



Universidad Del Sureste

Campus Comitán

Licenciatura en Medicina Humana



Tema:

Flashcards sobre "Patologías Pulmonares"

Alumna:

Anzuetto Aguilar Mónica Monserrat.

Grupo: A

Grado: 7°

Materia:

"Clínicas Médicas Complementarias"

Docente:

Dra. Adriana Bermúdez Avendaño

Comitán de Domínguez, Chiapas a 08 de noviembre de 2024.

Las patologías respiratorias agudas y crónicas son de las principales causas de consulta en la población, probablemente por la fácil interacción del sistema respiratorio con los factores considerados de riesgo localizados en el ambiente, por ejemplo, tabaco, contaminación y patógenos, o diversos materiales que se encuentran presentes en nuestro ambiente o en el lugar de trabajo de la persona; sumando a esto los factores condicionantes individuales, que bien puede ser por predisposición genética, el grupo de edad, el sexo, ocupación, incluso patologías preexistentes o situaciones de salud momentáneas, todo esto puede desencadenar enfermedades como eosinofilia pulmonar, sarcoidosis, hipertensión pulmonar, tromboembolismo pulmonar, enfermedades por aspiración de polvos, apnea en el sueño, hasta cáncer de pulmón; al ver estas patologías se puede observar que muchas veces el origen de la enfermedad no es inicialmente pulmonar, sino también, pueden llegar a afectar estando ya presentes en otra parte del cuerpo.

Dentro de estas enfermedades podemos encontrar algunas que son etiológicamente conocidas y frecuentes o infrecuentes y poco estudiadas, pero eso no quiere decir que no sean clínicamente importantes y que se deban de conocer. Por eso este grupo de enfermedades representa un problema importante de salud pública, por su alta prevalencia, y un tema de interés para su continuo estudio.



ENF. POR INHALACIÓN DE POLVOS

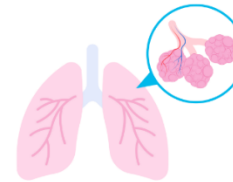


POLVOS ORGÁNICOS

Neumonitis POR HIPERSENSIBILIDAD

• POR INMUNOCOMPLEJOS

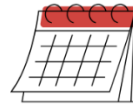
- Reacción inmunológica
- CLÍNICA: Tos, disnea, crepitantes secos, pérdida de peso, febrícula, dolor torácico y sibilancias
- DX: Agua y subaguda: fibronoscopia
- TX: Corticoides (crónico)



Bisinosis

• 4 GRADOS

1. Opresión torácica y dif. respiratoria, 1er día de la semana
2. Opresión torácica y dif. respiratoria, 1er día de la semana
3. y dif. respiratoria, 1er día de la semana y otros días
4. Grado 3 + ↓ cap ventilatoria



• CLÍNICA

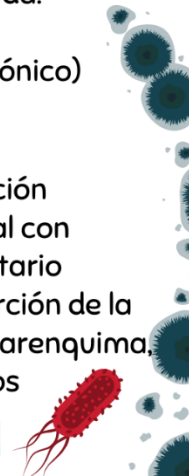
- Disnea, opresión al final de la jornada laboral "opresión torácica del lunes"



• 2 FORMAS

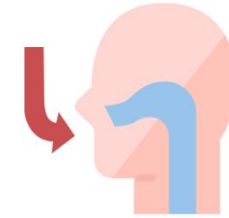
- Fibrótica: inflamación alveolar intersticial con predominio linfocitario
- No fibrótica: Distorción de la arquitectura del parenquima, focos fibroblásticos

• EXPOSICIÓN





ENF. POR INHALACIÓN DE POLVOS



POLVOS INORGÁNICOS

BERILIOSIS

- Enfermedad que afecta el tracto respiratorio superior
- Después de años de exposición
- Fábricas de cerámica o electrónica



Neumoconiosis

DE LOS MINEROS DEL CARBÓN



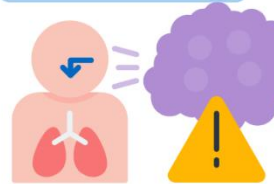
- Síndrome de Caplan: nódulos pulmonares de 5-50 mm bilaterales
- Tos crónica, expectoraciones y disnea
- RX: Opacidades <1cm el lob. sup.

Silicosis



- Por sílice cristalina
- Crónica simple
- Fibrosis masiva progresiva
- Acelerada
- Aguda
- TX: broncodilatadores

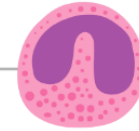
Exposición AL ASBESTO



- Por silicato magnesico hidratado
- Se hace evidente en al menos 10 años de exposición
- Disnea, tos, expectoraciones, crepitantes basales
- Sin TX específico
- RX: Patrón reticular

EOSINOFILIAS

Afección por la que aumenta el número de eosinófilos en sangre.



