



Medicina humana

Clínicas médicas
complementarias
“Síndrome pleuropulmonar”
3er Parcial (Séptimo semestre)

Doctor Ricardo Acuña Del Saz
Alumna Citlali Guadalupe Pérez Morales

Síndromes pleuropulmonares

Definición

Los síndromes pleuropulmonares son una serie de complejos sindromáticos que afectan al sistema respiratorio bajo (entre los bronquios principales y los alvéolos pulmonares) y que comparten dos síntomas cardinales: tos y dificultad respiratoria. Si bien los síntomas son parecidos, estos síndromes tienen una fisiopatología bien diferenciada.

Clasificación

Se dividen en síndromes pulmonares y síndromes pleurales.

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

Síndromes pulmonares

Síndrome de condensación

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

- **Inspección:** la movilidad del hemitórax afectado está disminuida por estar alterada la ventilación y modificación de las propiedades elásticas del pulmón.
- **Palpación:** se corrobora la hipomovilidad, las vibraciones vocales están aumentadas debido a que la condensación convierte al pulmón en un medio más homogéneo y en mejor trasmisor.
- **Percusión:** la sonoridad está disminuida o abolida; es decir, no hay resonancia pulmonar o claro pulmonar; la sonoridad es mate o submate.

- **Auscultación:** los ruidos respiratorios están aumentados de intensidad y son audibles en la espiración, acompañados de un soplo tubario (a veces), que es un sonido que semeja el paso del aire a través de un tubo, debido que es un ruido bronquial y no participa el murmullo vesicular porque los alvéolos están ocupados por material líquido o semilíquido.

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 intrapleural, 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.

- **Inspección:** disminución del volumen, retracción de los espacios intercostales, hueco supraclavicular o supraesternal e hipomovilidad del lado afectado.
- **Palpación:** corrobora la disminución de los movimientos respiratorios, las vibraciones vocales están disminuidas o ausentes, a veces el ápex podrá palparse desviado hacia el lado afectado.
- **Percusión:** mate o submate.
- **Auscultación:** abolición de ruidos respiratorios, de la trasmisión de la voz, debido a que los ruidos respiratorios se transmiten a través del árbol bronquial y son amortiguados por la obstrucción. En el aspecto clínico, este síndrome se parece al de derrame pleural, en el que la radiografía de tórax es indispensable para determinar el diagnóstico.

Nomenclatura: MR disminuidos, tiros intercostales, VV disminuidas, mate o submate, RR disminuidos, así como TV disminuida.

Síndrome físico cavitario

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

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

En la radiografía de tórax los campos pulmonares se muestran grandes y con claridad exagerada, las costillas están horizontales y los espacios intercostales ensanchados; el diafragma se observa descendido, aplanado y horizontal, y los senos costofrénico y cardiofrénico abiertos y con poca movilidad diafragmática. El tejido pulmonar en general aparece bien definido observando algunas imágenes anulares.

Síndromes pleurales

Estos síndromes comprenden los llamados secos (pleuritis seca, sinfisislos exudativos (derrame pleural y neumotórax).

Síndrome de derrame pleural

Aparece cuando el espacio pleural está ocupado por líquido, ya sea trasudado, exudado, sangre, pus o quilo. Para que se detecte clínicamente debe haber, al menos, 400 cc.

- **Inspección:** disminución de movimientos respiratorios del lado afectado, aumento de los espacios intercostales y abombamiento de la región subescapular o en todo el hemitórax.
- **Palpación:** se corrobora la hipomovilidad y las vibraciones vocales se palpan disminuidas (aunque el líquido es más homogéneo, se forma una pared entre la vibración-trasmisión-árbol bronquial y pulmón y el receptor, que es el

estetoscopio; el ápex puede palpase desplazado hacia el lado sano, concluyendo en disminución o abolición de las vibraciones vocales en la región basal del hemitórax; en cambio, existe aumento de ellas en la parte alta.

- **Percusión:** submate o mate en la región basal; esta matidez queda limitada hacia arriba por una curva en forma de parábola, llamada curva de Damoiseau.

Síndrome físico de neumotórax

Es la existencia de aire en la cavidad pleural; generalmente penetra a la cavidad pleural a través del pulmón, de los bronquios rotos o por la pared que pierde su integridad. La entrada de aire es favorecida por la presión intrapleural negativa; esto provoca que la presión se iguale con la atmosférica y se produzca colapso pulmonar. Según la cantidad de aire que entra a la cavidad pleural será el grado de colapso pulmonar; por tanto, un neumotórax mayor de 20% ya se detecta clínicamente.

- **Inspección:** disminución de los movimientos respiratorios hasta la abolición; uso de los músculos accesorios.
- **Palpación:** corrobora la disminución o hipomovilidad del hemitórax afectado, con vibraciones vocales aumentadas.
- **Percusión:** son característicos la hipersonoridad o timpanismo franco.
- **Auscultación:** ruidos respiratorios abolidos y trasmisión de la voz disminuida o abolida.

En caso de neumotórax del lado izquierdo, por lo general, la matidez cardiaca puede desaparecer; lo mismo ocurre en la matidez hepática, cuando el neumotórax es derecho.

Diagnostico

Los rayos X muestran un aumento total de la transparencia en todo el hemitórax sin visualización de la sombra de los vasos, se observa una masa parahiliar bien limitada que corresponde al pulmón colapsado. En el neumotórax parcial o

incompleto se visualiza una área radio transparente que rodea el pulmón, el cual se observa limitado por una línea bien definida que corresponde a la pleura visceral.

Pleuritis seca

Es el proceso irritativo pleural originado por la pérdida de desplazamiento pasivo de ambas membranas pleurales, excitando a las fibras nerviosas que inervan la pleura parietal, lo que causa las dos manifestaciones de este síndrome:

1. dolor pleural. Intenso, transflctivo, aumenta con la tos y los movimientos respiratorios.
2. Frote o roce pleural. Denominado como ruidos de rechinado en todo el ciclo respiratorio que no se modifican con la tos.

Sínfisis pleural

Caracterizada por el adosamiento total o parcial de las membranas pleurales, no tiene manifestación clínica. La pérdida de los senos costofrénicos y cardiofrénicos, primordialmente del contorno diafragmático en forma festonada, exhiben picos que continúan con algún trazo lineal pulmonar, llamado festón de Maingot.

Paquipleuritis

Es el engrosamiento de la pleura, que puede ser total o abarcar sólo el parénquima pulmonar, lo que se denomina fibrotorax plerogeno; cuando es parcial, donde domina el ápex, se llama casquete apical de paquipleuritis.

- **Inspección:** disminución de los movimientos respiratorios.
- **Palpación:** se corrobora la disminución de los movimientos respiratorios y las vibraciones vocales disminuidas o abolidas.
- **Percusión:** submate o mate.
- **Auscultación:** disminución o abolición de los ruidos respiratorios.

Se agregan desviaciones mediastinales hacia el lado de la paquipleuritis.

Bibliografías

Herrera-García JC, Sánchez-Pérez R. Síndromes pleuropulmonares; de fisiología a la neumología. Med Int Méx 2015;31:289-295.