



**Francisco Javier Pérez López**

**DRA. Karen Alejandra Morales  
Moreno**

**“Infecciones respiratorias”**

**Materia: Clínicas pediátricas**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**Grado: 7° semestre**

Comitán de Domínguez Chiapas a 2 de Junio del 2023

## RESFRIADO COMÚN

Es una infección vírica aguda del tracto respiratorio superior que cursa con rinorrea y obstrucción nasal, con frecuencia se denomina "Rinitis infecciosa", sería más correcto hablar de rinosinusitis.

## ETIOLOGÍA:

- + 200 tipos de rinovirus humano
- RUH se asocia a + del 50%
- Virus respiratorio sincitial
- Metaneumovirus humano
- Virus paragripales
- Adenovirus.

## EPIDEMIOLOGÍA

Se produce en cualquier momento del año, pero la incidencia es > Otoño - Primavera. Los niños pequeños presentan un promedio de 6-8 RC, cada año, los adultos sufren 2-3 resfriados por año.

## PATOGENIA

- Los virus se diseminan x 3 mecanismos:
- Contacto directo con las manos (Autoinoculación).
  - Inhalación de aerosoles transportadas por el aire
  - Debidas a la tos, o depósitos de aerosoles que aterrizan sobre la mucosa nasal o conjuntival.

## DIAGNÓSTICO

- Reacción en cadena de la polimerasa (PCR)
- Cultivo
- Detección de antígeno o métodos serológicos.

## TRATAMIENTO

- De soporte y preventivo
- Hidratación adecuada (Fluidificar y calmar secreciones).
- Solución salina nasal tópica
- AINES *¿coales?*
- Gotas nasales de suero salino
- Antihistamínicos de 1ª generación *¿coales?*

## PREVENCIÓN:

Lavado de manos frecuente y evitando tocarse la boca, la nariz y los ojos.

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

- Varía dependiendo de la edad y virus
- Fiebre y secreción nasal (Predomina en lactantes)
- Empieza 1-3 días post infección, dura aproximadamente 1-2 sem.
- Dolor "Picor" de garganta.
- Rinorrea
- Obstrucción nasal
- Tos 2/3 de los resfriados
- Cefalea, ronquera, irritabilidad, dificultad para dormir, ↓ apetito.
- ⇒ E. F.
- Tumefacción y aspecto eritematoso de los cornetes, presión anómala del oído medio, adenopatía cervical anterior, inyección conjuntival.

## COMPLICACIONES

- Otitis media Aguda (*+ frecuente*)
- Sinusitis
- Agudización del asma (potencialmente grave).

SINUSITIS



Existen dos tipos de sinusitis aguda; vírica y bacteriana, que se asocian a una morbilidad aguda y crónica significativa y a posibles complicaciones graves.

Habitualmente los senos etmoidales y maxilares ya están presentes en el momento del nacimiento, aunque solo los primeros se encuentran neumatizados. Los senos maxilares no se neumatizan hasta los 4 años de edad. Los esfenoidales existen ya a los 5 años, los frontales se empiezan a desarrollar a los 7-8 años y se completa hasta la adolescencia. Los senos paranasales son estériles en condiciones normales y se mantienen así gracias al sistema de depuración mucociliar.

ETIOLOGIA:

- Sinusitis bacteriana aguda
- Streptococcus pneumoniae
- Haemophilus influenzae no tipificable
- Moraxella catarrhalis

EPIDEMIOLOGIA )

- Se puede producir a cualquier edad
- Factores predisponentes:
  - Infección vírica de VRS
  - Rinitis alérgica
  - Exposición al humo del tabaco
  - Niños con inmunodeficiencias
  - Inmunodepresión debida a trasplante de médula ósea
  - Px con intubación nasotraqueal o sonda nasogástrica.

PATOGENIA

Inicialmente el Px presenta una rinosinusitis vírica, con anomalías de la mucosa (engrosamiento, edema, inflamación). Las bacterias de la nasofaringe que entran en los senos se suelen eliminar con rapidez, pero la inflamación y el edema que se producen en la rinosinusitis vírica pueden bloquear el drenaje de los senos y alterar la depuración mucociliar de las bacterias.