Etiología



PULMONARES

Enfermedades con presencia de infiltrados pulmonares (>350 eosinofilos/ul en sangre periférica o >5% en lavado broncoalveolar)



Aguda

- **Neumonía eosinófila aguda:** Tos, disnea, estornudos, mialgias e hipoxemia grave.
 - RX: Infiltrados alveolares intersticiales
- **Síndrome de Löeffler:** Por ascaris lumbricoides. Sintomatología leve o nula, autolimitada en 1-2 semanas.
 - RX: Infiltrados intersticiales y/o alveolares.
 - TX: Mebendazol
- **Neumonía eosinófila crónica:** Historia de atopia, rinitis, pólipos nasales.
 - Fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso, escaso esputo
 - RX: Infiltrados
 - TX: Corticoides sistémicos
- **Síndrome hiper eosinófilo:** Infiltración difusa de órganos. Cardíaco: >morbimortalidad



CLASIFICACIÓN

SCHATZ:

1. Enfermedad en la que el infiltrado pulmonar con eosinofilia (IPE) es un componente mayor
2. Enfermedad en la que el IPE es infrecuente y menor
3. Enfermedad en la que el IPE no tiene características de 1 o 2

- Aspergilosis pulmonar, neumonía, fármacos
- Tuberculosis, neoplasias, hongos

SARCOIDOSIS

Epidemiología

- +Frec. en mujeres
- 20-40 años
- Esporádico
- Tabaco: protector

ALGUNAS CAUSAS:

Enfermedad granulomatosa multisistémica de etiología DESCONOCIDA en la que hay una respuesta exagerada de la inmunidad celular

- Infecciones: micóticas, virales, bacterianas
- Genética
- Alérgenos
- Fármacos

FISIOPATOLOGÍA

- Inhalación de antígeno → Inmunidad innata
- CPA → Inflamación
- Respuesta: macrófagos alveolares, leucocitos, neutrofilos → PGE, FNT, IL → Respuesta de cel TH 1
- GRANULOMA

CLÍNICA Y DX

- Arritmias: Bloqueo AV
- Falla cardíaca: Granulomas infiltrados
- Pericarditis/ taponamiento
- Cor-Pulmonale
- Válvulas: Insuficiencia mitral, +- dilatación
- Pseudoinfarto: Vasoespasmo

BÁSICOS

- HC y EF
- ECG

OTROS

- ★ RX: Adenopatías hiliares bilaterales
- ★ TAC (sensible) nódulos
- ★ Fibroncoscopia con biopsia

TRATAMIENTO

CORTICOIDES

★ PREDNISONA

- 40-60 mg/c/24 hrs → ↓ → 10-15 mg/24hrs
- Alivian los síntomas respiratorios
- Inhalados: para inflamación alveolar
- NO tolera: Cloraquina, hidroxicloraquina,
- ⚠ METROTEXATE (E2rios) 10-20 mg/día
- Arritmias: Amiodarona

RX

1. A.H. Bilaterales simétricos sin patrón
2. A.H.B y patrón reticulonodular
3. Lesión del parenquima sin adenopatías
4. Fibrosis pulmonar

HTP

Clasificación

1. Hipertensión arterial
 - a. Enfermedad venooclusiva y hemangiomas capilar pulmonar
2. HTP 2ria a cardiopatía izquierda
3. HTP 2ria a enfermedades pulmonares e hipoxemia
4. HTP tromboembólica crónica
5. HTP por mecanismos poco claros o multifactoriales

1,3,4 y precapilar
2 poscapilar

FISIOPATOLOGÍA

1. Vasoconstricción
2. Remodelación vascular
3. Trombois
- ↑ Resistencia vascular pulmonar, ↑ GC

Presión arterial pulmonar >25 mmHg en reposo

PROCESO CAUSANTE

- Remodelado vascular: fibrosis de la íntima, hipertrofia de la media, trombois intraluminal y lesiones prexiformes

ENF. VENOOCCLUSIVA

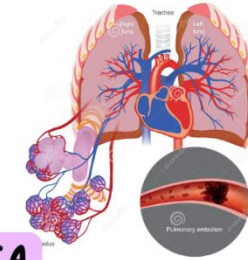
- Otra forma de HTP 1ria. Obstrucción de venas y venulas pulmonares por fibrosis de la íntima- trombos

