



Universidad del Sureste

Campus Comitán

Medicina Humana



Nombre del tema:

(mapas)

Nombre del alumno:

Hugo de Jesús Monjaras Hidalgo

Materia:

Fisiopatología

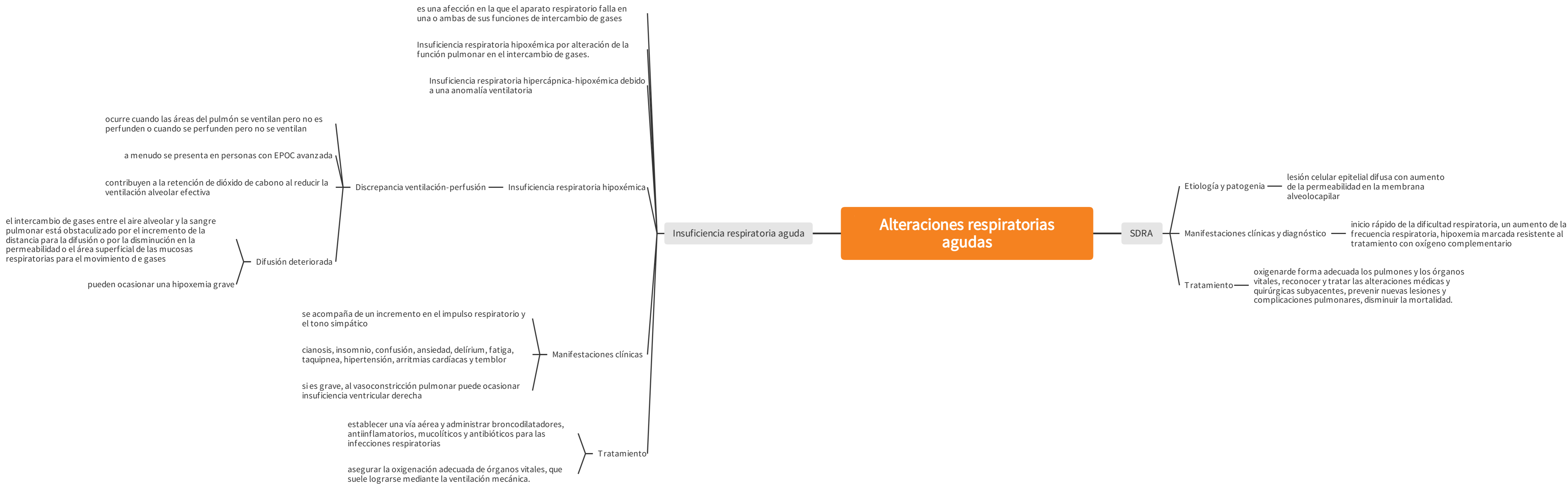
Grado: 4

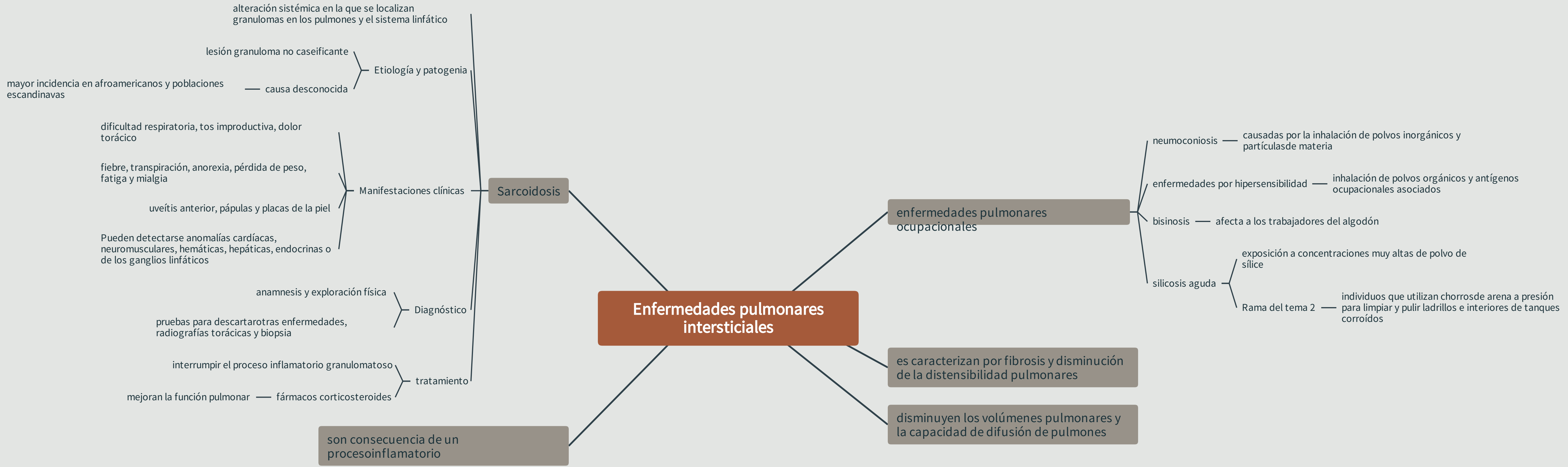
Grupo: A

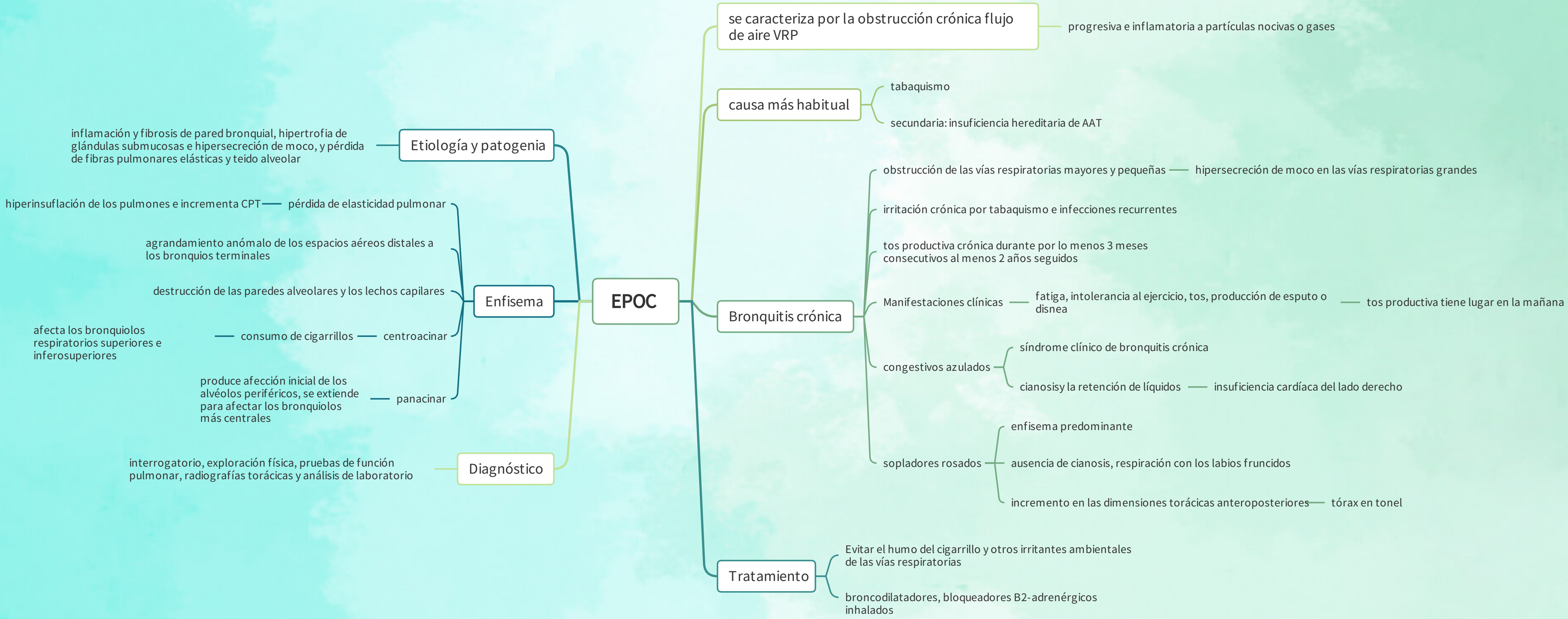
Nombre del catedrático:

Dr. Gerardo Cancino Gordillo

Comitán de Domínguez a 15 de octubre del 2023







EPOC

Etiología y patogenia

inflamación y fibrosis de pared bronquial, hipertrofia de glándulas submucosas e hipersecreción de moco, y pérdida de fibras pulmonares elásticas y tejido alveolar

hiperinsuflación de los pulmones e incrementa CPT — pérdida de elasticidad pulmonar

agrandamiento anómalo de los espacios aéreos distales a los bronquios terminales

destrucción de las paredes alveolares y los lechos capilares

afecta los bronquiolos respiratorios superiores e inferosuperiores

consumo de cigarrillos — centroacinar

produce afección inicial de los alvéolos periféricos, se extiende para afectar los bronquiolos más centrales — panacinar

Diagnóstico

interrogatorio, exploración física, pruebas de función pulmonar, radiografías torácicas y análisis de laboratorio

Tratamiento

Evitar el humo del cigarrillo y otros irritantes ambientales de las vías respiratorias

broncodilatadores, bloqueadores B2-adrenérgicos inhalados

Bronquitis crónica

se caracteriza por la obstrucción crónica flujo de aire VRP — progresiva e inflamatoria a partículas nocivas o gases

causa más habitual

- tabaquismo
- secundaria: insuficiencia hereditaria de AAT

obstrucción de las vías respiratorias mayores y pequeñas — hipersecreción de moco en las vías respiratorias grandes

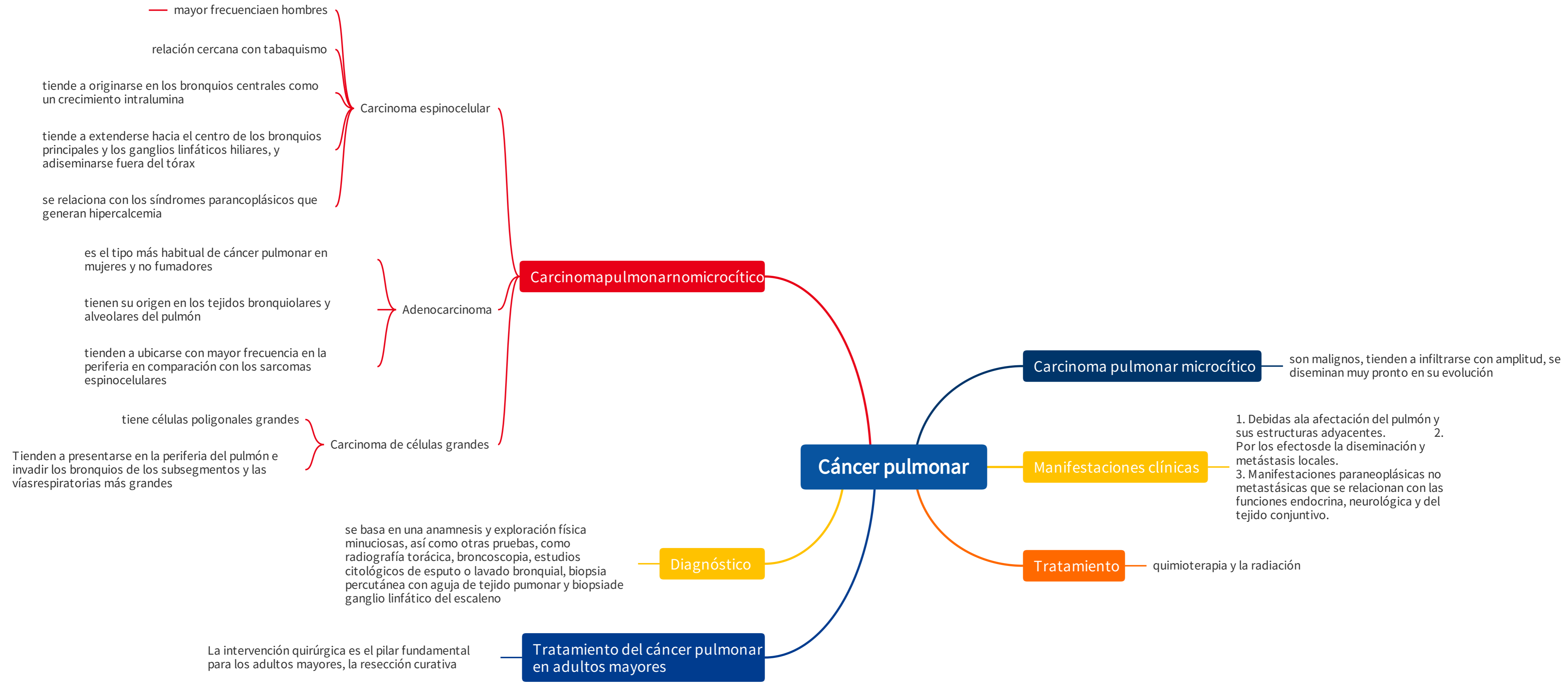
irritación crónica por tabaquismo e infecciones recurrentes