MANIFESTACIONES CLINICAS:

- Congestión nasal
- Rinorrea purulenta
- Fiebre
- Tos
- Algunos otros como; halitosis, disminución del sentido del olfato, edema periorbitario, molestia en los dientes maxilares, dolor o presión que se agudiza al inclinarse hacia delante

CRITERIOS DX.

- 2 síntomas mayores o 1 síntoma mayor y más o igual a 2 menores.
- Síntomas mayores:
  - Secreción nasal ant. purulenta
  - Secreción nasal post. purulenta
  - Congestión o repleción facial
  - Congestión u obstrucción nasal
  - Dolor o presión facial
  - hiposmia o anosmia
  - fiebre
- Síntomas menores:
  - Cefalea
  - Dolor, presión o repleción en el oído
  - Halitosis
  - Dolor dental
  - Tos
  - Fiebre
  - Astenia

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Eritema con tumefacción de la mucosa nasal y rinorrea purulenta.
- Dolor a la presión de los senos.

DIAGNOSTICO

Clínico: IVRS con tos y rinorrea durante más de 10 días sin mejoría, o la aparición de fiebre de 39°C y rinorrea purulenta de 3-4 días consecutivos. Cultivo de aspirados de los senos. Dada la inespecificidad del CC, el DX diferencial debe incluir infecciones víricas de las VRS, rinitis alérgica y no alérgicas y cuerpos extraños nasales.

COMPLICACIONES

- Celulitis periorbitaria (orbitaria más frecuente).
- Absceso epidural
- Meningitis
- Trombosis del seno cavernoso
- Empiema subdural
- Absceso cerebral

PREVENCIÓN

- Lavado de manos frecuente, evitar contacto con las personas resfriadas.

## TRATAMIENTO

- Tratamiento inicial con Amoxicilina (45 mg.kg. día dividido en dos dosis iguales).
- En los que no responden al TX inicial con amoxicilina durante 2 horas, o con sinusitis graves, se debe realizar un tratamiento con dosis elevadas de amoxicilina-clavulánico (80-90 mg.kg.día). Se puede administrar ceftriaxona (50 mg.kg IV O IM) en niños que vomitan o que tienen riesgo de mal cumplimiento terapéutico; posteriormente se debe dar un ciclo de antibióticos orales.
- La ausencia de respuesta a estos tratamientos justifica la derivación a un otorrinolaringólogo para una valoración adicional porque puede ser necesaria la aspiración del seno maxilar para cultivo y realización de pruebas de sensibilidad.

# FARINGITIS AGUDA

se refiere a la inflamación de la faringe, puede producir eritema, edema, exudado o un exantema (úlceras, vesículas).

## Fx. relacionados

- Ambientales
- Humo de tabaco
- Contaminación amb. y alérgicas
- Contacto con sustancias cáusticas
- Alimentos y líquidos calientes
- Microorganismos infecciosos.

## ETIOLOGIA

### Viral

- ✓ Otoño, primavera, invierno.
- ✓ Virus gripales, paragripales
- ✓ Adenovirus
- ✓ Coronavirus
- ✓ Enterovirus
- ✓ Rinovirus
- ✓ VRS
- ✓ Citomegalovirus

### Bacteriano

- o EGA
- o Estreptococo del grupo Cy6
- o Arcanobacterium haemolyticum
- o Francisella tularensis
- o Neisseria gonorrhoeae
- o Mycoplasma pneumoniae
- o Chlamydia pneumoniae
- o Chlamydia trachomatis
- o Haemophilus influenzae

## Manifestaciones clínicas

### Virica

- Conjuntivitis
- Coriza
- Tos
- Diarrea
- Ronquera
- Estomatitis con úlceras bien definidas
- Exantema vírico

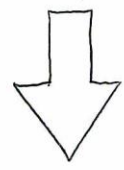
### Bacteriano

- Inicio súbito
- 5-15 años
- Fiebre
- Cefalea
- Náuseas, vómitos, dolor abdominal
- Inflamación faringoamigdalina
- Exudado faringoamigdalino parcheado
- Petequias en el paladar
- Adenitis cervical anterior
- Invierno y Primavera
- Exposición a Faringitis
- Exantema escarlatini forme.

