



MEDICINA

COMPLEMENTARIA

ACUÑA DE SAZ RICARDO

MEDICINA COMPLEMENTARIA

SÉPTIMO SEMESTRE DE MEDICINA GENERAL

LLUVIA MARIA PERFECTA PEREZ GARCÍA



BRONQUIECTASIAS

Son dilaciones anormales e irreversibles de los bronquios proximales de mediano calibre mayores de 2 mm de diámetro debidas a la destrucción de los componentes elásticos y musculares de la pared. se acompaña de inflamación crónica de las vías aéreas, destrucción de los componentes musculares y elásticos de la pared bronquial generalmente asociadas a infección bronquial crónica las lesiones estructurales de la pared bronquial predisponen a la supuración bronquial crónica y aun grado variable de alteración ventilatoria de predominio obstructivo las bronquiectasias, las dilataciones bronquiales reversibles secundarias a procesos inflamatorios agudos como traqueo bronquitis , neumonía o atelectasia que suelen resolverse en periodos de tiempo no superiores a 3 -4 meses.

PREVALENCIA

La prevalencia es desconocida pero ha disminuido en los últimos años en los países desarrollados gracias a la eficacia de las campañas de vacunación sarampión, tos ferina, gripe y el tratamiento antibiótico precoz de las infecciones respiratorias, las bronquiectasias son más frecuentes entre las mujeres y su incidencia aumenta con la edad se calcula una prevalencia media de 53 por cada 1000 000 habitantes, siendo de 4.2 casos por cada 1000 000 habitantes en poblaciones de 18 – 34 años y de 278 casos por cada 1000 000 habitantes en mayores de 75 años sin embargo el amplio uso de la TC de alta resolución esta aumentado su identificación asociadas a enfermedades como EPOC, ASMA condiciones de inmunodepresión , el coste

anual medio por paciente es de 13 244 dólares aunque solo el 25% de los pacientes consume el 75% .

CLASIFICACION:

BRONQUIECTASIA FOCAL:

Se refiere a los cambios bronquiectasicos en una zona localizada del pulmón y pueden ser consecuencia de la obstrucción extrínseca por compresión por linfadenopatía adyacente o un tumor parenquimatoso o intrínseca por un tumor en la vía respiratoria, un cuerpo extraño aspirado de una vía respiratoria cicatrizada / estenosica o atresia bronquial por subdesarrollo congénito de las vías respiratorias.

BRONQUIECTASIAS DIFUSAS:

Se caracterizan por cambios bronquiectasicos generalizados derivados de un proceso patológico sistémico o infeccioso , la afectación más grave en la regiones pulmonares superiores es muy frecuente en la fibrosis quística CF, CYSTIC FIBROSIS se observa en la fibrosis pos radiación corresponde a la región pulmonar que abarca el puerto de radiación las bronquiectasias con afectación predominante de los campos pulmonares inferiores casi siempre se deben a aspiración recurrente crónica por trastornos de la motilidad esofágica como los ocurridos en la esclerodermia , enfermedad pulmonar fibrotixa en etapa terminal bronquiectasias

por tracción debida a fibrosis pulmonar idiopática o por infecciones recurrentes secundarias a inmunodepresión hipogammaglobulinemia las bronquiectasias producidas por infección con mico bacterias no tuberculosas NTM , NONTUBERCULOUS MYCOBACTERIA por lo general el complejo MYCOBACTERIUM AVIUM – INTRACELLULARE MAC, a menudo afectan la parte intermedia de los campos pulmonares las causas congénitas de la bronquiectasia con compromiso predominante en la parte intermedia de los campos pulmonares

ETIOLOGIA

BRONQUIECTASIAS LOCALIZADAS:

INFECCIONES:

Los virus implicados son adenovirus, influenzae, sarampión y rubeola entre las bacterias destacan estafilococos, klebsiella y gérmenes anaerobios la tuberculosis también es una causa frecuente de bronquiectasias predominio en lóbulos superiores.

OBSTRUCCION ENDOBRONQUIAL:

La causa más frecuente en adultos de obstrucción endobronquial es el carcinoma pulmonar, no da lugar a bronquiectasias al estar limitada la supervivencia del paciente, los tumores endobronquiales benignos como los carcinoides debido a su crecimiento lento, si se asocian a bronquiectasias otras causas de obstrucción son la compresión extrínseca por adenomegalias o la estenosis cicatrizar pos

inflamatoria en los niños la causa más frecuente es la aspiración de cuerpos extraños.

