

Materia:

**Clínicas Medicas
Complementarias.**

Nombre del trabajo:

Flashcards por patologias.

Alumna:

Keyla Samayoa Pérez

Grupo: "A" Grado: "7"

Docente:

**Dra. Adriana Bermúdez
Avenidaño**

Comitán de Domínguez Chiapas a 08 de noviembre de 2024.

INTRODUCCION.

La neumología es una rama de la medicina que se especializa en el estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del sistema respiratorio. Es crucial para comprender y manejar las diversas patologías que afectan los pulmones y las vías respiratorias, las cuales son fundamentales para la oxigenación del organismo y la eliminación de dióxido de carbono.

Esta es esencial no solo para la calidad de vida, sino también para la salud en general, dado que el sistema respiratorio interactúa de manera constante con otros sistemas del cuerpo.

Las enfermedades pulmonares varían en severidad, desde trastornos agudos hasta enfermedades crónicas. Entre las afecciones se encuentran una diversidad de enfermedades comunes y algunas no tan conocidas en este caso un ejemplo de ellas son las enfermedades por inhalación de polvos. Cada una de estas enfermedades presenta características clínicas particulares, factores de riesgo y estrategias de tratamiento.

Cada una de estas enfermedades son caracterizadas por su clínica muy similar son enfermedades inflamatorias crónicas que afecta las vías respiratorias y puede ser desencadenada por alérgenos, ejercicio o irritantes, que incluye enfisema y bronquitis crónica y otras se asocian frecuentemente al tabaquismo y la exposición a contaminantes.

Estas patologías son de gran prevalencia por el impacto que tienen en salud pública. Las enfermedades respiratorias son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. Factores muy comunes como el tabaquismo, envejecimiento, aumento de contaminación del aire y la exposición a productos tóxicos (humo) han contribuido al incremento de estas patologías.

Enfermedades por inhalación de polvos

Se clasifica en dos

1. **Polvos inorgánicos**
Ejemplos: Neumonitis por hipersensibilidad.
Bisinosis.
2. **Polvos orgánicos.**
Ejemplos; Neumoconiosis de los mineros del carbón
silicosis
Exposición al asbesto
Beriliosis.



Neumonitis por hipersensibilidad

Afecta la porción distal de la vía aérea y parénquima pulmonar. Se caracteriza por presencia de respuesta inflamatoria mononuclear, en forma difusa del parénquima pulmonar y vía aérea pequeña, secundarias a exposición de partículas (Proteínas de aves, hongos, bacterias)



Neumonitis por hipersensibilidad

Clínica: Tos crónica, crepitantes secos, pérdida de peso, febrícula, dolor torácico y sibilancias.

Diagnostico:
Análítica sanguínea
Fibronoscopia
Test de provocación.

Tratamiento:
Reconocimiento y eliminación del agente/corticoides.

Neumonitis por hipersensibilidad

Existen 2 formas:
Fibrotica: Inflamación alveolar e intersticial con predominio linfocitario y células plasmáticas.
No fibrotica: Distorción de la arquitectura del parénquima, focos fibroblásticos y patrón en panal.

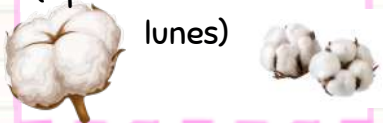


--INHALACION DE POLVOS--

Bisinosis

Por exposición al polvo de algodón

Clínica:
Disnea y opresión al final de la jornada laboral.
(Opresión torácica del lunes)



Clasificación bisinosis

- G1. Opresión torácica y dificultad respiratoria 1er día de la semana.
- G2. Opresión torácica y dificultad respiratoria 1er día de la semana.
- G3. Opresión torácica y dificultad respiratoria 1er día y otros días de la semana.
- G4. Todo del grado 3 + deterioro de capacidad ventilatoria.

Neumoconiosis de los mineros del carbón

Enf. del parénquima pulmonar por inhalación o depósito de polvo de carbón.



Clínica:
Tos crónica con expectoraciones y disnea.

Neumoconiosis de los mineros del carbón

Diagnostico:
Rx: Opacidades menores a 1cm en lóbulos superiores.

Síndrome de Caplan:
Nódulos de 5-50mm bilaterales y periféricos.