## DIAGNÓSTICO

- Criterio clínico
- Cx de centor, asignando 1 punto a:
  - Fiebre > 38 °C
  - Ausencia de Tos
  - Adenopatía cervical anterior dolorosa a la palpación
  - Tumefacción o exudado en las amígdalas
  - Edad 3-14 años
- \* Una puntuación ≥ 4 se asocia a una prueba de laboratorio (+) para EGA.
- \* El estudio de lab. es esencial para un dx exacto.

- Cultivo faríngeo
- Pruebas de detección rápida de antígenos



# FARINGITIS AGUDA: TRATAMIENTO

## Viral

→ Sintomático:

1. Antipirético (Paracetamol)
2. Analgésico (Ibuprofeno.)

1 → 10-15 mg / Kg / c/4-6 hrs VO

2 → 5-7 mg / Kg / dosis / 6-8 h VO

## Bacteriano

② Amoxicilina: < 27 Kg: 50 mg / Kg / día VO x 10 días

Penicilina V: 250 mg 2 veces / día ← < 27 Kg, VO x 10 días

↳ > 27 Kg: 500 mg / 12 hrs, VO, x 10 días

① Penicilina G benzatina: < 27 Kg: 600,000 UI - IM, 1 vez

↳ > 27 Kg: 1,2 millones de UI - IM, 1 vez

→ Penicilina G benzatina + G procaína

↳ 900.000 UI + 300.000 UI - IM, 1 vez.

## Px. Alérgicos a penicilina.

→ Eritromicina: • Etilsuccinato: 40 mg / Kg / día dividido en 2 dosis x 10 días

• Estolato: 20-40 mg / Kg / día dividido en 2 dosis x 10 días.

→ Claritromicina: 15 mg / Kg / día, dividido en 2 dosis x 10 días.

→ Azitromicina: 12 mg / Kg el día 1; 6 mg / Kg los días 2-5

→ Clindamicina 20 mg / Kg día dividido en 3 dosis x 10 días

10 MUY BIEN

**Obstrucción inflamatoria aguda de las vías superiores (crup, epiglotitis, laringitis y traqueítis bacteriana).**

La inflamación que afecta a las cuerdas vocales y a las estructuras inferiores a las mismas se denomina laringitis, laringotraqueítis, o laringotraqueobronquitis y la inflamación de las estructuras proximales a las cuerdas se llama supraglotitis.

el término crup alude a un grupo heterogéneo de procesos infecciosos, en su mayoría agudos; tos metálica a modo de ladrido y se puede acompañar de ronquera, estridor inspiratorio y dificultad respiratoria. El estridor es un sonido respiratorio rudo de tono agudo que suele ser inspiratorio.

**Etiología y epidemiología**

- Paragripales 75% de los casos,
- Virus gripales A (laringotraqueobronquitis graves) y B
- Adenovirus
- VRS
- Virus del sarampión

La mayor parte de los pacientes con crup tienen entre 3 meses y 5 años, con una incidencia máxima en el segundo año de vida.

- Incidencia más alta en varones
- A finales de otoño y primavera
- Crup recurrente = 2 o más episodios similares a crup.

El microorganismo indentificado con más frecuencia en la epiglotitis aguda en PX no vacunados, es Haemophilus influenzae de tipo B, en niños vacunados:

- S.pneumoniae
- S.pyogenes
- S.aureus

**Manifestaciones clínicas:**

- Crup ✓
  - Rinorrea, faringitis, tos leve, febrícula durante 1-3 días, tos perruna ronquera y estridor inspiratorio, los síntomas empeoran por la noche, agitación y llanto agravan los síntomas, voz ronca, coriza,
- Epiglotitis aguda ✓
  - Evolución aguda, rápidamente progresiva, fiebre elevada, dolor de garganta, disnea, o obstrucción respiratoria, signo del pulgar en la RX.
- Laringitis infecciosa aguda
  - Dolor de garganta, tos, ronquera, obstrucción a nivel subglótico.
- Crup espasmódico
  - Afecta a niños de 1-3 años, de forma subita, tos metálica y perruna al despertar inspiración ruidosa, dificultad respiratoria, asioso y asustado, disfonía ligera.

