

**“ASMA”**

**DOCENTE: RICARDO ACUÑA DEL SAZ.**

**MATERIA: CLÍNICAS MÉDICAS  
COMPLEMENTARIAS.**

**ALUMNO: MIGUEL VELASQUEZ CELAYA.**

**TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.**

## **DEFINICION**

En la clínica del aparato respiratorio se entiende por síndrome al conjunto sistematizado de signos obtenidos en la exploración que tiene como base un determinado estado anatomopatológico producido por varias causas. Estos síndromes abarcan alteraciones del parénquima pulmonar o de la cavidad pleural

## **EPIDEMIOLOGIA**

En los últimos años se han observado cambios epidemiológicos con un aumento de la prevalencia de enfermedad pleuropulmonar, así como cambios en la etiología, pudiendo estar relacionados con el uso más racional de antibióticos.

## **CLASIFICACION**

Para su estudio se dividen en síndromes pulmonares y síndromes pleurales

### **Pulmonares**

- Condensación
- Atelectasia
- Rarefacción
- Cavitario

### **Pleurales**

- Derrame pleural
- Neumotórax
- Pleuritis seca
- Paquipleuritis

## **ETIOLOGIA**

Desde el punto de vista de la exploración física, para que las alteraciones del parénquima pulmonar o de la cavidad pleural den origen a un síndrome, coexisten dos condiciones:

- a) la porción dañada en la pleura o en el pulmón debe ser de magnitud suficiente para modificar los signos normales de la exploración;
- b) la lesión debe estar ubicada en porciones del pulmón cercanas a la pared del tórax para que los cambios puedan ser obtenidos por las maniobras de exploración

## **DIAGNOSTICO**

Los hallazgos identificados durante la inspección, palpación, percusión y auscultación del tórax permiten obtener signos que al agruparlos se integran en los llamados síndromes pleuropulmonares.

## **SINDROMES PULMONARES**

### ***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

- Inspección : la movilidad del hemitórax afectado está disminuida
- Palpacion: se corrobora la hipomovilidad, las vibraciones vocales están aumentadas
- Percusion: la sonoridad está disminuida o abolida; es decir, no hay resonancia pulmonar o claro pulmonar; la sonoridad es mate o submate
- Auscultacio : los ruidos respiratorios están aumentados de intensidad y son audibles en la espiración, acompañados de un soplo tubario (a veces)

### ***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 transmisión de la voz. 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.

### ***Síndrome físico cavitario***

Existe cuando hay destrucción del parénquima pulmonar con formación de una cavidad (éste debe ser de 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.

- Inspección: disminución de los movimientos respiratorios del lado afectado.
- Palpación: corrobora la disminución de los movimientos del tórax del lado afectado.
- Percusión: mate.
- Auscultación: existe un soplo anfórico o soplo cavitario. El sonido es más grave entre más grande sea la cavidad y cambia conforme el tamaño de la cavidad y se llena de secreciones.

### ***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.

- Inspección: tórax aumentado de volumen, en inspiración permanente, con costillas horizontales y el ángulo bicostal muy abierto; escasa o nula movilidad torácica.
- Palpación: corrobora la disminución de los movimientos respiratorios y vibraciones vocales disminuidas con disminución de los movimientos entre la inspiración y la espiración sólo de 1 a 2 cm, cuando al menos deben ser de 4 a 6 cm.
- Percusión: hipersonoridad que se corrobora con el atrapamiento de aire como consecuencia de la hiperdistensión pulmonar, la línea de demarcación entre la sonoridad pulmonar y la región lumbar, línea de Mouriquand, está descendida y no es raro encontrarla en el décimo o undécimo espacio intercostal, con huecos supraclaviculares hipersonoros.
- Auscultación: ruidos respiratorios disminuidos, transmisión de la voz disminuida en ambos hemitórax. Con frecuencia se pueden percibir estertores roncantes, silbantes y pientes al final de la espiración.

### **SINDROMES PLEURALES**

Estos síndromes comprenden los llamados secos (pleuritis seca, sinfisis pleural y paquipleuritis) y los 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
- 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
- Auscultación: ruidos respiratorios abolidos o solamente disminuidos en la región basal; cuando existe una condensación pulmonar puede aparecer un soplo pleural, ruido semejante al soplo tubario. La voz tiene egofonía

### ***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 transmisión de la voz disminuida o abolida.

### ***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, transfiectivo, aumenta con la tos y los movimientos respiratorios.
2. Frote o roce pleural: Denominado como ruidos de rechinido 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.

## **TRATAMIENTO**

### **Pulmonares**

- Condensación: Debe ser precoz y específico para el agente causal
- Atelectasia: La evidencia de la eficacia de la mayoría de los tratamientos para la atelectasia es débil o ausente. No obstante, las medidas comúnmente recomendadas incluyen fisioterapia respiratoria para ayudar a mantener la ventilación y eliminación de secreciones, y el fomento de técnicas de expansión de pulmón, como tos dirigida, ejercicios de respiración profunda, y el uso de un espirómetro incentivador. Lo más importante, la causa de la atelectasia (p. ej., tapón mucoso, cuerpo extraño, tumor, masa, efusión pulmonar) debe ser tratada
- Rarefacción: Supresión total del tabaquismo, infecciones respiratorias, irritantes físicos o químicos del árbol respiratorio. Uso de esteroides, broncodilatadores, antiinflamatorios y oxigenoterapia
- Cavitario: En el caso de consolidación cavitada, la consolidación original puede resolver y dejar sólo una pared delgada.

## **Pleurales**

- Derrame pleural: La selección del antibiótico se realiza teniendo en cuenta el origen comunitario del derrame pleural, las características del paciente, las peculiaridades microbiológicas geográficas y locales y la actividad del antibiótico en el LP
- Neumotórax: El primer neumotórax espontáneo primario a menudo se resuelve con una simple aspiración, pero si recurre, debe someterse al paciente a toracoscopia. El neumotorax espontaneo secundario casi siempre requieren una sonda pleural y se debe contemplar la posibilidad de realizar una pleurodesis, una toracoscopia o ambas (con abrasión pleural o administración de una sustancia esclerosante). En el neumotórax traumático casi siempre es necesario colocar una sonda pleural. En el neumotorax por tension el tratamiento es urgente, ya sea mediante la colocación de una sonda pleural o, si esto no es posible, se introduce una aguja grande en el espacio pleural a través del segundo espacio intercostal.



- Pleuritis seca: comprende el control del dolor y el tratamiento de la afección subyacente.

## Bibliografía

1. Herrera-García JC, Sánchez-Pérez R. *Síndromes pleuropulmonares: de la fisiología a la neumología*. Med Int Méx 2015;31:289-295.
2. *Diagnóstico y Tratamiento del Derrame Pleural*. México: Secretaría de Salud ; 03/11/2016. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>
3. Herring, William. (2012). *Radiología básica: aspectos fundamentales*. Barcelona, España: Elsevier