Silicosis

Enfermedad fibrotica por inhalacion de polvos de silice cristalina

Ocurre en:
Minerías, canteras de granito, tunelizaciones y cortadoras de piedra.



Silicosis

Complicaciones:
Tuberculosis
Bronquitis cronica
Neumotorax.

Tratamiento:
Evitar exposicion
Broncodilatadores
Antibioticos.

Silicosis

4 formas de silicosis:
Cronica simple
fibrosa masiva
progresiva
silicosis acelerada
silicosis aguda.

Exposición al asbesto

Silicato de magnesio hidratado fibroso de gran variedad de uso comercial.

Esta se hace evidente tras una latencia de 10 años de exposicion.



--INHALACION DE POLVOS--

Exposición al asbesto

Tienen:
Alto riesgo de cancer pulmonar

Clinica:
Disnea, tos, expectoraciones, crepitantes basales

Exposición al asbesto

Diagnostico:
Imagen radiográfica característica: Patrón reticular en campos inferiores y zonas laterales.

Tratamiento:
No hay tratamiento especifico

Beriliosis

Enfermedad aguda que afecta el tracto respiratorio superior, si el nivel de exposición es mal alto puede causar una neumonitis química

Aparece seguida a años de exposición

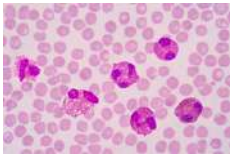
Beriliosis

Se encuentra en fabricas de cerámica, tubos fluorescentes o electrónica.

Radiologicamente patrón reticulonodular con adenopatías hiliares.

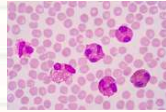
DEFINICION.

Infiltración difusa del parénquima pulmonar por células inflamatorias, fundamentalmente eosinófilos, con conservación de la arquitectura pulmonar.
Eosinofilia > 1,000 eos/mm³ absoluta
>3% relativa. Hipereosinofilia > 1,500 eos/mm³.



ETIOLOGIA

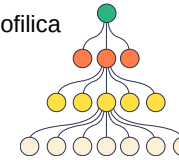
- Enfermedades tejido conectivo
- Infecciones parasitarias helmínticas
- Idiopático (Sx hipereosinofílico idiopático)
- Neoplasias (LMA, LMC, LH)
- Alergias



CLASIFICACION

- Causa no conocida
- Neumonía eosinofílica crónica
 - Neumonía eosinofílica Aguda
 - Granulomatosis eosinofílica con

- Causa conocida
- Aspergilosis pulmonar alérgica
 - Otras causas infecciosas
 - Fármacos
 - Asma eosinofílica
 - Neoplasias



HALLAZGOS RADIOLOGICOS (imagen)

- Radiopacidades alveolares de predominio periférico (con sin consolidación)
- Vidrio esmerilado
- Engrosamientos septos interlobulillares
- Derrame pleural



--EOSINOFILIAS--

NEUMONÍA EOSINOFÍLICA CRÓNICA

Enfermedad pulmonar inflamatoria caracterizada por la acumulación de eosinófilos en los pulmones.

se clasifica en:

1. Neumonía eosinofílica aguda (NEA)
2. Neumonía eosinofílica crónica (NEC)
3. Neumonía eosinofílica idiopática (NEI)

CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO

1. Alergias
2. Asma
3. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
4. (EPOC)
5. Infecciones parasitarias
6. Exposición a irritantes químicos o tóxicos
7. Trastornos autoinmunes

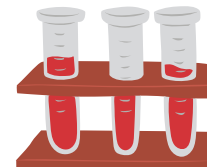
CLINICA

1. Tos seca y persistente
2. Dificultad para respirar
3. Fatiga
4. Fiebre
5. Sudoración nocturna
6. Pérdida de peso
7. Dolor torácico



DIAGNOSTICO

1. Análisis de sangre (eosinofilia)
2. Radiografías de tórax
3. Tomografía computarizada (TC)
4. Biopsia pulmonar
5. Pruebas de función pulmonar



TRATAMIENTO

Prednisolona 0.5 mg/kg (2 semanas iniciales)
Duración de 3-6 meses.

1. Corticosteroides
2. Antihistamínicos
3. Broncodilatadores
4. Inmunosupresores
5. Oxigenoterapia
6. Rehabilitación pulmonar

ASPERGILOSIS BRONCOPULMONAR ALÉRGICA

Condición médica caracterizada por una reacción alérgica a la exposición a hongos del género *Aspergillus*.



CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO

1. Exposición a *Aspergillus* en el ambiente
2. (polvo, humedad)
3. Alergias previas
4. Asma
5. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
6. (EPOC)
7. Trastornos inmunológicos



CLINICA

1. Tos seca y persistente
2. Dificultad para respirar
3. Fiebre
4. Sudoración nocturna
5. Pérdida de peso
6. Dolor torácico
7. Fatiga
8. Expectorcación con moco verde o negro



DIAGNOSTICO

1. Análisis de sangre (eosinofilia)
2. Radiografías de tórax
3. Tomografía computarizada (TC)
4. Biopsia pulmonar
5. Pruebas de función pulmonar

TRATAMIENTO

1. Corticosteroides (por eje, prednisona)
2. Antihistamínicos
3. Broncodilatadores
4. Oxigenoterapia
5. Tratamiento de la causa subyacente (por ejemplo, parasitosis)

--EOSINOFILIAS--

GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGELITIS (CHURG-STRAUSS)

Es una condición autoinmune rara que afecta los vasos sanguíneos y los tejidos del cuerpo.

Angiitis granulomatosa alérgica. Vasculitis necrotizante de vasos pequeños y de mediano calibre.

CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO

1. Alergias
2. Asma
3. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
4. (EPOC)
5. Infecciones
6. Genética

CLINICA

1. Fiebre
2. Sudoración nocturna
3. Pérdida de peso
4. Fatiga
5. Dolor articular y muscular
6. Erupciones cutáneas
7. Problemas respiratorios (tos, dificultad para respirar)
8. Problemas gastrointestinales (dolor abdominal, diarrea)
9. Problemas neurológicos



DIAGNOSTICO

1. Análisis de sangre (eosinofilia, anticuerpos)
2. ANCA)
3. Biopsia de tejido afectado
4. Radiografías y tomografías computarizadas
5. Pruebas de función pulmonar y renal



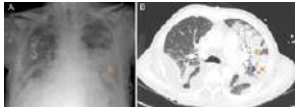
TRATAMIENTO

Ciclofosfamida como adicional a corticoides

- Corticosteroides
- Inmunosupresores (ciclofosfamida, rituximab)
- Antihistamínicos
- Broncodilatadores
- Oxigenoterapia

NEUMONÍA EOSINOFÍLICA AGUDA

Condición inflamatoria pulmonar caracterizada por la acumulación de eosinófilos en los pulmones.



CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO

Causas y factores de riesgo

1. Alergias
2. Asma
3. Exposición a irritantes químicos o tóxicos
4. Fármacos (por ejemplo, penicilina, sulfonamidas)
6. Enfermedades autoinmunes

CLINICA

- Inicio agudo de síntomas <1 mes, generalmente <7 días
- Fiebre
- Usualmente insuficiencia respiratoria
- Sin recaídas en la mayoría de los casos

- Tos seca y persistente
- Dificultad para respirar
- Fiebre alta (39-40°C)
- Sudoración nocturna
- Pérdida de peso
- Dolor torácico
- Fatiga



DIAGNOSTICO

1. Análisis de sangre (IgE específica para *Aspergillus*)
2. Pruebas de alergia cutánea
3. Radiografías de tórax
4. Tomografía computarizada (TC)
5. Biopsia pulmonar



TRATAMIENTO

1. Corticosteroides
2. Antihistamínicos
3. Broncodilatadores
4. Antifúngicos (en casos graves)
5. Evitar la exposición a *Aspergillus*
6. Inmunoterapia

--EOSINOFILIAS--

EOSINOFILIA PULMONAR POR PARÁSITOS

Condición médica caracterizada por la acumulación de eosinófilos en los pulmones en respuesta a una infección parasitaria.