- RX: líneas B de Kerley
- PaCO₂ ↓
- ECG Hipertrofia VD (avanzado)
- Grammagrafía

DX

TX-VASORREACTIVIDAD

- Calcioantagonistas (nifedipino)
- II-Sildenafil, Bosentán
- III-Bosentán, Teprostiniol
- IV-Epoprestenol



IDIOPÁTICA

- Genética
- +PA en reposo
- HT portal, VIH, cocaína, fármacos

COR-PULMONALE

- + tamaño ventrículo derecho 2rio a enfermedades pulmonares, tórax o circulación pulmonar

CLÍNICA

- Disnea progresiva
- Dolor torácico subesternal
- Hemoptisis
- Fatiga y debilidad
- Síncope



TEP



Oclusión o taponamiento de una parte del territorio arterial pulmonar. Es una forma de TEV. Coagulo de la circulación venosa sistémica. 90-95% proviene de una TVP

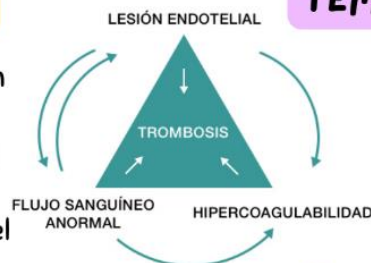
Fx de riesgo

- Historia de ETV
- Edad >70 años
- Inmovilización
- Cirugía los últimos 3m
- Anticonceptivos orales
- ACV
- Neoplasias
- Obesidad, tabaquismo
- Embarazo



FISIOPATOLOGÍA

- Problemas de perfusión PERO ventilación normal → obstrucción VA
- (↓ GC) = Alteración en el intercambio gaseoso
- Hipoxemia ↓ PAO2



TEMPORALIDAD

- Aguda: Signos y síntomas después de la obstrucción
- Subaguda: "" a días o semanas
- Crónica: años



CLÍNICA

ESCALA DE WELLS modificada para embolia pulmonar	
Criterio	Calificación
Signos y síntomas clínicos de enfermedad tromboembólica venosa	3
Embolia pulmonar como diagnóstico más probable	3
Frecuencia cardíaca > 100 latidos/minuto	1,5
Inmovilización o cirugía en los 4 semanas previas	1,5
Embolia pulmonar o enfermedad tromboembólica venosa previas	1,5
Hemoptias	1
Cáncer	1

RIESGO DE EMBOLIA PULMONAR		
ALTO	MEDIO	BAJO
Mayor a 6 puntos	2 a 6 puntos	Menor a 2 puntos

- Disnea
- Taquicardia
- Opresión torácica



TX

- Heparina no fraccionada (↓ formación)
- Heparina de bajo peso molecular (enoxaparina)
- Anticoagulantes: Warfarina
- Trombolíticos: Urocinasa, estreptocinasa

- ★ GE: AngioTAC
- ★ TAC helicoidal

- RX: hemidiafragma elevado, signo de Westermark
- ECG
- Dimero D



APNEA

Caída del flujo de aire en >90% del valor basal por >10s



Clasificación

APNEA

Obstruktiva

- El flujo cesa por oclusión de la vía aérea, CON movimientos toracoabdominales
- Hipoapnea (obesidad, edad, tabaquismo, HA)
 - Apnea (macroglosia, Cushing)

Centrales

- El flujo cesa por una ausencia transitoria de impulso ventilatorio central, SIN movimientos toracoabdominales
- Hipoxia, hipoxemia, Guillain Barré

Mixta

- Episodios centrales seguidos de un componente obstructivo, Variante de las obstructivas.

OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

Episodios repetidos de oclusión completa o parcial de la VA sup.



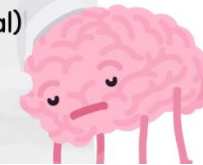
FX DE RIESGO

- Obesidad
- IC, arritmias
- Cardiopatía isquémica
- HTA
- DM
- HTP



CLÍNICA

- Manifestaciones neuropsiquiátricas y conducta (por despertares transitorios)
- Ronquido (fuerte al final)
- Cefalea matutina
- Somnolencia
- Arritmias





Diagnóstico

POLISOMNOGRAFÍA

- Apnea \downarrow $>90\%$ 10s
- Hipoapnea \downarrow $>30\%$ 10s

RERA (ALERTAMIENTO)

- Resp $>10s$ pero no hipopnea y \uparrow la resiste de la VA (ronquido y \downarrow flujo)

- Alertamiento: \div hrs de sueño = índice de alteración respiratoria \rightarrow DX: >15 sin síntomas y >5 con síntomas