**Diagnóstico diferencial**

La traqueítis bacteriana es el principal DX diferencial y se asocia a riesgo elevado de la obstrucción de la vía respiratoria.

El crup sarampión so casi siempre coincide con las manifestaciones típicas de la enfermedad sistémica y su evolución puede ser fulminante.

La aspiración de un cuerpo extraño puede causar obstrucción respiratoria de inicio súbito

**Complicaciones**

La más frecuente es la extensión del proceso infeccioso, que puede afectar a otras regiones de la vía respiratoria, como el oído medio, los bronquiolos terminales y el parénquima pulmonar.

La epiglotitis también se puede complicar con neumonía, linfadenitis cervical, otitis media o, con menos frecuencia, meningitis o artritis séptica.

**Tratamiento:**

El pilar del tratamiento de los niños con crup es el control de la vía respiratoria y el tratamiento de la hipoxia. La epinefrina racémica nebulizada es el tratamiento establecido para el crup moderado a grave. Se debe administrar en el estridor en reposo. Se puede administrar una dosis de 0,25-0,75 ml de epinefrina racémica al 2,25% diluida en 3 ml de salino normal con una frecuencia de hasta cada 20 minutos.

La epiglotitis es una emergencia médica y exige un tratamiento inmediato con establecimiento de una vía respiratoria artificial en condiciones controladas, bien en un quirófano o en una unidad de cuidados intensivos.

#### **Pronóstico:**

En general, la duración de la hospitalización y la tasa de mortalidad en los casos de obstrucción aguda de la vía respiratoria de origen infeccioso aumenta cuando la infección se disemina y afecta a más zonas, salvo en el caso de la epiglotitis, en la que la propia infección localizada puede ser mortal.

#### **TRAQUEÍTIS BACTERIANA**

Es una infección bacteriana aguda de las VRS que es potencialmente mortal. El patógeno que se aísla con mayor frecuencia es *S. aureus*, *S. pneumoniae*, *S. pyogenes*, *Moraxella catarrhalis*, *H. influenzae* no tipificable.

La media de la edad está entre 5-7 años. Hay un ligero predominio masculino.

#### Manifestaciones clínicas

- Tos metálica
- Fiebre alta
- Toxicidad con dificultad respiratoria
- Parece que el principal dato anatomopatológico es la tumefacción de la mucosa al nivel del cartílago cricoides, a lo que se añade la aparición de abundantes secreciones purulentas y espesas, que a veces causan pseudomembranas.

#### Diagnóstico

- Demostración de una infección bacteriana de las VRS.

#### Tratamiento

- Las recomendaciones de tratamiento empírico de la traqueítis bacteriana incluyen vancomicina o clindamicina y una cefalosporina de tercera generación.

#### Complicaciones

- Las RX de tórax con frecuencia muestran infiltrados parcheados y opacidades focales. Muchas veces también se observa estrechamiento subglótico y una columna de aire traqueal irregular de aspecto mellado.

#### Pronóstico

- El pronóstico es excelente en la mayor parte de los casos. El paciente suele quedar afebril a los 2-3 días de empezar el TX antibiótico correcto, aunque puede ser necesaria una hospitalización prolongada.



# "SIBILANCIAS, BRONQUIOLITIS Y BRONQUITIS."

**FISIOPATOLOGIA DE LAS SIBILANCIAS.** → Sonido musical y continuo ↔ V.A. Estrechada

→ Flujo de aire depende del Tamaño de la V.A.

## "BRONQUIOLITIS AGUDA"

→ C.C. producido por diferentes IV del TRI en lactantes y niños muy pequeños.

Hallazgos respiratorios. Niños < 1 año - 2 años o +

- Taquipnea
- Sibilancias
- Crepitantes
- Roncus

Inflamación de las Vías aéreas Pequeñas.

