



**Nombre de la alumna:** López López  
Carmela

**Nombre del profesor:** DR. Óscar Fabián  
González Sánchez

**Nombre del trabajo:** Faringitis,  
amigdalitis, neumonía, asma,  
bronquitis.

**Materia:** Patología del adulto.

**Grado:** 6° Cuatrimestre

**Grupo:** "A"

Ocosingo, Chiapas a 10 de mayo de 2020

## **FARINGITIS.**

La inflamación de la faringe puede ser de naturaleza infecciosa, alérgica, química o traumática. La podemos clasificar según distintos aspectos:

Por localización: En lesiones superficiales (sólo afecta la mucosa y tejido linfoepitelial), submucosas o profundas (afecta también a muscular y adventicia). A su vez pueden ser circunscritas, si quedan limitadas a una zona faríngea (ejemplo: amigdalitis) o difusas si afectan a toda la faringe (ejemplo: faringitis).

Por evolución: Agudas, recurrentes o crónicas.

Por etiología: Infecciosas, químicas, traumáticas y alérgicas.

### **FARINGITIS AGUDAS**

Es una de las causas más frecuentes de consulta médica y es responsable de una parte considerable del gasto sanitario, no obstante es el causante del 36% del consumo de antibióticos en nuestro país. Es una vía de entrada de infecciones al organismo en general; así pues la faringitis aguda puede suele ser la primera manifestación de enfermedades generales (viriasis), este hecho es especialmente frecuente en los niños precediendo a las enfermedades infecciosas de la infancia. En otras ocasiones es una manifestación única, hablando en ese caso de faringitis como enfermedad.

#### **Etiología.**

El cuadro más frecuente es la llamada faringitis catarral aguda, que es una inflamación superficial, difusa y suele estar ocasionada por virus (rhinovirus, coronavirus, adenovirus, influenzae, parainfluenzae) y en menor proporción por bacterias (estreptococo  $\beta$  hemolítico del grupo A, estafilococos, neumococos,...), hongos, levaduras, o por la acción térmica (alimentos calientes o vapores) y los caústicos. Los virus representan el agente etiológico más frecuente, cursando en brotes epidémicos. Entre los virus destacamos por orden de frecuencia a: rhinovirus y coronavirus (los más frecuentes. Se suelen acompañar de lesiones cutáneas), adenovirus (afectan a niños de entre 3 y 6 años donde es típica la afectación conjuntival, las adenopatías y la fiebre), virus influenza (acompañado de mialgias y cefalea, cuadro típico gripal), coxsackie (mano-boca-pie) y herpes virus (enantema). Debemos destacar también el VIH en cuya primoinfección se va a desencadenar un cuadro de faringitis inespecífica hasta en un 70% de pacientes. Las faringitis bacterianas van a representar

aproximadamente el 30% del total y el agente más prevalente va a ser el estreptococo pyogenes, responsable de la mitad de los cuadros bacterianos y cuya importancia radica en la posibilidad de producir complicaciones tanto supuradas como no supuradas.

**Clínica.** La clínica va a depender del agente causal, inmunidad del individuo, agentes externos como alcohol y tabaco, factores alérgicos, respiración bucal constante, carencias nutricionales, etc. Habitualmente va a tener un inicio brusco. En las formas menos graves y más frecuentes existe un predominio de los síntomas locales con sequedad y constricción faríngea y a veces sensación de quemazón. Se produce disfagia y odinofagia discretas. El paciente presenta carraspeo y exudado que desencadena tos pertinaz. En las formas más graves predominan los síntomas generales de fiebre, escalofríos y cefalea. **Diagnostico.** Mediante la historia clínica, la exploración ORL completa a las que se asocia pruebas de laboratorio en las formas más graves reflejando una leucocitosis y una Velocidad de sedimentación globular (VSG) aumentada. Hallazgos en otras pruebas son por ejemplo déficit de proteínas o de hierro así como aumentos de PCR en algunas bioquímicas. También se ven anticuerpos anti-Estreptococo betahemolíticos del tipo A (ASLO) aumentados indicándonos la presencia presente o pasada de dicho microorganismo. Es conveniente realizar un frotis faríngeo para obtener un antibiograma y realizar un tratamiento específico si se sospecha origen bacteriano.