tos productiva crónica durante por lo menos 3 meses consecutivos al menos 2 años seguidos

Manifestaciones clínicas — fatiga, intolerancia al ejercicio, tos, producción de esputo o disnea — tos productiva tiene lugar en la mañana

congestivos azulados — síndrome clínico de bronquitis crónica — cianosis y la retención de líquidos — insuficiencia cardíaca del lado derecho

sopladores rosados — enfisema predominante — ausencia de cianosis, respiración con los labios fruncidos — incremento en las dimensiones torácicas anteroposteriores — tórax en tonel



— mayor frecuencia en hombres

— relación cercana con tabaquismo

— tiende a originarse en los bronquios centrales como un crecimiento intraluminal

— tiende a extenderse hacia el centro de los bronquios principales y los ganglios linfáticos hiliares, y a diseminarse fuera del tórax

— se relaciona con los síndromes paraneoplásicos que generan hipercalcemia

Carcinoma espinocelular

Carcinoma pulmonar microcítico

Adenocarcinoma

— es el tipo más habitual de cáncer pulmonar en mujeres y no fumadores

— tienen su origen en los tejidos bronquiolares y alveolares del pulmón

— tienden a ubicarse con mayor frecuencia en la periferia en comparación con los sarcomas espinocelulares

— tiene células poligonales grandes

Carcinoma de células grandes

— Tienden a presentarse en la periferia del pulmón e invadir los bronquios de los subsegmentos y las vías respiratorias más grandes

Cáncer pulmonar

Carcinoma pulmonar microcítico

— son malignos, tienden a infiltrarse con amplitud, se diseminan muy pronto en su evolución

Diagnóstico

— se basa en una anamnesis y exploración física minuciosas, así como otras pruebas, como radiografía torácica, broncoscopia, estudios citológicos de esputo o lavado bronquial, biopsia percutánea con aguja de tejido pulmonar y biopsia de ganglio linfático del escaleno

Manifestaciones clínicas

1. Debidas a la afectación del pulmón y sus estructuras adyacentes.
2. Por los efectos de la diseminación y metástasis locales.
3. Manifestaciones paraneoplásicas no metastásicas que se relacionan con las funciones endocrina, neurológica y del tejido conjuntivo.

Tratamiento

— quimioterapia y la radiación

Tratamiento del cáncer pulmonar en adultos mayores

— La intervención quirúrgica es el pilar fundamental para los adultos mayores, la resección curativa