Caracterizado por edema, moco y restos celulares.  
↳ Resistencia de las Vías aéreas pequeñas ↑ durante la inspiración y la espiración.

### ETIOLOGIA

- VRS - 50%
- Metaneumovirus Humano
- Rinovirus
- Virus parainfluenza
- Influenza
- Bocavirus

⇒ Hipoxemia

- ⇒ Fx de riesgo
- Masculino
  - Exp. a humo de tabaco
  - No lactancia materna
  - Hacinamiento
  - Madres fumadoras en la gestación.

- ⇒ E.F.
- Sibilancias y crepitantes
  - Aleteo nasal y tiraje

### M.C.

- Estornudos y rinorrea transparente
- Hiporexia y fiebre
- Dificultad respiratoria
- Tos paroxística, disnea e irritabilidad
- Taquipnea.

⇒ DX. CLINICO → Asistencia Ventilatoria

↳ Tx: Niños con hipoxemia → Oxígeno

- ↳ Nebulización de sol. salina hipertónica al 3%
- ↳ Hidratación adecuada
- ↳ Lavados nasales con suero fisiológico

## BRONQUITIS

→ "Inflamación bronquial inespecífica y aparece en múltiples enf. infantiles"

◦ Febrícula, Nasofarngitis, conjuntivitis y rinitis. → Provoca **TOS**, Fiebre y Malestar General  
↳ Prolongada de 1-3 semanas

↳ Sonidos respiratorios + ruidosos y aparecen crepitantes, finos y gruesos

→ Tx. Sintomático.

### NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

Inflamación del parenquima pulmonar, es la principal causa infecciosa de muerte en todo el mundo en niños menores de 5 años.

#### Epidemiología

La mortalidad esta estrechamente relacionada con la pobreza.

#### ETIOLOGIA:

- Causas no infecciosas;
  - Aspiración (alimentos, ácido gástrico, cuerpo extraño, hidrocarburos y sustancias lipóideas).
  - Reacciones de hipersensibilidad
  - Neumonitis inducida por fármacos o por radiación.
- Causas infecciosas;
  - Bacteriana (NEUMOCOCCO)
    - Streptococcus pneumoniae - H. Influenzae.
    - Estreptococos del grupo A
    - Estreptococos del grupo B
    - Staphylococcus aureus -
    - Mycoplasma pneumoniae
  - Virica
    - Virus respiratorio sincitial, RINOVIRUS -
    - Virus parainfluenza tipo 1-4
    - Virus influenza A, B
    - Adenovirus
    - Metaneumovirus humanos
  - Parasitaria
    - Ascaris
    - Strongyloides

#### PATOGENIA

Se postula que la neumonia se debe a la alteración de un complejo ecosistema de la vía aérea inferior, tienen lugar interacciones dinámicas entre los posibles patogenos de la neumonia, las comunidades microbianas residentes y las defensas inmunitarias del anfitrión.

- Neumonía virica: Diseminación de una infección a lo largo de la vía aérea y se suele acompañar de lesión directa del epitelio respiratorio, lo que produce obstrucción de la vía aérea por tumefacción, presencia de secreciones anómalas y restos celulares. Pueden predisponer al PX a presentar una infección bacteriana secundaria al alterar los mecanismos defensivos normales del anfitrión, alterar las secreciones y modificar la microbiota del aparato respiratorio.
- Neumonía bacteriana: La mayoría de las veces sucede cuando el microorganismo del aparato respiratorio colonizan la tráquea y posteriormente llegan hasta los pulmones, aunque también se puede producir por siembra directa en el tejido pulmonar después de una bacteriemia. El cuadro morfológico varia según el organismo responsable;
  - M.pneumoniae: Inhibe la acción ciliar y produce destrucción celular, con respuesta inflamatoria en la submucosa. La descamación de residuos celulares, las células inflamatorias y el moco ocasionan obstrucción de la VA.
  - S.pneumoniae: Produce edema local, proliferación de los microorganismos y su extensión hacia zonas adyacentes del pulmón = afectación lobar focal.
  - EGA: Produce necrosis de la mucosa traqueobronquial, grandes cantidades de exudado edema, hemorragia local, se extiende a los tabiques interalveolares y afectación de vasos linfáticos con afectación pleural frecuente.
  - S.aureus: bronconeumonía confluyente, caracterizado por presencia extensa de necrosis hemorrágica y cavitación irregular del parénquima pulmonar, neumatocele, empiema, fistula broncopulmonar.