CAUSAS Y PARASITOS COMUNES

1. Parásitos intestinales: *Ascaris lumbricoide*.
2. Parásitos pulmonares: *Paragonimus*, *Entamoeba histolytica*
3. Parásitos hematofagos: *Plasmodium spp.* (malaria), *Toxoplasma gondii*

CLINICA

1. Tos seca y persistente
2. Dificultad para respirar
3. Fiebre
4. Sudoración nocturna
5. Pérdida de peso
6. Dolor torácico
7. Fatiga
8. Expectoración con moco



DIAGNOSTICO

1. Análisis de sangre (eosinofilia)
2. Radiografías de tórax
3. Tomografía computarizada (TC)
4. Biopsia pulmonar
5. Pruebas de alergia
6. Análisis de heces (parásitos intestinales)

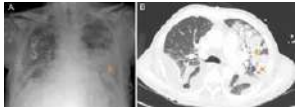


TRATAMIENTO

1. Antiparasitarios específicos (albendazol, ivermectina)
2. Corticosteroides
3. Antihistamínicos
4. Broncodilatadores

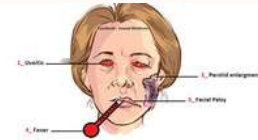
DEFINICIÓN

ENFERMEDAD GRANULOMATOSA MULTISISTÉMICA DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA, EN LA QUE EXISTE UNA RESPUESTA EXAGERADA A LA INMUNIDAD CELULAR



EPIDEMIOLOGÍA

- AFECTA PRINCIPALMENTE A MUJERES
- PREDOMINIO DE EDAD A LOS 20-40 AÑOS
- ESPORADICO
- TABACO FACTOR PROTECTOR



FISIOPATOLOGÍA

1. ACTIVACIÓN DE MACROFAGOS QUE ACTIVAN LA RESPUESTA DE CELULAS TH1 O DE INMUNIDAD TIPO IV
2. OCASIONA FORMACIÓN DE GRANULOMAS
3. PROLIFERA Y LIBERA IL 2 Y CITOSINAS INFLAMATORIAS
4. ACTIVAN MONOCITOS ACTIVADOS FORMANDO EL GRANULOMA
5. EL CMH 2 ESTA ASOCIADO CON LA EVOLUCIÓN DE LA SARCOIDOSIS

CLINICA

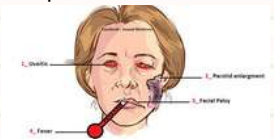
Regla mnemotécnica
El síndrome de Löfgren es una FAENA:
Fiebre
Artralgias
Eritema Nodoso
Adenopatías hiliares

-SX LOFGREN

Linfadenopatías hiliares
Ojos: Uveítis
Fiebre
Grandes articulaciones
Eritema nodoso

SX Heerdfort-Waldenstrom

Fiebre, uveítis, parotiditis, parálisis facial, lupus



--SARCOIDOSIS--



CLASIFICACIÓN

1. Adenopatías hiliares bilaterales simétricas sin patrón (40%)
2. Adenopatías hiliares bilaterales simétricas y patrón reticulonodular (40%)
3. Lesión del parénquima sin adenopatías
4. Fibrosis pulmonar (5%)

EL PULMON ES EL ORGANOS MAS AFECTADO EN UN 90% DE LOS CASOS

La presencia de eritema nodoso o de parálisis faciales asociadas a adenopatías hiliares bilaterales obliga a pensar en sarcoidosis
Agrandamiento de ganglios linfáticos que rodean los hilos pulmonares



DIAGNOSTICO

- RX DE TORAX: Adenopatía hilar bilateral 90% en "cáscara de huevo" + patrón reticulonodular
- Patrón restrictivo y disminución DLCO (capacidad de difusión del monóxido de carbono)
- Linfadenopatía eosinofilia, VSG y ECA aumentado
- LBA aumentado CD4/CD8 mayor 3.5
- CONFIRMATORIO: Granuloma NO caseificante



TRATAMIENTO

INICIAR EN ESTADIO II + SINTOMAS ENFERMEDAD EXTRATORÁCICA

- CORTICOSTEROIDES (PREDNISONA)
- MEDICAMENTOS QUE INHIBEN EL SISTEMA INMUNITARIO METROTEXATO (MTX)
- HIDROXICLOROQUINA (para lesiones de la piel)
- INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA (artritis reumatoide)

DEFINICIÓN

Es una enfermedad grave, de difícil diagnóstico y poco conocida. Avanza de forma progresiva, es incapacitante, afectado los pulmones y el lado derecho del corazón.

Se caracteriza por el aumento de la presión en las arterias pulmonares, aquellas que conectan los pulmones con el corazón.