**Tratamiento.** Como su origen más habitual es el viral, se recomienda el reposo relativo con AINEs. Ante la sospecha de origen bacteriano se usará además un antibiótico empírico y posteriormente ajustar al antibiograma (como primera elección se usa la Penicilina, dejando los beta-lactámicos para fallos en el tratamiento o eritromicina en caso de alergia). Pueden estar indicados los corticoides con protección gástrica si existe edema importante asociado a la inflamación. Suelen ser autolimitados y curan espontáneamente en unos días.

**FARINGITIS CRÓNICAS.** No existe ninguna definición precisa de faringitis crónica., aun siendo una de las enfermedades de mayor incidencia en el ser humano. Es una entidad muy discutida por algunos autores y cuya causa no es sólo local, ya que al ser la faringe zona de confluencia de las vías aéreas y digestivas superiores, existen múltiples síntomas referidos a esta zona y cuya etiología es múltiple y derivada fundamentalmente de factores irritativos de la mucosa. Puede deberse a una alteración en cualquier parte de la faringe, de aparición más o menos progresiva y con evolución larvada.

**Etiología.**

Portador crónico de estreptococo beta-hemolítico grupo A: La eliminación de la infección del estreptococo de la orofaringe con los tratamientos antibióticos fracasa hasta en un 25% quedando portadores asintomáticos del germen; esto se debe en gran medida al aumento de resistencias de la bacteria a las penicilinas. Este estado de portador puede llegar hasta el 20% de los niños escolarizados. En determinados momentos y dependiendo de estados inmunitarios o por factores irritantes externos, el estado de portador pasa a estado patógeno produciendo cuadros de faringitis agudas de repetición en algunas ocasiones y de faringitis crónicas en otras.

### Clínica

En general, nos encontramos a un paciente que consulta por síntomas variados presididos por molestias faríngeas difíciles de caracterizar. Suelen localizarse en orofaringe o hipofaringe y clásicamente aumentar con la deglución y al hablar. Con frecuencia describen odinofagia matutina, rinorrea pegajosa posterior, carraspeo, sensación de quemadura, picor y de cuerpo extraño en la garganta y repetición de las degluciones. Puede asociar a su vez tos nocturna, sensación matinal de faringe rasposa, tenesmo faríngeo y regurgitaciones a distancia de las comidas. Son frecuentes también las sensaciones subjetivas de ahogo. Todas estas molestias son más o menos antiguas y se asocian a antecedentes repetidos de automedicación.

### Diagnóstico.

En esta patología es fundamental la adecuada historia clínica y la exploración ORL completa. En la historia clínica, hay que investigar sobre los antecedentes de consumo de tabaco y alcohol, tabaquismo pasivo, exposición a irritantes, inmunosupresión, diabetes, otras enfermedades metabólicas, así como antecedentes ORL y quirúrgicos. Hay que realizar una exploración ORL completa y sistemática de los tres pisos de la faringe y del cavum mediante nasofibroscoopia, así como la exploración de las áreas ganglionares cervicales y de la glándula tiroides.

Se debe realizar un estudio analítico en busca de datos de inflamación o de parámetros que nos indiquen la posible asociación con alguna de las enfermedades generales anteriormente descritas: diabetes, hiperuricemia. También debemos realizar una toma de muestra mediante un frotis faríngeo si se sospecha un origen bacteriano o para valorar la presencia de un germen "acantonado", portador crónico de Streptococo. Las pruebas radiológicas son útiles

si se sospecha patología dentaria, sinusal o gastroesofágica con el fin de descubrir estos posibles focos infecciosos vecinos. Ante cualquier lesión de la mucosa sospechosa, y más si existe antecedente de consumo de alcohol o tabaco, se recomienda la endoscopia directa bajo anestesia y biopsia de la lesión para su estudio anatomopatológico.