NEUMONIA RECURRENTE: se define como 2 o más episodios en un único año o 3 o más episodios en cualquier momento, con resolución radiológica entre los episodios.

## MANIFESTACIONES CLINICAS:

Con frecuencia son precedidas por varios días con síntomas de infección respiratoria alta sobre todo rinitis y tos.

- Virica: suele haber fiebre baja
- Taquipnea signo más habitual
- Aumento del trabajo respiratorio
- Tiraje intercostal, subcostal y supraesternal
- Aleteo nasal
- Utilización de músculos accesorios
- Infección grave: Cianosis y letargo
- **Auscultación:** crepitantes y sibilancias
- Bacteriana. Fiebre alta, tos y dolor torácico
- En las primeras fases de la enfermedad se auscultan ruidos respiratorios disminuidos

## DATOS CLINICOS DE NAC ✓

- Tos
- Taquipnea
- Dificultad respiratoria
- Sibilancias
- Estertores
- Dolor torácico
- Sx de condensación
- Fiebre
- Irritabilidad

crepitantes diseminados y roncus en el campo pulmonar afectado. Cuando aparece la consolidación o las complicaciones de la neumonía (derrame pleural o empiema), se produce matidez a la percusión y puede haber disminuido los ruidos respiratorios.

## CRITERIOS DE GRAVEDAD ✓

- Taquipnea; 0-2 meses (60), 2-12 meses (50), 1-5 años (40) mayor a 5 años (20)
- Disnea
- Retracciones (supraesternal, intercostal o subcostal)
- Estridor
- Aleteo nasal
- Apnea
- Alteración del estado mental
- Oximetría de pulso menor 92% con O ambiental

## DIAGNÓSTICO ✓

La presencia de un infiltrado en la RX de tórax (PA y lateral) confirma el diagnóstico de neumonía, también puede identificar una complicación como derrame pleural o empiema. Recuento leucocitario: VIRAL (no supera las 20.000 células/mm<sup>3</sup> con predominio de linfocitos) BACTERIANA (recuento entre 15.000-40.000 Células/mm<sup>3</sup> con predominio de leucocitos poliformonucleares).

PCR- DX definitivo para infección virica, técnicas serológicas.

Aislamiento del microorganismo en sangre, líquido pleural o pulmón- DX definitivo de infección bacteriana.

## TRATAMIENTO ✓

PX ambulatorio:

Neumonía bacteriana:

- Amoxicilina dosis (90 mg/kg/día en 2 dosis, max de 4 g día por 10 días)
- alternativa: Amoxicilina con ácido clavulanato (oral 90 mg/kg/día en 2 dosis por 10 D)
- Alergia a B; lactámicos: azitromicina, claritromicina, eritromicina.

Neumonía con curso atípico:

- Azitromicina oral (inicial 10 mg/kg/día, mantenimiento 5 mg/kg/día por 5 días)
- alternativa: claritromicina oral (15mg/kg/día en 2 dosis por 7-14 días), Eritromicina oral (40 mg/kg/día en 4 dosis por 10 días).

Neumonía de curso viral:

- Oseltamivir (3-8 meses: 6 mg/kg/días oral en 2 dosis), (9-23 meses 7 mg/kg/día en 2 dosis)
- Mayores de 24 meses (4 mg/kg/día en 2 dosis)
- 15-23 kg de peso (90 mg/día en 2 dosis)
- 24-40 kg (120 mg/día en 2 dosis)
- mayores de 41 kg (150 mg/día en 2 dosis)

NAC

PACIENTE HOSPITALIZADO

- Con vacunación completa

ampicilina 150-200 mg/kg/día IV en 4 dosis por 10-14 días

Penicilina G sodica Cristalina 250,000-300,000UI/kg/día IV en 4-6 dosis por 10-14 días