Las arterias pulmonares se vuelven más estrechas y no hay espacios para que circule la sangre, ocasionando que el corazón se debilite y falle.



EPIDEMIOLOGÍA

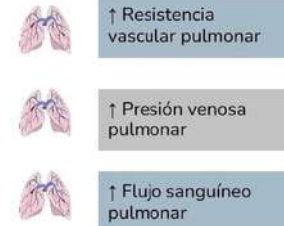
- Prevalencia de aproximadamente el 1% en la población mundial
- Alrededor del 10% en mayores de 65 años
- Alrededor de 2 a 4 pacientes por cada 100 mil habitantes padecen de la enfermedad
- Más frecuente en mujeres 4:1.
- En México se estima que hay más de 4,000 pacientes afectados.



FISIOPATOLOGÍA

Aumento del flujo sanguíneo pulmonar. Disfunción endotelial- falla de la regulación del tono vascular y la proliferación celular.

- Aumento de las resistencias vasculares aún estando en reposo.
- La pared del VD se dilata por el aumento de la postcarga.
- El gasto cardíaco llega a estabilizarse en reposo, mas no con esfuerzo.
- Altera el llenado del VI.
- Si la enfermedad continúa, existe insuficiencia progresiva del VD y muerte súbita.



CLINICA

- Disnea, síntoma más temprano
- Dolor torácico, isquemia con coronarias normales
- Presíncope o síncope, arritmias supraventriculares
- Intolerancia al ejercicio
- Edema periférico
- Fenómeno de Raynaud
- Hemoptisis



Clasificación disnea



--HIPERTENSION PULMONAR --

CLASIFICACIÓN

Grupo 1: Hipertension arterial pulmonar

- Idiopática
- Familiar
- Inducidas por drogas
- Asociado a: enfermedad del tejido conjuntivo, infección VIH
- Afectación capilar
- HP persistente del RN

Grupo 2: HP secundaria a una enfermedad del corazón IZQ.

- Miocarditis
- Valvulopatía mitral o aórtica

Grupo 5: Miscelánea

- Trastornos hematológicos
- Trastornos sistémicos
- Trastornos metabólicos
- Otros

Grupo 3: HP secundaria a enfermedad pulmonar crónica

- EPOC
- Enfermedad intersticial
- Sd. De hipoventilación alveolar
- Síndrome de apnea del sueño

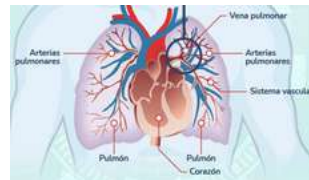
Grupo 4: HP Tromboembólica crónica

- Tromboembolia
- Otras obstrucciones de arterias pulmonares:
 - Tumores
 - Arteritis
 - Parásitos (hidatidosis)

20% de casos son hereditarios

El gen causante es BMPR2

Mutación Del gen cinasa activina-like1



DIAGNOSTICO

Radiografía de tórax

Se observa arterias pulmonares prominentes

Descartar causas secundarias



Ecocardiograma

Evaluar tamaño de las cavidades

Función ventricular sistólica y diastólica

Función válvulas cardíacas



Electrocardiograma

Desviación derecha del eje eléctrico

Hipertrofia VD y cambios onda T

Fibrilación auricular



Gases en sangre

Presión arterial de oxígeno

Normal o existe hipoxemia leve



TRATAMIENTO

Calcioantagonistas: Nifedipino y diltiazem
Análogos de las prostaciclina: Teprostnil, iloprost, beraprost
Antagonistas de receptores de endotelina: Bosentan, ambrisentan
Inhibidores de la fosfodiesterasa: Sildenafil, vardenafilo
Estimulantes de guanilato ciclasa: Riociguat
Anticoagulantes



DEFINICION.

Oclusion total o parcial de la circulacion pulmonar, ocasionada por un cuagulo sanguineo proveniente de la circulacion sistematica. Dependiendo de su magnitud pueden o no generar sintomas.



EPIDEMIOLOGIA

Afecta en su mayoría a pacientes mayores de 80 años.

39-115/ 100000 habitantes.

FISIOPATOLOGIA

- Aumento de la resistencia al flujo aereo por broncoconstriccion de las vias aereas distales al bronquio del vaso obstruido.
- Disminucion de la distensibilidad pulmonar por edema, hemorragia o perdida de surfactante.
- Aumento de la resistencia vascular pulmonar por obstruccion vascular o liberacion de agentes neurohormonales.