Formas clínicas.

Distinguimos cuatro formas clínicas en función de los hallazgos de la exploración física

Congestiva, Simple o Catarral): Vemos una faringe enrojecida y brillante, con un enantema difuso que recubre todo el velo del paladar y faringe. Mucosa engrosada recubierta por una capa opalescente que se organiza en regueros blanquecinos en los pliegues.

Purulenta o Mucopurulenta: Se ve la mucosidad que cubre una faringe congestiva por el efecto irritativo de la rinorrea posterior constante; esto es un signo indirecto de la presencia de una patología nasosinusal.

Atrófica: Aparece una mucosa lisa, seca, sin islotes linfoides Es una faringe amplia y adelgazada, en la que con frecuencia comprobamos la ausencia de amígdalas palatinas. Suele acompañar a la oca.

Hipertrófica: Mucosa granulosa e hipertrófica que indica la existencia de folículos lenticulares rosados o amarillentos, o de un punteado con mínimas burbujas translúcidas en el espesor de la mucosa. Se comprueba la presencia por detrás de los pilares posteriores de cordones posteriores o folículos linfoides en pared posterior.

Tratamiento regional: Tratamiento de RGE, siendo recomendable en este caso el uso de inhibidores de la bomba de protones a dosis elevadas durante periodos de tiempo no inferiores a las 6-8 semanas, hasta una nueva reevaluación. Tratamiento local: Tratamiento específico de las posibles enfermedades nasosinuales y restablecimiento de una correcta ventilación nasal así como eliminación de una posible rinorrea posterior. Entre estos tratamientos se incluyen por supuesto tratamientos médicos y quirúrgicos si estos son necesarios. Eliminación de posibles focos infecciosos dentarios y amigdalinos crónicos. El uso de lavados nasales y gargarismos alcalinos pueden ser útiles para aliviar el dolor y desprender lesiones costrosas de la faringe. El uso de antibióticos no ha demostrado ser eficaz, salvo en portadores crónicos de Streptococo, mientras que la utilización de AINEs, mucolíticos y una hidratación adecuada pueden aliviar al paciente. Tratamiento general:

Evaluación de posibles trastornos metabólicos y eliminación de posibles alérgenos, así como tratamiento antihistamínico en personas alérgicas. Este tratamiento se realiza como primera opción con clindamicina oral 10d, aunque existen varios esquemas y asociaciones como son por ejemplo el uso de rifampicina con penicilina.

## **AMIGDALITIS**

### **AMIGDALITIS AGUDAS.**

Inflamación aguda de amígdalas palatinas, cuyo origen habitualmente es infeccioso. Procesos muy frecuentes, sobre todo en la infancia (mayor pico de incidencia entre los 3 y los 15 años). En los niños es común la participación de todo el anillo linfático de Waldeyer. Hay autores que consideran los primeros episodios de inflamación de las amígdalas palatinas como procesos de inmunidad (un tipo de vacuna fisiológica), en el que el organismo se pone en contacto con patógenos frecuentes y que permite al tejido linfoide iniciar su actividad inmunológica con la creación de anticuerpos y células de memoria.

### **Etiología.**

El origen suele ser la inoculación de gérmenes a través de gotitas de pflügger. Los microorganismos bacterianos representan entre el 30-40% de los cuadros y los gérmenes implicados suelen ser por orden de frecuencia: Streptococo beta hemolitico grupo A (75%), Pneumococo, Staphylococo, Haemophylus influenzae y Corinebacterium. Los virus son responsables de más del 50% de amigdalitis como agentes causales (influenzae, parainfluenzae, herpes, coxsackie, echo), que pueden dar la amigdalitis per se o predisponer a una infección bacteriana.