Adicionar vancomicina o clindamicina 40 mg/kg/día cada 6-8 horas

- Con vacunación incompleta

Cefotaxima 150 mg/kg/día IV en 3 dosis por 10-14 días

Ceftriaxona 50-100 mg/kg/día IV en 2 dosis por 10-14 días

Alternativa: Levofloxacino

6 meses-5 años (16-20mg/kg/día en 2 dosis

5-18 años (8-10mg/kg/dosis cada 24 horas por 10-14 días)

# "PLEURITIS, DERRAME PLEURAL Y EMPIEMA"

La pleuritis es la inflamación de la pleura. → Derrame

- Causas:
- Neumonía bacteriana (+ Frecc.)
  - Tuberculosis
  - Insf. cardiaca
  - Lupus Eritematoso
  - Enf. reumaticas
  - Neumonitis por aspiración
  - Neoplasias malignas intratorácicas metastásicas
  - Uremia, absceso subfrénico
  - Pancreatitis, Artritis reumatoide.

Procesos inflamatorios:

- ✓ Pleuritis seca
- ✓ Serofibrinosa o serosanguinolenta
- ✓ Purulenta o empiema.

## PLEURITIS SECA:

Causado por: Infec. pulm. aguda

- Bacteriana
- Virica
- Tuberculosis, LES

Anatomía patológica

Pleura visceral (Líquido seroso amarillento y adherencias)

Tuberculosis → Reacción de hipersensibilidad retardada a M. tuberculosis = Adherencias y Engrosamiento pleural

Deposito de fibrina y adherencias ⇒ **Fibrotórax**

**M.C** • Dolor ↑ con respiración profunda, tos, esfuerzo.  
 ↳ Sordo, Localizado en pared torácica, referrir a espalda y hombro

- Niño tumbado sobre el lado afectado.
- Roco inspiratorio y expiratorio.

## Laboratorios

- ✓ Ptx: Opacidad difusa de la pleura, sombreada.
- ✓ Eco y TC son (+)

## Dx diferencial

- Pleurodinia epidémica
- Traumatismos
- Tuberculosis
- Tumores
- Lesiones en ganglios

## TRATAMIENTO

- ✓ Tx de enf. de base
- ✓ Cinchas para tórax
- ✓ AINES

# PLEURITIS SEROFIBRINOSA O SEROSANGUINOLENTA CON DERRAME PLEURAL.

- ↳ ETIOLOGIA: - Inf. pulmonares  
- Enf. Inf. del abdomen y mediastino  
- LE, periaortitis y A. Reumatoide  
- Neoplasias primarias o metastásicas del pulmón.
- ↳ Presencia de exudado fibrinoso en la superficie pleural y un derrame exudativo de líquido seroso en cavidad pleural.

↳ PATOGENIA \* Normalmente hay 10 ml de líquido en espacio pleural ↔ Ley Starling.

↳ INFLAMACIÓN ↑ permeabilidad de su superficie, > Formación de líquido con proteínas

↳ Obstrucción a la absorción.

M. C.

- Dolor pleurítico → Tos, disnea, tiraje, taquipnea, ortopnea y cianosis.
- Percusión mate o plana, Ruidos resp ausentes o ↓.
- ↓ frémito táctil.

⇒ Pruebas de Lab. - Rx: Densidad generalmente homogénea, borra la trama normal del P.

↳ Posición decúbito supino, erguida.

↳ Estudio del Líquido: Dif. exudados de los trasudados y Tipo de exudado.

Dx → Toracocentesis: pleuritis serofibrinosa, empena, hidrotórax, hemotórax, Quilotórax

COMPLICACIONES → Adherencias

→ Engrosamiento pleural

Tratamiento → Enf. de base

→ < 10 mm el derrame NO necesita drenaje.

→ Toracocentesis

→ Toracostomía con tubo → pH < 7,20, Glucosa < 50 mg/dL.

Cx.

**EMPIEMA**

→ Acumulación de pus en el espacio pleural.

