



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

“SINDROMES PLEUROPULMONARES”

**ALUMNA: ALEJANDRA VELASQUEZ
CELAYA**

SEMESTRE: 7º

UNIDAD: 2

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ

**ASIGNATURA: CLINICAS MEDICAS
COMPLEMENTARIAS**

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS, ABRIL 2021

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. Los procesos patológicos del pulmón y de la pleura modifican su estado físico y morfológico.

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: inflamatoria lobar (lobular) o a forma neumónica e inflamatoria lobulillar, multifocal o a forma bronconeumónica
- Atelectasia: subsegmentarias, por compresión y obstructivas
- Rarefacción: circunscrito o cavitario y difuso o generalizado
- Cavitario: supurativa, caseosa, isquémica, dilatación quística de las estructuras pulmonares, desplazamiento del tejido pulmonar por estructuras quísticas o por necrosis secundaria a neoplasias

Pleurales

- Derrame pleural: exudados y trasudados
- Neumotórax: pueden ser *primarios*, es decir, cuando aparecen en lo que aparentemente es un pulmón normal (p. ej., el neumotorax espontáneo), y *secundarios*, es decir, cuando aparecen sobre un pulmón afectado por otra enfermedad (p. ej., el *enfisema*). También se han clasificado en función de la presencia o la ausencia de un «desplazamiento» de las estructuras

mediastínicas móviles: *neumotorax simple*: las estructuras mediastínicas no suelen estar desplazadas y *neumotorax a tensión*: las estructuras mediastínicas suelen alejarse del neumotorax

- Pleuritis seca
- Paquipleuritis

ETIOLOGIA

La etiología más común de síndrome de condensación es la neumonía.

Las causas frecuentes de atelectasia suelen estar asociadas a uno de los factores siguientes:

- El taponamiento de uno de los tubos (bronquios) que se ramifican desde la tráquea y conducen al tejido pulmonar
- Enfermedades que reducen la respiración profunda o deprimen la capacidad de una persona para toser

Los síndromes de rarefacción se integran con pacientes que cursan con enfisema pulmonar.

Las tres causas más comunes de cavidades son el carcinoma, absceso piógeno y tuberculosis.

Las causas principales de los derrames pleurales trasudativos son insuficiencia ventricular izquierda (causa más común de derrame pleural), embolia pulmonar y cirrosis. Las causas principales del derrame pleural exudativo son neumonía bacteriana, neoplasias, infección vírica y embolia pulmonar. En México, la frecuencia de Derrame Pleural (DP) se ha descrito únicamente a nivel hospitalario y las principales causas de éste son: el derrame por Tuberculosis (TB) y el derrame paraneumónico.

El neumotórax espontáneo primario es casi exclusivo de fumadores. La mayoría de los neumotórax espontáneos secundarios se deben a enfermedad pulmonar obstructiva. El neumotórax iatrógeno es un tipo de neumotórax traumático cada vez

más común. El neumotorax a tension suele originarse durante la ventilación mecánica o con los esfuerzos de reanimación.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de EPP se basa en criterios clínicos y radiológicos básicamente

SINDROMES PULMONARES

Síndrome físico de condensación

Es el resultado de cambios físicos que producen llenado del alvéolo de algún material distinto al aire, como en el caso de infecciones tales como neumonía bacteriana, tuberculosis, o bien tumores.

A la inspección la movilidad del hemitórax afectado se encuentra disminuida por disminución de la elasticidad del pulmón. A la palpación, las maniobras de amplexión y amplexación corroboran dicha disminución de la movilidad y las vibraciones vocales están aumentadas debido a que esa parte del pulmón transmite más vívidamente los sonidos, tal como lo haría un medio solido. A la percusion la sonoridad está disminuida o abolida y se percute más bien un sonido mate o submate. A la auscultación, el ruido respiratorio se encuentra aumentado de intensidad, además de que puede escucharse un soplo «tubario». Puede haber también fenómenos agregados como estertores.

