

Pleocitosis:

- Es una respuesta del sistema inmune a la infección.
- En meningitis bacteriana, predominan los neutrófilos.
- En meningitis viral, predominan los linfocitos.
- Este aumento celular en el LCR refleja el intento del cuerpo de combatir la infección en el sistema nervioso central.

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

	Viral	bacteriana
Apariencia LCR	Turbio, opurulento	Claro
Lucocitos	1000 – 10000	5 – 1000
Proteinas	>50	<100
Glucosa	>45mg/dl	Normal
Presion de apertura	>180 h2o	>180 h2o

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

- Estabilización hemodinámica (ABCDE urgencias)
- Oxigenación (si amerita)
- Antimicrobiano (empírico <1hra, no retrasar por PL)
- Terapia antiinflamatoria. (Dexametasona 0.15mg/kd
cada 6 hrs los primeros 4 días) - primer dosis junto
con ATB
- Disminuye la respuesta inflamatoria en el esp. SA, y
disminuye secuelas neurológicas (Edema,
disminución de PIC, vasculitis cerebral, hipoacusia)