TX

- Medidas higiénico dietéticas
- Modificar factores predisponentes
- ★ CPAP: mascarilla nasal
- ★ Alternativa: Dispositivo de avance m. (DAM)
- Fármacos: Modafinilo (\downarrow somnolencia)
- QX: Amigdalectomía (+en niños)
- Estimulantes respiratorios: Medroxiprogesterona



CÁNCER DE PULMÓN

Tipo +frec: Células no pequeñas
Neoplasia maligna originada en el epitelio que recubre el aparato respiratorio

Epidemiología



- Estirpe histológico + común: Adenocarcinoma
- Tasa de letalidad 84%
- Dejar de fumar reduce el 45% de muerte

FX DE RIESGO



- Antecedente de cáncer
- Tabaquismo activo y pasivo
- EPOC moderado-grave
- Exposición a humo de leña y asbesto
- Edad >50 años

TAMIZAJE

- Px >50a + índice T + fx de riesgo
- TAC de tórax anual a dosis bajas



CLÍNICA

- TOS: Síntoma de presentación
- Disnea
- Dolor torácico
- Hemoptisis

DIAGNÓSTICO

CON SÍNTOMAS

- Inicial: Rx de tórax
- Mejor estudio: Tomografía helicoidal contrastada
- GE: Toma de biopsia





Carcinoma DE CÉLULAS

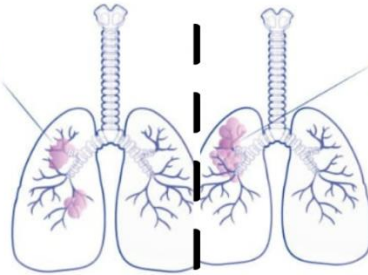
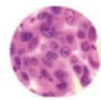
NO PEQUEÑAS

PEQUEÑAS

15 %

NO ESCAMOSO

80 %



**TUMOR
NEUROENDOCRINO SON
SÍNDROMES
PARANEOPLÁSICOS**



**ADENOCARCINOMA
60%**

DE CEL GRANDES 10%

- Asociado a mutación de EGFR
- Riesgo: EPOC

**BIOPSIA GUIADA POR
IMAGEN**

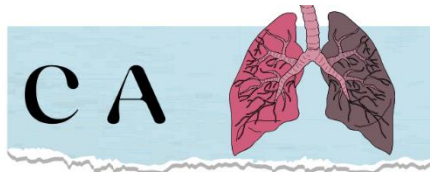


BIOPSIA: PATRÓN EN SAL Y PIMIENTA

**DISEMINACIÓN HEMATÓGENA
TEMPRANA**

BRONCOSCOPIA Y BIOPSIA





HIPERCALCEMIA

- Asociado a metástasis óseas y producción ectópica de hormona paratiroidea

TX

- Estadios I y II: Resección qx
- Estadio IIB: QT y RT neoyubante y cx
- III B: Quimioterapia (Vinorelbina, etopósido, paclitaxel, etc) y radioterapia
- IV: TX paliativo

SX DE CUSHING

- Producción excesiva de corticotropina, excesos de cortisol

TUMOR PANCOAST

Tumor del sulcus superior (región apical) que afecta pared torácica apical a nivel de la 1ra costilla sup. Pero no es necesariamente el sx de Horner (invasión del ganglio)

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DISEMINACIÓN REGIONAL

Síndrome de vena cava superior
Parálisis del nervio laríngeo recurrente (disfonía)
Compresión de la raíz de nervio braquial (síndrome de Horner)
Compresión esofágica (disfagia)

Compresión de la vía aérea (disnea)
Parálisis del nervio frénico (elevación del hemidiafragma y disnea)
Compresión de la raíz de nervio braquial por tumor del sulcus superior



Al estudiar estos temas es evidente la relevancia de dominar, desde lo inicial de la fisiología del aparato respiratorio normal para entrar a entender la fisiopatología de las distintas enfermedades, y comprender las características o patrones que pueden guiarnos más, que si bien puede llegar a ser complicado ya que algunas manifestaciones son muy inespecíficas o hay enfermedades que pueden cursar sin algún signo o síntoma hasta que la enfermedad lleva años evolucionando, pero apoyados en los estudios o pruebas diagnósticas que nos den alguna manifestación más enfocada, podremos actuar en base a lo que encontremos, todo con la finalidad de ser capaces de proporcionar una calidad de atención, que puede no solo ser un tratamiento farmacológico, sino que puede ir desde el diagnóstico de la enfermedad o dar recomendaciones básicas al paciente de la misma.