OTRAS CAUSAS DE BRONQUIECTASIAS LOCALIZADAS:

Pulmón hipertransparente unilateral o síndrome de McLeod-Swyer – James
bronquiectasias quísticas congénitas y agenesia o hipoplasia de la arteria pulmonar,
secuestro pulmonar, atelectasias posoperatorias.

BRONQUIECTASIS DIFUSA:

DE ORIGEN PULMONAR:

Algunas sustancias tóxicas producen una respuesta inflamatoria intensa que puede originar bronquiectasias el caso de la inhalación de amoníaco, la aspiración de contenido gástrico o la heroína por vía intravenosa.

DE ORIGEN EXTRAPULMONAR:

Aspergilosis broncopulmonar alérgica , se debe pensar en ella si aparecen bronquiectasias centrales en un asmático refractario al tratamiento, inmunodeficiencias congénitas o adquiridas las más comúnmente asociadas son la inmunodeficiencia variable común , el déficit selectivo de subclases de IgG y la panhipogammaglobulinemia, infección por VIH, intervienen múltiples factores : infecciones bacterianas recurrentes parece lo más importante defectos funcionales

de los linfocitos b, alteraciones de la función ciliar y lesión directa por el virus en la vía aérea.

DIAGNOSTICO

Las bronquiectasias deben ser sospechadas en pacientes con tos y expectoración persistente o infecciones respiratorias recurrentes o hemoptisis recidivantes o infiltrados pulmonares persistentes o con una radiología de tórax sugestiva, las complicaciones más frecuentes son la neumonía recurrente empiema , neumotórax y absceso de pulmón se encuentran a menudo crepitantes inspiratorios y espiratorios en bases puede haber roncus y sibilancias el paciente puede tener sinusitis crónica y polios nasales la afectación es grave se pueden observar acropaquias, las RADIOGRAFIA DE TORAX: puede ser normal o a veces hay imágenes en nido de golondrina rail de tranvía o en anillo de sello aunque son poco sensibles y específicas se observan mejor con la TC de alta resolución TCAR suele haber obstrucción al flujo aéreo, para confirmar el diagnóstico en la actualidad se realiza una TC de alta resolución TCAR los hallazgos característicos son dilatación de las vías respiratorias un diámetro de la vía aérea 1.5 veces el diámetro de la arteria pulmonar adyacente , ausencia de disminución del calibre de la vía aérea es patológicos encontrar una estructura tubular a menos de 1 cm de la pleura , engrosamiento de la pared bronquial y signos de secreciones impactada patrón de árbol en brote, la fibrobroncoscopia está indicada si hay hemoptisis cuando las bronquiectasias esta localizadas se requiere haber estudiados microbiológicos en pacientes con complicaciones infecciosas de mala evolución.

TRATAMIENTO

El tratamiento se basa en tres pilares: eliminar si existe, la obstrucción bronquial, mejorar la eliminación de las secreciones que se consigue con una adecuada hidratación , con fisioterapia respiratoria y drenaje postural mantenidos las dos últimas son especialmente importante si hay una producción de esputo mayor de 30 ml / día el empleo de mucolíticos está sujeto a controversia, controlar las infecciones con el uso de antibióticos en las agudizaciones durante 10 a 15 días se usa un tratamiento de amplio espectro ampicilina, amoxicilina , amoxicilina – ácido clavulánico , cefuroxima o cefaclor en la infección por pseudomonas el único tratamiento efectivo vía oral es ciprofloxacino, induce una rápida aparición de resistencias se hace un tratamiento específico en función de la causa si existe un déficit de inmunoglobulinas se hace tratamiento sustitutivo o en la fibrosis quística se administra ADN asa recombinante en aerosol, que mejora la función pulmonar al reducir la viscosidad del esputo.

Bibliografía

borstnar, r. c. (2016). *medicina interna*. elsevier.

castelao , j. n., martin, b. g., & mirambeaux, r. v. (2020). *neomologia y cirugia toracica*. cto.

j., j. l. (2018). *medicina interna*. mcgraw-hill.