### **Clínica y Diagnostico.**

Se basa en una buena anamnesis y en la exploración clínica; con esto suele ser suficiente para llegar a un diagnóstico correcto, aunque se debería completar en casos resistentes o recidivantes con pruebas complementarias, como pueden ser un frotis faríngeo para buscar el germen causal, y un estudio analítico que muestre el aumento de VSG y leucocitosis típicas, teniendo en cuenta que en ocasiones las de origen viral pueden mostrar a diferencia de las anteriores una leucopenia. Por norma general vamos a ver un estado inicial con vasodilatación y enrojecimiento (víricas) o exudado purulento en criptas (bacteriana). En la exploración destaca el enrojecimiento y tumefacción de las amígdalas, pilares amigdalinos y

resto de la faringe, así como posible exudado blanquecino en la superficie amígdala. Se pueden palpar ganglios cervicales, fundamentalmente en los procesos bacterianos. Se manifiestan tanto síntomas generales como locales; entre los primeros destacan el malestar general, la fiebre, cefalea, mialgias, artralgias, náuseas, vómitos, diarrea, taquicardia y anorexia. No se manifiestan todos siempre y su grado es variable, son más frecuentes en niños y en las etapas iniciales del cuadro. El síntoma local más importante es el dolor de garganta y la odinofagia. Se produce también sialorrea, edema local y otalgia refleja. Debemos pensar en un origen estreptocócico si el comienzo es brusco, fiebre alta, dolor intenso y adenopatías subdigástricas. En cambio pensamos en un origen viral si son la febrícula, tos, coriza con rinorrea, obstrucción nasal y adenopatías difusas. En la exploración destaca el enrojecimiento y tumefacción de las amígdalas, pilares amigdalinos y resto de la faringe, así como posible exudado blanquecino en la superficie amigdalina. Se pueden palpar ganglios cervicales, fundamentalmente en los procesos bacterianos. Si la sintomatología persiste a pesar del tratamiento, debemos sospechar la existencia de una mononucleosis infecciosa cuya exploración puede ser indistinguible de una estreptocócica.

#### Tratamiento.

Debe incluir medidas generales, tratamiento sintomático (analgésicos y antipiréticos clásicos como paracetamol, antiinflamatorios, antisépticos locales) y en caso de sospecha de infección bacteriana se deben emplear siempre antibióticos, esto tiene como fundamento la prevención de procesos de fiebre reumática, aminorar las complicaciones supuradas, reducir la posible diseminación de la infección, acortar el curso clínico y mejorar la sintomatología. El tratamiento más indicado es la penicilina oral 7-10 días o intramuscular mediante penicilinas de depósito, y ningún otro esquema de antibiótico o de pauta acortada ha demostrado ser mejor alternativa. Las aminopenicilinas, fundamentalmente amoxicilina, asociada o no a inhibidores de betalactamasas, han demostrado similar tasa de curación que la penicilina. Otros antibióticos con utilidad son las cefalosporinas que demuestran buena mejoría clínica y erradicación bacteriológica pero sin justificar su cambio por las penicilinas; también los macrólidos, usados en casos de alergia a la penicilina; y algunos autores aconsejan el uso de clindamicina como alternativa en casos de alergia, bocas sépticas o amigdalitis recurrentes ya que tienen gran efecto sobre bacterias anaerobias de la faringe productoras de beta-lactamasas.

#### Complicaciones.

Las complicaciones van derivadas fundamentalmente en los casos de *S.pyogenes* con mala evolución; diferenciándose dos cuadros: complicaciones supuradas y no supuradas.

Complicaciones supuradas. Podemos diferenciar a su vez las sistémicas (Shock tóxico, Sepsis estreptocócica, Fascitis necrotizante) y las locales (Absceso periamigdalino, Absceso retrofaríngeo, Linfadenitis cervical supurada, Celulitis cervical). 4.5.2 Complicaciones no supuradas. Se piensa que pueden producirse por similitud antigénica con proteínas del germen que inducirán una reacción autoinmune en el huésped. Destacan la Fiebre reumática aguda, la Glomerulonefritis postestreptocócica y los desórdenes neurpsiquiátricos pediátricos o PANDAS.

