



**Universidad del sureste
Campus Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
Escuela de Medicina Humana**



Título del trabajo:

Resumen sobre SINDROME PLEUROPULMONARES

Unidad III

Nombre de la asignatura: Clínicas médicas complementarias

**Nombre del alumno:
Karla Zahori Bonilla Aguilar**

Semestre y grupo: 7° Semestre Grupo "A"

Nombre del profesor: Dr. Ricardo Acuña De Saz

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 27 de Noviembre de 2020.

DEFINICIÓN

Resulta de procesos patológicos que ocasionan cambios en el contenido alveolar normalmente lleno de aire y que cambia por exudado, fibrina o algún elemento extraño.

Cuadro 1. Síndromes pleuropulmonares

Pulmonares	Pleurales
Condensación	Derrame pleural
Atelectasia	Neumotórax
Rarefacción	Pleuritis seca
Cavitario	Papulopleuritis

Síndrome físico de condensación

Se caracteriza por cambios en el contenido alveolar, normalmente lleno de aire, y cambia por exudado, como: neumonía, tuberculosis o tumores.

Epidemiología:

La etiología más común de síndrome de condensación es la neumonía (inflamación alveolar secundaria a la infección por microorganismos).

Gravedad relativa:

Manifestación frecuente de neumonía la que puede ser potencialmente grave.

Etiopatogenia:

La etiología más común de síndrome de condensación es la neumonía (inflamación alveolar secundaria a la infección por microorganismos). En líneas generales, cualquier microorganismo capaz de infectar el pulmón puede provocar un síndrome de condensación. El germen más frecuente involucrado en todos los grupos de pacientes es el *Streptococcus pneumoniae* o neumococo. Corresponde a secreción en la vía aérea producto de la inflamación secundaria a una infección o a un cáncer.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

La clínica de un síndrome de condensación es evidente cuando la infección es lo suficientemente extensa. Está estrechamente relacionada con la magnitud del parénquima comprometido, el tiempo de evolución del cuadro y la profundidad del foco de condensación.

Síntomas: Tos con expectoración herrumbrosa, fiebre y dolor tipo puntada (ocasional).

Signos: Frecuencia respiratoria aumentada, matidez percutoria, estertores crepitantes.

Antecedentes de importancia: vacunas al día, alergias, medicamentos en uso.

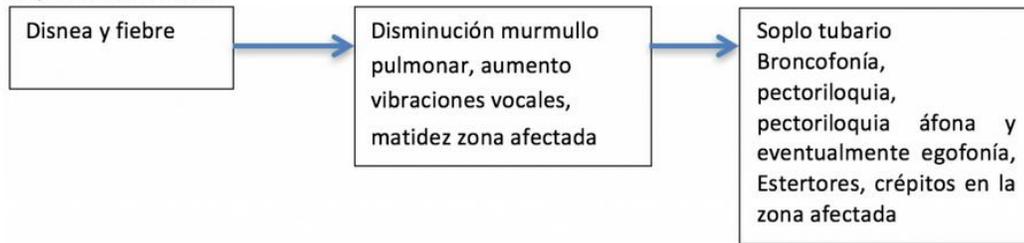
examinar: Comenzar realizando un examen general, signos vitales nos dirán eventual gravedad. Realizar examen acucioso torácico pulmonar.

- Inspección: Discreta disminución de la expansión torácica (depende de la magnitud de la condensación)
- Palpación: Aumento de las vibraciones vocales (nuevamente, depende de la magnitud)
- Percusión: Matidez en el foco de condensación
- Auscultación: Disminución o abolición del murmullo pulmonar, es reemplazado por respiración soplante (soplo tubario), crepitaciones (especialmente los primeros días de neumonía), broncofonía, pectoriloquia áfona, crepitaciones

Hallazgos positivos. Disminución de la expansión torácica ipsilateral, Corroboración de la disminución de la excursión respiratoria, Aumento de las vibraciones vocales (los medios líquidos transmiten mejor el sonido que el aire), Matidez de la zona afectada, Disminución o abolición (desaparición) del murmullo pulmonar; reemplazo por un soplotubario, Broncofonía, pectoriloquia, pectoriloquia áfona y eventualmente egofonía, Estertores, crépitos en la zona afectada.

Hallazgos negativos. Matidez desplazable torácica (indica derrame, complicación).

ESQUEMA DIAGNÓSTICO



Síndrome físico de atelectasia

Aparece cuando existe obstrucción de un bronquio por diversas causas; el aire que queda en los alvéolos que dependen del bronquio es absorbido por la sangre circulante y se produce un colapso pulmonar. Éste representa la disminución del volumen pulmonar y tiene como consecuencia un aumento de la presión intrapleurales, debido a que el espacio pleural permanece hermético; se acompaña del desplazamiento de estructuras vecinas, como el mediastino, la tráquea y el diafragma, hacia el lado afectado, además de que los espacios intercostales se cierran.