FACTORES DE RIESGO

Antecedentes de ETV
inmovilizacion
Ant. de cirugias
Accidente cerebrovascular.
Obesidad
Tabaquismo
Cancer.
Sx. Por anticuerpos antifosfolipidos.

-- Tromboembolismo pulmonar --

CLINICA

Disnea
Dolor toracico
Tos
Hemoptisis
Sincope
Taquipnea
Taquicardia
Signos de TVP
Fiebre
Cianosis

CLASIFICACION

TEP MASIVO:

Alto riesgo mortalidad >15%, presenta hipotension o shock. suele ser TEP de gran tamaño.

TEP MODERADO:

Riesgo intermedio 3-15% sin hipotension y shock pero con signos ecocardiograficos de sobrecarga en ventriculo derecho.

TEP MODERADO PEQUEÑO.

Riego bajo <1%

DIAGNOSTICO

Escala de WELLS/Gibebra

CRITERIOS	PUNTO	CRITERIOS	PUNTO
1. Signos y Sintomas Clasicos de Tromboembolismo Pulmonar	3	ESCALA DE WELLS	1
2. Presencia de un signo de DVT	3	1. DVT o TEP PREVIAS	3
3. Presencia de un signo de DVT	1.5	2. DOLOR OBIQUE O ANGIOSIDA GENERAL O FRACTURAS 1-3 SEM	2
4. Presencia de un signo de DVT	1.5	3. TEP o TWP PREVIAS	1.5
5. Presencia de un signo de DVT	1.5	4. DOLOR OBIQUE	1
6. Presencia de un signo de DVT	1	5. HEMOPTISIS	2
7. Otros	1	6. FC > 100 LPM	3
		7. FC > 90 LPM	1
		8. DOLOR A LA PALPACION DE LOS TENDONES TROCANTEROS	1

Dimero D
TC helicoidal con contraste
Gammagrafia de perfusion pulmonar
Electrocardiograma
Angiografia pulmonar

TRATAMIENTO

Primario: Disolucion del cuagulo
Terapia anticuagulante con objetivo de prevenir extension del trombo.
Heparina de bajo peso molecular
Terapia invasiva colocacion de filtros en la cava inferior, embolotomia o tromboendarterectomia.

DEFINICION.

OBSTRUCTIVA:

Más frecuente

El flujo cesa por una oclusión de la vía aérea superior a nivel de la orofaringe

Existen movimientos toracoabdominales (esfuerzo muscular respiratorio) durante la apnea

CENTRAL:

El flujo aéreo cesa debido a una ausencia transitoria de impulso ventilatorio central. No hay movimientos toracoabdominales durante la apnea

SAOS

Se caracteriza por episodios repetidos de oclusión completa o parcial de la vía aérea superior durante el sueño.

FISIOPATOLOGIA

Colapso de la vía aérea superior (VAS)

-Durante el sueño la actividad muscular que mantiene la vía aérea superior (VAS) abierta no puede contrarrestar las fuerzas que tienden a cerrarla (anatomía)

Microdespertar

La VAS colapsa y se produce el episodio respiratorio de apnea o hipopnea. Un microdespertar reactiva la musculatura y se logra la reapertura de la vía aérea.

EPIDEMIOLOGIA

En Ciudad de México
prevalencia 3,2%
Varones de edad media (obesidad)
Mujeres posmenopáusicas (alteraciones hormonales)
Niños pequeños (hipertrofia de amígdalas y adenoides)



--APNEA--



CLINICA

Manifestaciones neuropsiquiátricas y de conducta

Despertares transitorios

Pérdida de sueño reparador

Somnolencia excesiva diurna

Manifestaciones cardiovasculares

Desaturación nocturna

Ronquido habitual + apnea

Síntoma más común 95% pacientes

DIAGNOSTICO

total de apneas, hipopneas y rera

Entre

Horas de sueño

(ÍNDICE DE ALTERACIONES REPIRATORIAS)

=

ÍNDICE DE APNEA HIPOPNEA leve >5
Moderado 15-30
Grave >30

DIAGNOSTICO

Confirmación: Polisomnografía

Apnea: Caída del flujo de aire más 90% del basal durante más 10 segundos
Hipopnea: caída de flujo de aire más de 30% del basal durante más de 10 segundos con desaturación >3% o acompañada de un microdespertar