#### AMIGDALITIS LINGUAL.

La inflamación de la amígdala lingual no es un proceso frecuente, y se da con mayor periodicidad en pacientes operados de las amígdalas palatinas; esto es debido a que al faltar las amígdalas palatinas se hipertrofian de forma compensadora las amígdalas linguales y son más propensas a la infección de los patógenos habituales de las amigdalitis agudas. Se puede cronificar el proceso, debido a evoluciones tórpidas, con múltiples reagudizaciones, hecho más típico de pacientes maduros. La inflamación se muestra en el paciente como una sensación de cuerpo extraño faríngeo, dolor a la movilización lingual, disfagia, odinofagia, sialorrea, cambio en la voz, tos y eventual disnea en casos graves por desplazamiento de la epiglotis, debido al edema mucoso. Puede producir también trismus como respuesta antiálgica. El diagnóstico es más complicado que en la patología de las amígdalas palatinas, ya que el estudio de la amígdala lingual precisa siempre de exploración mediante laringoscopia indirecta o nasofibroscofia para ver el típico punteado blanquecino, siendo imposible el diagnóstico de visu de forma inicial. Tratamiento mediante los antibióticos ya nombrados en las amigdalitis agudas y con AINEs. En los casos intensos y recidivantes se podría indicar una exéresis de la amígdala lingual, procedimiento complejo y muy poco habitual. En la actualidad usamos en el tratamiento quirúrgico el láser CO2 para vaporizar el tejido linfático de la amígdala lingual y disminuir así con esta técnica el riesgo de sangrado, que sería muy elevado con los métodos tradicionales.

#### ADENOIDITIS AGUDA.

Inflamación de la amígdala faríngea. Es un cuadro muy frecuente en la población infantil sobre todo en pacientes con hipertrofia de dicha amígdala. Suele estar causada por una



infección bacteriana aunque en muchas ocasiones esto suele ser por sobreinfecciones en un cuadro de base de catarro vírico. Suele durar entre 5 y 10 días cursando con secreciones espesas abundantes, insuficiencia respiratoria nasal, tos irritativa y vómitos.

Su complicación más frecuente es la otitis media aguda. Tratamiento mediante lavados nasales y AINEs, más antibiótico (betalactámico o macrólido) en los cuadros muy intensos. En casos muy recidivantes se indica la adenoidectomía quirúrgica.

#### AMIGDALITIS CRÓNICAS.

Procesos repetidos de inflamación de amígdalas palatinas, a pesar de completar tratamientos correctamente realizados, con evoluciones tórpidas, y con reagudizaciones frecuentes. Produce un aumento de secreción a nivel de las criptas con exudado purulento de forma crónica que acaba con fibrosis y desaparición del parénquima amigdalino. Se ven criptas profundas con cuello estenosado, aparecen numerosos folículos linfoides y una cortical espesa. Es frecuente la aparición de vasos más dilatados y tortuosos en la base de la lengua.

#### Clínica y diagnóstico.

En estos procesos predominan claramente los síntomas locales sin aparecer prácticamente ningún síntoma general. Se suelen quejar de sensación de cuerpo extraño, tos irritativa, halitosis, mal sabor de boca, parestesias y odinofagia, fundamentalmente en los periodos de reagudizaciones. A la exploración puede aparecer enrojecimiento difuso de los pilares y las amígdalas, las cuales suelen ser hipotróficas y fibrosas, estando adheridas a la pared. En ocasiones la afectación está circunscrita a las amígdalas palatinas presentando formas hipertróficas (con caseum en el interior de las criptas) o atróficas (amígdalas intravélicas con pilares anteriores eritematosos). En casos de amigdalectomizados puede afectar a la amígdala lingual. Se deben estudiar los mismos factores desencadenantes que los vistos en las faringitis crónicas haciendo especial hincapié en este caso en el estudio de una posible enfermedad por reflujo gastroesofágico que cause o agrave el cuadro.

