



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
LIC. EN MEDICINA HUMANA**

**CUARTO SEMESTRE
TERCER PARCIAL**

FISIOPATOLOGÍA

**ENSAYO
TUBERCULOSIS PULMONAR**

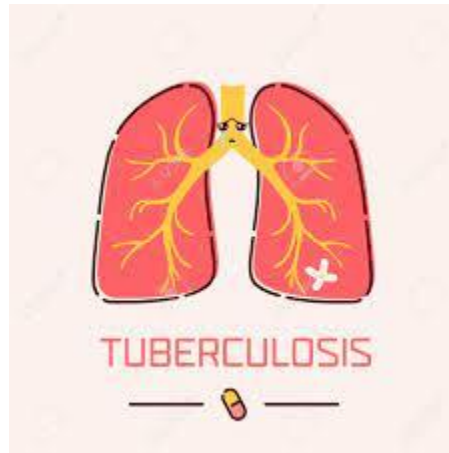
DOCENTE:

Dr. Manuel Eduardo López Gómez

ALUMNA:

Angélica Montserrat Mendoza Santos

TUBERCULOSIS PULMONAR



La Tuberculosis es una enfermedad infecto–contagiosa, causada por un grupo de bacterias del orden de Actinomicetales de la familia Micobacteriacea, el complejo M.

El mecanismo más frecuente de transmisión es la vía aérea esto significa que es al toser o estornudar por medio de las gotas de “flügge” que emite una persona enferma con tuberculosis a otra persona sana expuesta de manera cercana y que cuenta con susceptibilidad para enfermar

La lesión ocurre predominantemente en los lóbulos superiores pulmonares y se conoce como foco de Ghon o chancro de inoculación primario de Gohn.

Los bacilos tuberculosos son drenados a través de las vías linfáticas a los ganglios linfáticos torácicos locorreionales, donde se producen reacción y necrosis similares a las que ocurren en el parénquima pulmonar

Durante la fase de invasión tisular, los bacilos tuberculosos pueden ser vehiculizados al torrente sanguíneo, produciéndose una fase de bacilemia durante la cual los microorganismos tienen acceso y pueden tomar asiento en prácticamente todos los órganos y se puede desarrollar una enfermedad tuberculosa en esta primera fase o después, en un período de reactivación.

La evolución habitual de las lesiones pulmonares es hacia la fibrosis y la calcificación.

La tuberculosis pulmonar primaria ha sido descrita clásicamente como típica de los niños o adultos jóvenes.

La forma más frecuente se manifiesta como una progresión del foco de Gohn, ya sea en su localización original o en otras zonas pulmonares.

El síntoma más frecuente es la fiebre, que puede alcanzar temperaturas de 39 °C, seguido por el dolor torácico, generalmente descrito como una sensación de malestar.

La tos es infrecuente en las fases iniciales de la enfermedad, así como también otros síntomas, como disnea o dolor articular.

Inicialmente suele ser seca y, a la vez que se desarrollan las lesiones necróticas y cavitarias, se hace productiva.

El esputo presenta en un principio características mucosas, con posterioridad se hace purulento, aunque raramente fétido, y suele presentar restos hemáticos

La fiebre es un síntoma importante y aparece en un 81% de los enfermos, si bien hasta un 50% de enfermos no la presentan en las fases iniciales y suele aparecer en pacientes con lesiones extensas.

La exploración física no suele ser útil para establecer el diagnóstico de tuberculosis pulmonar.

En presencia de enfermedad inicial la exploración suele ser normal, posteriormente pueden apreciarse en la auscultación pulmonar estertores crepitantes, estertores húmedos y roncus en relación con la presencia de secreciones.

Una forma especial de tuberculosis pulmonar es la endobronquial, que puede ocurrir en ausencia de lesiones parenquimatosas apreciables en la radiografía de tórax

En la broncoscopia se aprecia una mucosa de aspecto inflamatorio con un tejido friable, nodular y vascularizado, que puede simular un carcinoma broncogénico y que en fases evolucionadas puede revelar una estenosis bronquial significativa

La tuberculosis pleural típica aparece en ausencia de enfermedad parenquimatosa y suele ocurrir entre 3 y 7 meses después de la infección tuberculosa,

Aunque puede retrasarse hasta 2 años o aparecer como una complicación de una tuberculosis pulmonar posprimaria

Se asume que la tuberculosis pleural se debe a la rotura de un foco de caseum en la cavidad pleural.

La presencia del bacilo tuberculoso en la misma dispara una reacción de hipersensibilidad mediada por linfocitos T CD4+ en la cual se produce exudación de proteínas del plasma hacia la cavidad pleural y el consecuente derrame pleural.

FISIOPATOLOGÍA

Los bacilos tuberculosos son fagocitados por macrófagos en el interior permanecen y se replican aproximadamente cada 25 horas.

En esta etapa, los macrófagos no matan ni destruyen a los bacilos en multiplicación, pues éstos tienen mecanismos de evasión muy eficientes.

El progreso de la infección solamente es limitado por la inducción de inmunidad adaptativa mediada por la respuesta celular dependiente de linfocitos T, por lo que cualquier factor endógeno o exógeno que la altere favorece la multiplicación bacilar y la aparición de la enfermedad.

La respuesta humoral mediada por anticuerpos no es relevante en la protección contra M. tuberculosis, pero la presencia de anticuerpos específicos puede ser útil como evidencia de infección

La tuberculosis, es c a u s a d a p o r e l desarrollo progresivo y crónico de la bacteria, muestra signos, síntomas e imágenes radiológicas características y se asocia con la presencia de alguna forma de inmunodeficiencia

SIGNOS Y SINTOMAS

Fiebre o febrícula

Tos con expectoración por más de dos semanas

Pérdida de peso

Anorexia

Diaforesis

Presencia de adenopatías

Presencia de flemas y/o sangre en la expectoración

Datos de dificultad respiratoria

Dolor en el pecho o espalda

Todos los órganos pueden desarrollar tuberculosis, la forma más común es la pulmonar y de las extrapulmonares, las más frecuentes son: ganglionar, del Sistema Nervioso Central, renal, genital, peritoneal, cutánea, osteoarticular, miliar, tuberculosis en el oído y perinatal entre otras.