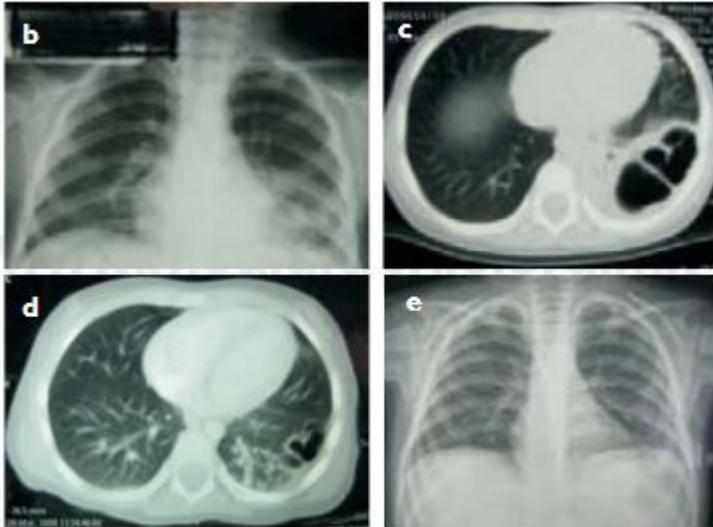
El diagnóstico se realiza por radiografía de tórax.



El tratamiento incluye el mantenimiento de la tos y la respiración profunda y el tratamiento de la causa.

Síndrome físico cavitario

Existe cuando hay destrucción del parénquima pulmonar con formación de una cavidad (esta debe ser de tamaño suficiente para detectarse clínicamente). Este síndrome puede aparecer en absceso pulmonar, caverna por tuberculosis, quiste pulmonar y bulas por destrucción del parénquima pulmonar.



Diagnostico

A la inspección observamos un descenso de los movimientos respiratorios del lado afectado, la palpación muestra las maniobras de amplexión y amplexación disminuidas y las vibraciones vocales también. A la percusión encontramos una zona limitada de hiperclaridad.

En la auscultación se puede percibir un soplo anfórico o soplo cavitario.

El ruido respiratorio va a estar ausente debido a la ausencia de parénquima pulmonar que lo transmita.

Tx determinar etiología para rectificar abordaje quirúrgico toracoscópico a tres puertos.

Síndrome físico de rarefacción

Es característico en los pacientes con enfisema pulmonar y que tienen tórax en tonel; corresponde a la distensión permanente del parénquima pulmonar con atrapamiento de aire y ruptura de las paredes alveolares.



Diagnostico

Para una adecuada exploración física del tórax, en primer lugar es conveniente conocer las líneas y regiones que permiten la localización topográfica de las alteraciones pleuropulmonares; de forma tal que, al ubicarlas se haga posible el seguimiento de la secuencia sistemática y ordenada de la exploración.

Es muy importante el drenaje postura y las técnicas para mejorar la efectividad de la tos, que ayuden a expectorar las secreciones; así mismo el adecuado uso de los inhaladores es de suma importancia para el manejo de esta enfermedad. Es muy importante que el uso de medicamentos que aumenten la cantidad de las secreciones sea limitado y muy bien evaluado, ya que el aumento de las secreciones en estos pacientes que de por sí ya tienen muchas, puede hacer que el manejo sea más difícil. Lo más importante es que el paciente ingiera líquidos en abundancia ya que estos,

acompañado de una buena broncodilatación harán más fácil el poder expectorar las secreciones. La administración de oxígeno a largo plazo en aquellos pacientes en los que sea ha demostrado que tienen disminución de la saturación de oxígeno por debajo de 88% en reposo y sin oxígeno suplementario o bien que tengan una PaO₂ menor a 55 mm de Hg en al gasometría, acompañados o no de hipercapnea y/o ácidos en el pH son candidatos a usar oxígeno a largo plazo. Se recomienda el uso de oxígeno a flujos de 2 litros por minuto por espacio de 10 a 15 horas diarias, lo que disminuye la frecuencia de aparición temprana de cor pulmonar o hipertensión arterial pulmonar.

Bibliografía

Villegas Cosío, Celis Salazar A, Cosío Pascal M. Aparato respiratorio. 9ª Ed. México: Editorial Francisco Méndez Oteo, 1977.

Pérez Padilla R. enfermedades respiratorias en síndromes pleuropulmonares. México: editorial Mendez Editores, 2009; 171219

Nombera LJA, Acuña GR, Navarro MH, Caussade LS, Zúñiga RS, García BC et al. Doce casos de absceso pulmonar en pediatría: revisión clínica. Rev Chil Pediatr 2001;72(2): 128-34