#### Tratamiento.

El tratamiento muchas veces es insatisfactorio para el paciente ya que el alivio sintomático suele ser temporal, debiendo repetir las medidas terapéuticas en múltiples ocasiones. En primer lugar nos debemos cerciorar de la correcta realización del tratamiento de las

amigdalitis agudas, es por ello que en caso de amigdalitis de repetición se recomienda el uso de las penicilinas en su forma intramuscular que asegura un mejor cumplimiento del tratamiento antibiótico. En el caso de amigdalitis recurrente que no nos ha respondido al tratamiento correcto con penicilina G benzatina im, el esquema indicado sería el uso conjunto de clindamicina con metronidazol como primera opción. Es muy importante eliminar cualquier tipo de irritante o posible desencadenante del cuadro. Si se conociese algún posible microorganismo patógeno acantonado en la orofaringe del paciente, estudiado mediante frotis faríngeo, se puede usar terapia antibiótica específica, fundamentalmente penicilina benzatina como primera opción. El uso periódico de colutorios alcalinos, la humidificación periódica de la faringe, así como la correcta higiene dental son medidas útiles.

## NEUMONIA

La neumonía es una infección que inflama los sacos aéreos de uno o ambos pulmones. Los sacos aéreos se pueden llenar de líquido o pus (material purulento), lo que provoca tos con flema o pus, fiebre, escalofríos y dificultad para respirar. Diversos microorganismos, como bacterias, virus y hongos, pueden provocar neumonía.

La neumonía puede variar en gravedad desde suave a potencialmente mortal. Es más grave en bebés y niños pequeños, personas mayores a 65 años, y personas con problemas de salud o sistemas inmunitarios debilitados.

### Síntomas

Los signos y síntomas de la neumonía varían de moderados a graves y dependen de varios factores, como el tipo de germen que causó la infección, tu edad y tu salud en general. Los signos y síntomas moderados suelen ser similares a los de un resfrío o una gripe, pero duran más tiempo.

Los signos y síntomas de la neumonía pueden incluir lo siguiente:

Dolor en el pecho al respirar o toser

Desorientación o cambios de percepción mental (en adultos de 65 años o más)

Tos que puede producir flema

Fatiga

Fiebre, transpiración y escalofríos con temblor

Temperatura corporal más baja de lo normal (en adultos mayores de 65 años y personas con un sistema inmunitario débil)

Náuseas, vómitos o diarrea

Dificultad para respirar

Causas

Son varios los gérmenes que pueden causar neumonía. Los más frecuentes son las bacterias y los virus que se encuentran en el aire que respiramos. Generalmente, el cuerpo evita que estos gérmenes infecten los pulmones. Sin embargo, a veces, estos

gérmenes pueden ser más poderosos que tu sistema inmunitario, incluso cuando tu salud en general es buena.

La neumonía se clasifica de acuerdo con el tipo de germen que la causa y el lugar donde tienes la infección.

Neumonía adquirida en la comunidad

La neumonía adquirida en la comunidad es el tipo más frecuente. Ocurre fuera de los hospitales y de otras instalaciones de cuidado de la salud. La causa puede deberse a estos factores:

**Bacterias.** Este tipo de neumonía puede producirse sola o después de que hayas tenido un resfrío o una gripe. Puede afectar una parte (lóbulo) del pulmón; esta afección se llama neumonía lobar.

**Organismos tipo bacteria.** El micoplasma pneumoniae también puede causar neumonía. Generalmente produce síntomas más leves que los producidos por otros tipos de neumonía. La neumonía errante es un nombre informal para un tipo de neumonía que, por lo general, no es lo suficientemente grave como para requerir reposo.

**Hongos.** Este tipo de neumonía es más frecuente en personas con problemas crónicos de salud o un sistema inmunitario debilitado, y en personas que han inhalado grandes dosis de

estos organismos. Los hongos que la causan se encuentran en la tierra o en las heces de las aves, y pueden variar según la ubicación geográfica.

Virus. Algunos de los virus que causan los resfríos y la gripe pueden causar neumonía. Los virus son la causa más frecuente de neumonía en los niños menores de 5 años. La neumonía viral suele ser leve. No obstante, en ocasiones, puede tornarse muy grave.