Síndrome físico de atelectasia

Se produce cuando se obstruye un bronquio ya sea por vía intrínseca como un tumor o cuerpo extraño dentro del mismo, o bien por vía extrínseca como una compresión ocasionada por una tumoración que se encuentre fuera de la luz del bronquio. En cualquiera de estas situaciones, la consecuencia producida es que el aire que se encuentra dentro de los alvéolos es absorbido por la sangre circulante

y se produce la atelectasia, lo que conlleva a una disminución del volumen del pulmón afectado, reduciendo así su tamaño y causando retracción de las estructuras que están adyacentes al mismo.

A la inspección los hallazgos deben buscarse desde la exploración del cuello, en el cual la palpación de la tráquea denotará una retracción de la misma hacia el hemitórax afectado, existe disminución del tamaño de los espacios intercostales del tórax óseo, con disminución del tamaño del hemitórax afectado y de los movimientos del mismo. A la palpación, las maniobras de amplexión y amplexación se encuentran disminuidas y las vibraciones vocales están disminuidas o ausentes; la percusión será mate o submate y no se auscultan ruidos respiratorios ni la transmisión de la voz pues el parénquima pulmonar se encuentra colapsado al igual que los bronquios dentro del mismo.

Síndrome físico cavitario

Es el resultado de la destrucción del parénquima pulmonar con formación de una caverna de paredes gruesas que circunda una zona con ausencia de tejido, misma que se encuentra llena de aire, siempre y cuando no tenga un proceso infeccioso sobreagregado ya sea por hongos o bacterias. Los ejemplos clásicos son las cavernas por tuberculosis, quistes, bulas, neumatoceles o hasta abscesos pulmonares.

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.

Síndrome físico de rarefacción

Es característico de los pacientes que tienen enfisema pulmonar. La forma del tórax es el llamado «tórax en tonel». El movimiento respiratorio, las maniobras de amplexión y amplexación, las vibraciones vocales, el ruido respiratorio y la transmisión de la voz se encuentran disminuidos, a la percusión en vez de encontrar claro pulmonar se percute hiperclaridad generalizada.

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

Se presenta cuando el líquido contenido en el espacio entre ambas pleuras incrementa tanto que supera la reabsorción del mismo. Existen seis mecanismos para que ello suceda y da como resultado que a la inspección, el movimiento respiratorio del hemitórax afectado se encuentra bajo, las maniobras de amplexión y amplexación van a estar disminuidas lo mismo que las vibraciones vocales por debajo del nivel del derrame, se percute mate y a la auscultación el ruido respiratorio se encuentra disminuido o ausente al igual que la transmisión de la voz.

Es importante recordar que en ocasiones la única manera para diferenciar un derrame pleural de una atelectasia es encontrar desplazamiento o retracción de la tráquea hacia el lado afectado ya que ambos síndromes son muy similares.

Síndrome físico de neumotórax

Presente cuando hay aire en el espacio entre ambas pleuras como resultado de la ruptura de la pleura visceral permitiendo dicha fuga, hecho favorecido por la presión negativa de la cavidad, igualándola con la presión atmosférica, lo que produce colapso pulmonar.

A la exploración física se encuentra descenso del movimiento respiratorio, al igual que las maniobras de amplexión y amplexación. Las vibraciones vocales, la transmisión de la voz y el ruido respiratorio se encontrarán ausentes, a la percusión encontramos timpanismo en el hemitórax afectado.

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
4. Báez-Saldaña, Renata, Monraz-Pérez, Sergio, Fortoul-Van der Goes, Teresa, Castillo-González, Patricia, Rumbo-Nava, Uriel, García-Torrentera, Rogelio, & Ortiz-Siordia, Rebeca. (2016). *Exploración física toracopulmonar. Proyecto tutorial-interactivo*. Neumología y cirugía de tórax, 75(3), 237-252. Recuperado en 31 de marzo de 2021, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-37462016000300237&lng=es&tlng=es.