↑ Causado por: - Neumonía (*Streptococcus pneumoniae*) S. aureus

- Post-traumático
- *Haemophilus influenzae*
- EGA, Gram+, tuberculosis Hongos, Virus y Tumores malignos.

⇒ > Frecuencia en niños en edad preescolar y lactantes.

**ANATOMIA PATOLOGICA**

- 3 Fases: - Exudativa: Exudado fibrinoso

- Fibrino purulenta: Tabiques fibrosos → Localización L.
- Organizativa: Proliferación de fibroblastos

**M.C**

- Inicialmente → Neumonía bac.
- Fiebre
- ↑ Trabajo respiratorio

Laboratorios : Rx: Ausencia de desplazamiento del líquido.

- Ecografía: Líquido tabicado
- Toracocentesis → CULTIVO

COMPLICACIONES

- Fístulas bronco pleurales y pnoneumotórax
- Pericarditis purulenta
- Abscesos pulmonares
- Peritonitis

**Tx**

→ Estenorear el líquido pleural y recuperar el fun. pulmonar normal.

- Antibióticos sistémicos
- Toracocentesis

~~...~~ - Agregar criterios Light.

# NEUMOTÓRAX

Acumulación de aire extrapulmonar en el interior del tórax. Las fugas aéreas pueden ser primarias y secundarias y puede ser espontáneas, traumáticas, iatrógenas o catameniales.

## ETIOLOGIA Y EPIDEMIOLOGIA:

- Neumotórax espontáneo primario: - Sin traumatismo y neumoopatía
  - Producido en adolescentes y adultos jóvenes (Altos, delgados y con Vesículas subpleura)
  - Tabaquismo, Asma
  - Mutación del gen de la fibrilina (FCLN).
- Neumotórax espontáneo secundario: ← Complicación de una neumoopatía subyacente
  - Sin traumatismo
  - Neumonía
  - Asma
  - Linfoma y tumores malignos
- Neumotórax iatrógeno ← complicación de aspiración transtorácica con aguja, traqueotomía, catéter subclavio, toracocentesis.
- Neumotórax catamenial: - menstruación
  - Defectos diafragmáticos
  - Ampollas pleurales.

## PATOGENIA

→ Aire en el espacio pleural → colapsa el pulmón → Hipoxemia por hipoventilación

----- Cortocircuito pulmonar ← alveolar, desequilibrio Ven-Perf.

2364

M.C

- Disnea
- ↓ ruidos respiratorios
- Dolor torácico
- Percusión timpánica
- Cianosis
- Desplazamiento de órganos intratorácicos.
- Dif. respiratoria con tiraje



**Dx** → Radiografía

Diferencial: ENFISEMA LOCALIZADO O GENERALIZADO, AMPOLLA  
EFISEMATOSA EXTENSA.

**Tx** → Depende de la magnitud del colapso y la naturaleza.

- Analgesia (Dolor pleural)
- Aspiración urgente 2° EIC, línea medio claviclar.
- Toracotomía cerrada

### NEUMOMEDIASTINO

Presencia de aire o gas en el mediastino

#### ETIOLOGIA

- Rotura alveolar
  - ↳ Espontánea
  - ↳ Traumática
- IVRB
  - ↳ iatrogenos
  - ↳ No iatrogenos

#### PATOGENIA

Efecto MacKlin → Rotura alveolar  
Mediastino ← Diceca láminas perivasculares

#### Dx

- Radiografía de tórax
  - ↳ Signo de vela de globo
  - ↳ Signo del ala de ángel

#### M.C

- Disnea
- Dolor torácico en puñalada transitorio
  - ↳ Irradiación a cuello.
- Globo faríngeo
- Dolor abdominal
- Tos
- Tirantez torácica
- Tumefacción facial
- Atragantamiento
- Taquipnea
- Fiebre
- Estridor y dolor laríngeo
- ↳ SIGNO DE HAMMAN (Crujido mediastínico).

#### Tx

Dirigido a Neumopatía obstructiva subyacente o a otra enfermedad subyacente.

- Oxigenoterapia
- Analgesia
- Traqueotomía

#### COMPLICACIONES

- Deterioro cardiovascular
- Neumotórax