## Diagnóstico

Radiografía de pecho

Análisis de sangre.

Radiografía torácica. Pulsioximetría.

Prueba de esputo.

## Tratamiento

El tratamiento para la neumonía implica la cura de la infección y la prevención de complicaciones. Las personas que presentan neumonía adquirida en la comunidad normalmente pueden recibir tratamiento en sus hogares con medicamentos. A pesar de que la mayoría de los síntomas se alivian en unos pocos días o semanas, la sensación de cansancio puede perdurar durante un mes o más.

Antibióticos. Estos medicamentos se usan para el tratamiento de la neumonía bacteriana. Puede llevar un tiempo identificar el tipo de bacterias que causan la neumonía y elegir el mejor antibiótico para tratarla.

Medicamentos para la tos.

Antifebriles/analgésicos. Posiblemente tomes estos según lo necesites para aliviar la fiebre y el malestar. Estos incluyen medicamentos como la aspirina, el ibuprofeno (Advil, Motrin IB, otros) y el paracetamol (Tylenol, otros).

## Prevención

Para contribuir a prevenir la neumonía:

Vacúnate.

Practica una buena higiene. Para protegerte de las infecciones respiratorias que a menudo derivan en neumonía, lávate las manos regularmente o usa un desinfectante para las manos a base de alcohol.

## ASMA

Esta enfermedad se caracteriza por aumento de la reactividad de las vías respiratorias a diversos estímulos, y se manifiesta por inflamación y estrechamiento diseminado de las vías respiratorias, cuya intensidad varía de manera espontánea o debido al tratamiento.

Las vías respiratorias tienen una hipertrofia de la musculatura lisa que se contrae durante una crisis, causando broncoconstricción. Además, se observa hipertrofia de las glándulas mucosas, edema de la pared bronquial y un extenso infiltrado de eosinófilos y linfocitos. El moco es más abundante y anómalo; es espeso y persistente, y se desplaza con lentitud. En los casos graves, muchas vías respiratorias están ocluidas por tapones de moco, algunos de los cuales pueden expulsarse con la expectoración, que suele ser escasa y de color blanco. En los pacientes con asma crónica, es frecuente la fibrosis subepitelial, y forma parte del proceso denominado remodelado. En el asma sin complicaciones no existe destrucción de las paredes alveolares, y no hay secreciones bronquiales purulentas copiosas.

### Manifestaciones clínicas

El asma suele iniciarse en la infancia, pero puede aparecer a cualquier edad. Es posible que el paciente tenga antecedentes que sugieran atopia, como rinitis alérgica, eccema o urticaria, y puede relacionar las crisis asmáticas con un alérgeno específico, como la ambrosía o los gatos. Se dice que un paciente de este tipo tiene asma alérgica. Muchos presentan un aumento de la IgE sérica total, un aumento de la IgE específica y eosinófilos en sangre periférica. Si no existe una historia general de alergia y no puede identificarse alérgeno externo alguno, se utiliza el término de "asma no alérgica". En todos los pacientes asmáticos hay una hiperreactividad general de las vías respiratorias que hace que sustancias irritantes inespecíficas, como humo, aire frío y esfuerzo, causen síntomas. La hiperreactividad (o hipersensibilidad) de las vías respiratorias puede comprobarse exponiendo al paciente a concentraciones inhaladas cada vez mayores de metacolina o histamina, y midiendo el FEV1 (o resistencia de las vías respiratorias).

**Broncodilatadores para el asma Agonistas  $\beta$ -adrenérgicos** En la actualidad se usan sólo los tipos selectivos  $\beta_2$ . Las formas de acción prolongada son útiles para el manejo de la

enfermedad crónica pero deben utilizarse sólo de manera conjunta con corticoesteroides inhalados. Los fármacos de corta acción se reservan para casos urgentes. Corticoesteroides inhalados. Se administran en forma de aerosol y suelen estar indicados, salvo en los casos más leves de asma. Otros fármacos.

