

## **RESUMEN**

**Materia:**  
Inmunoalergias.

**Docente:**  
Dr. Diego Rolando Martínez Guillén.

**Semestre:**  
8° "B".

**Alumna:**  
Michelle Junuem Maldonado Hernández.

**Fecha:**  
27 de mayo del 2022

# DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CASOS NUEVOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR.

## Definición

La tuberculosis pulmonar se define como, una enfermedad infecto- contagiosa producida por micobacterias del complejo Mycobacterium tuberculosis (M.hominis, M. Bovis, M. Africanum), que afecta el parénquima pulmonar con alto grado de contagiosidad.

Caso nuevo de tuberculosis pulmonar: es aquel paciente en quien se diagnostica tuberculosis pulmonar y nunca ha recibido tratamiento antifímico.

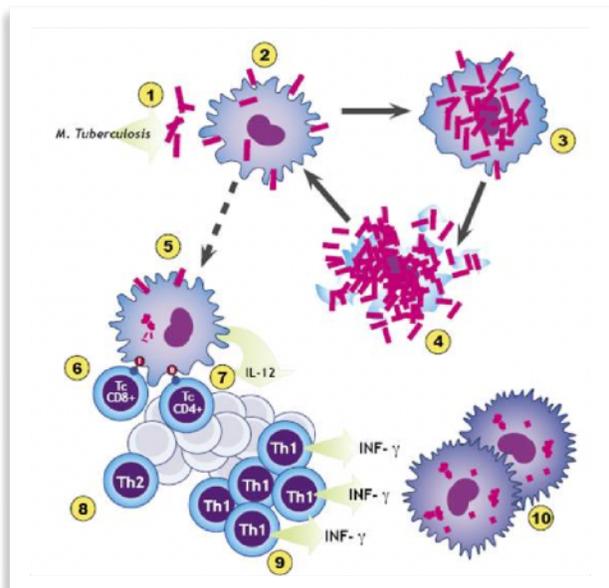
## Epidemiología

La tuberculosis es un problema de salud pública en México, a nivel mundial se calcula que el 32% de la población ha tenido una infección por Mycobacterium tuberculosis.

## Fisiopatología y células involucradas.

Una vez que la persona inhala el M. tuberculosis, a través de las microgotas de expectoración que un enfermo de TB expulsa cerca, éstos se dirigen a los alvéolos pulmonares, los bacilos tuberculosos (1) son fagocitados por macrófagos (2) en cuyo interior permanecen y se replican aproximadamente cada 25 horas (3). En esta etapa, los macrófagos no matan ni destruyen a los bacilos en multiplicación (4), ya que 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 cual 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*, no obstante, la presencia de anticuerpos específicos puede ser útil como evidencia de infección.

En los sujetos inmunocompetentes, la respuesta celular se induce cuando los antígenos micobacterianos son procesados por células dendríticas y macrófagos (células presentadoras de antígeno, CPA) (5) y presentados a los linfocitos T (CD4+ (6) y CD8+ (7). Por acción de la interleucina 12 (IL- 12), producida por las CPA, los linfocitos T Cd4+ forman una clona Th1 (8) productora de las citocinas IL-2, factor de necrosis tumoral beta (TNF-β) e interferón gamma (IFN-γ) (9).

En la infección tuberculosa, el IFN-γ interviene como un potente activador de los macrófagos, que así son capaces de matar y digerir los bacilos intracelulares que lo infectan (10). Como resultado, en los sitios de multiplicación de las micobacterias se acumulan macrófagos y linfocitos T activados que progresivamente forman granulomas, en cuyo interior se eliminan la gran mayoría de las bacterias.

### Factores de riesgo socioeconómicos

- Estilos de vida.
- La cultura.
- Creencias acerca de la enfermedad.
- Estigmatización.
- Género.
- Edad.
- Alto costo y duración del manejo integral.

### Cuadro clínico.

Signos y síntomas	
Tos con expectoración > 2 semanas	Presencia de adenopatías
Fiebre o febrícula	Hemoptisis
Pérdida de peso	Datos de dificultad respiratoria
Anorexia, hiporexia	Dolor de pecho o de espalda

## Pruebas diagnósticas

- El examen de esputo para la búsqueda de Bacilos ácido- alcohol resistentes (BAAR) es la prueba diagnóstica más importante en aquellos pacientes con sospecha de tuberculosis pulmonar. Tiene una sensibilidad de (51.8%) y especificidad de (97.5%).
- La PCR es una técnica altamente sensible para detectar micobacterias, en esputo, aún cuando el cultivo es negativo. No debe ser utilizada para monitorización del tratamiento.

## Diagnóstico y tratamiento de casos nuevos de tuberculosis pulmonar