RERA (Alertamiento asociado a esfuerzo respiratorio): secuencia de respiraciones que duran más de 10 segundo sin criterios de hipopnea.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Mejora de la respiración nasal

Reducción del peso

Evitar alcohol

Evitar uso de medicamentos hipnóticos o sedantes

CPAP

Elección

IAR >15

IAH >5

Tratamiento quirúrgico:

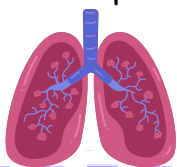
Cirugía bariátrica

Amigdalectomía Traqueotomía

Osteotomía maxilomandibular

DEFINICION.

Este es una neoplasia maligna originada en el epitelio que recubre el aparato respiratorio (bronquios, bronquiolos y alveolos) y representa el 80% de todos los casos de cáncer de pulmón.



FACTORES DE RIESGO

- Antecedentes de cáncer
- Tabaquismo activo (> 30 paquetes por año)
- Tabaquismos pasivo (causa el 25% de los Ca pulmon en NO fumadores)
- EPOC moderado grave aumenta incidencia 2 a 5 veces.
- Exposición a humo de leña y asbesto.



TAMIZASE ASINTOMÁTICOS

Personas > 50 años y con índice tabaquico > 30 paquetes por año + factores de riesgo para cáncer pulmonar. Deben ser referidos a realización de TAC de tórax

Una **probabilidad de malignidad baja** (<5 %) en un nódulo sólido indeterminado >8mm se define por los siguientes factores:

- Paciente joven.
- Bajo consumo tabáquico.
- Nódulo de tamaño pequeño.
- Márgenes regulares.

Una **probabilidad de malignidad alta** (>65 %) en un nódulo sólido indeterminado >8 mm se define por los siguientes factores:

- Edad avanzada.
- Alto consumo tabáquico.
- Historia de cáncer previa.

CARCINOMA DE CELULAS PEQUEÑAS 80%



Biopsia guiada por imagen
Es útil en lesiones periféricas como Adenocarcinoma y Células grandes.

CARCINOMA DE CELULAS PEQUEÑAS 15%



Broncoscopia v biopsia. Es útil en lesiones centrales como Ca Células pequeñas y Epidermoide

--CANCER PULMONAR--

CLINICA

La **tos** es el síntoma de presentación más común en el cáncer de pulmón. Otros síntomas son: disnea, dolor torácico y hemoptisis. La hemoptisis es un síntoma que predice una presentación más rápida.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DISEMINACIÓN REGIONAL

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.

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

DIAGNOSTICO

Diagnóstico- Con síntomas

- Inicial: Rx de torax.
- Mejor estudio: Tomografía helicoidal contrastada.
- Gold: Toma de biopsia (Depende de la localización)



TRATAMIENTO

- Estadios I y II se tratan con Resección quirúrgica.
- Estadio IIB: QT y RT neoadyuvante y cirugía.
- Estadio IIIB: Quimioterapia y radioterapia.
- Estadio IV: Tratamiento paliativo.



TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES
Mejora de la respiración nasal
Reducción del peso
Evitar alcohol
Evitar uso de medicamentos hipnóticos o sedantes
CPAP
Elección
IAR >15
IAH >5
Tratamiento quirúrgico:
Cirugía bariátrica
Amigdalectomía Traqueotomía
Osteotomía maxilomandibular

Conclusión:

En conclusión, la neumología es vital, no solo se ocupa de las enfermedades pulmonares, sino que también contribuye a mejorar la salud pública en general y así mejorar la atención de los pacientes con enfermedades respiratorias como se recomienda en guías, esto desde la correcta identificación de los pacientes, la planificación de objetivos y el acceso razonable a recursos asistenciales para garantizar confort y dignidad al final de la vida.

Así mismo vemos como la neumología ha experimentado una evolución extraordinaria a lo largo de la vida, desde desafíos y oportunidades en la prevención, diagnóstico y tratamiento de patologías respiratorias que anteriormente no se conocían o eran patologías muy raras hasta el día de hoy y así mejorar la calidad de vida de los pacientes, esta especialidad médica se a convertido en un pilar fundamental en la salud y atención.