## BROQUITIS

La bronquitis es una inflamación del revestimiento de los bronquios que llevan el aire hacia adentro y fuera de los pulmones. Las personas que tienen bronquitis suelen toser mucosidad espesa y, tal vez, decolorada. La bronquitis puede ser aguda o crónica.

La bronquitis aguda es muy frecuente y, a menudo, se produce a partir de un resfrío u otra infección respiratoria. La bronquitis crónica, enfermedad más grave, es una irritación o inflamación continua del revestimiento de los bronquios, en general, por fumar.

La bronquitis aguda, también conocida como «resfrío», suele mejorar a la semana o a los diez días sin efectos duraderos, aunque la tos puede permanecer durante semanas.

No obstante, si tienes episodios recurrentes de bronquitis, es posible que tengas bronquitis crónica. La bronquitis crónica es uno de los trastornos de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

## Síntomas

Los signos y síntomas de la bronquitis aguda y crónica pueden ser los siguientes:

- Tos
- Producción de mucosidad (esputo), que puede ser transparente, blanca, de color gris amarillento o verde —rara vez, puede presentar manchas de sangre—
- Fatiga
- Dificultad para respirar
- Fiebre ligera y escalofríos
- Molestia en el pecho

## Causas

Por lo general, la bronquitis aguda es causada por virus, generalmente los mismos virus que causan los resfríos y la gripe (influenza). Los antibióticos no matan los virus, por lo que este tipo de medicamentos no resulta útil en la mayoría de los casos de bronquitis.

La causa más frecuente de la bronquitis crónica es fumar cigarrillos. La contaminación del aire y el polvo o los gases tóxicos en el medio ambiente o en el lugar de trabajo también pueden contribuir al desarrollo de la enfermedad.

## Diagnóstico

### Espirómetro

Durante los primeros días de la enfermedad, puede resultar difícil distinguir los signos y síntomas de la bronquitis de los de un resfriado.

- **Radiografía de tórax.** Una radiografía torácica puede ayudar a determinar si tienes neumonía u otra enfermedad que podría explicar la tos.
- **Examen de esputo.** El esputo es la mucosidad que escupes desde los pulmones al toser.
- **Prueba de la función pulmonar.** Durante una prueba de la función pulmonar, soplas en un dispositivo denominado espirómetro, que mide la cantidad de aire que los pulmones pueden retener y la rapidez con la que puedes expulsar el aire de los pulmones. Esta prueba detecta signos de asma o enfisema.

## Tratamiento

La mayoría de los casos de bronquitis aguda mejoran sin tratamiento, generalmente después de un par de semanas.

## Medicamentos

Dado que la mayoría de los casos de bronquitis son causados por infecciones virales, los antibióticos no resultan eficaces.

## Complicaciones

Aunque un único episodio de bronquitis no es motivo de preocupación, en algunas personas puede provocar neumonía. No obstante, los episodios recurrentes de bronquitis pueden indicar que tienes enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

## Prevención

Para reducir el riesgo de contraer bronquitis, sigue los siguientes consejos:

- **Evita el humo del cigarrillo.** Este aumenta el riesgo de padecer bronquitis crónica.
- **Vacúnate.** Muchos casos de bronquitis aguda se producen a causa del virus de la influenza.
- **Lávate las manos.** Para reducir el riesgo de contraer una infección viral, lávate las manos con frecuencia.
- **Usa mascarilla quirúrgica.** Si tienes una enfermedad pulmonar obstructiva crónica, puedes considerar la posibilidad de usar una mascarilla en el trabajo si estás expuesto al polvo o a vapores, y cuando estés en contacto con mucha gente, como mientras viajas.

## Bibliografía

fisiopaatologia/pdf/Fisiopatologia-Pulmonar-Fundamentos-West-9a-Edicion.pdf

Cenfor C, García Rodríguez A, Ramos J, Tomas M, Asensi F, et al. Documento de consenso sobre Tratamiento antimicrobiano de la faringoamigdalitis. Acta Otolaringol. Esp. 2003; 54: 369-383.