

Universidad del sureste  
Campus Comitán  
Licenciatura medicina humana  
1er parcial  
Paola Guadalupe Hilerio González  
Grupo: "A"  
Grado: 7º  
Clínicas medicas complementarias  
Dra. Adriana Bermudez Avendaño



# INTRODUCCIÓN

LAS ENFERMEDADES NEUMOLÓGICAS SON UN GRUPO DE ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO, LA NEUMOLOGÍA ES LA ESPECIALIDAD MEDICA QUE SE ENCARGA DEL ESTUDIO PARA UN BUEN DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO; TALES ENFERMEDADES, ,COMO:

SARCOIDOSIS, ENF. EOSINOLIFICA, HIPERTENCION PULMONAR, TROMBOEMBOLISMO PULMONAR, APNEA, CANCER PULMONAR

PARA ESTUDIAR EL ESTADO DE LOS PULMONES DEL PACIENTE, SE NECESITAN REALIZAR PRUEBAS TANTO DE IMAGEN, LABORATORIALES, O SIMPLEMENTE CON EL ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE, LA PRINCIPAL ETIOLOGÍA Y SUS FACTORES DE RIESGO. TAMBIÉN SE CONSIDERAN PRUEBAS FUNCIONALES PARA CONOCER LA CAPACIDAD PULMONAR.

EN LAS SIGUIENTES FLASHCARD SE ABORDARÁ DE CADA PATOLOGÍA ESPECIFICA CONSIDERANDO LOS PUNTOS PRINCIPALES DE SU DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO,

# Eosinofilia pulmonar



## Definición

Presencia de infiltrados del parénquima pulmonares por células inflamatorias eosinofilia sanguínea o pulmonar

## Tipos

NEC (CRÓNICA)  
ABPA  
NEA (AGUDA)  
SX.Loeffler  
SX.hipereosinofílico

## Causas

CHINA  
Conectivopatía  
Helmintos  
Idiopáticos  
Neoplasias  
Alergias

Trichinella spitalis  
(Agente bacteriano)

## Diagnostico

Eosinofilia periférica  
1000 cel/mm<sup>3</sup>

Clinica  
Radiografía  
Biopsia transbroquial  
Eosinofilia en el tejido  
ANCA

Taclopacida vidrio esmerilado  
Lavado broncoalveolar  
Hisopatológicamente (se observa infiltrados eosinofílicos e histiocitos)

infiltrados eosinofílicos

## Clasificación



**COMPONENTE MAYOR**  
Aspergilosis pulmonar  
Neumonía eosinofílica c.  
Farmacos  
Parasitos  
Vasculitis (churg-strauss)

**COMPONENTE MENOR**  
TBC  
Neumonía  
Sarcoisosis  
Artritis reuma

## Tratamiento

Corticoides sistémicos  
(+mejoría)

Prednisona una dosis de 0.5  
mg/kg/día

Metilprednisolona de 1  
mg/kg/día



# Respuesta exagerada de LT CD4

# SARCOIDOSIS

## DEFINICIÓN

Principal enfermedad granulomatosa multisistémica de etiología desconocida en la que existe una respuesta exagerada inmunidad celular ?

Activa: Granuloma no caseificante

## FACTORES DE RIESGO

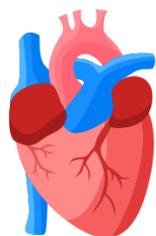


- < 55 años
- Mujeres
- Japoneses
- Antecedentes cardíacos

## CRITERIOS JAPÓN

**A**  
Granuloma NO caseificante en biopsia Mioc + Manifestación extracardiaca clínica o histológica

**B**  
Manifestación extra cardiaca clínico o histológica  
Anomalías en el EKGy ETT  
Defectos perfusión Infiltrados monocitos + fibrosis intersticial



## CUADRO CLINICO

- Arritmias BAV
- Fallo cardiaco S-D
- Pericarditis/ tapinamiento
- Pseudo infarto
- Uveitis anterior
- Eritema nodoso
- Fibre (Algunos casos)
- Linfadenopatias parahiliares
- Hepatomegalía
- Ictericia



## DIAGNOSTICO

- H.C Y E.F
- EKG
- Holter 24 hrs
- Eco TT →
- RNM
- PET (mayor probabilidad para sarcoidosis activa)
- BIOMARCADORES
- Biopsia Endomiocárdica (si carece de granulomas)
- Dilatación del seg. VD
- Engrosamiento septo
- IM multifactorial

## TRATAMIENTO

- Corticoides
- Prednisona 40-60 mg/ 24hrs (reducir hasta 10- 15 mg/24 hrs x 1 o 2 años)
- Metrotexato
- Hidroxicloriaquino



## Etiología

Vasopresina, endotelina PGE, Oxido nitrico, histamina, adenosina, bradicilina

Gen BPR2 -ALK1



## Fisiopatología

Aumento de la RV pulmonar  
Vasoconstrucción  
Remodelado de la PV  
Trombosis in situ

## Clasificación

**Clase I:** sin síntomas durante act  
**Clase II:** No hay síntomas al estar en reposo  
**Clase III:** es comodo estar en reposo pero hay síntomas durante act  
**Clase IV:** los síntomas se presentan en reposo y durante la act

## I. Definición

Enf. grave de difícil diagnóstico y poco conocida. Avanza de forma progresiva, es incapacitante, afectando los pulmones  
Aumento de la presión de las arterias pulmonares >25 mmHg en reposo

## Diagnostico

Inicial: ECG y ecocardiograma:  
Datos de HVD y crecimiento AD  
Gold estándar: cateterismo cardíaco

## Factores de riesgo

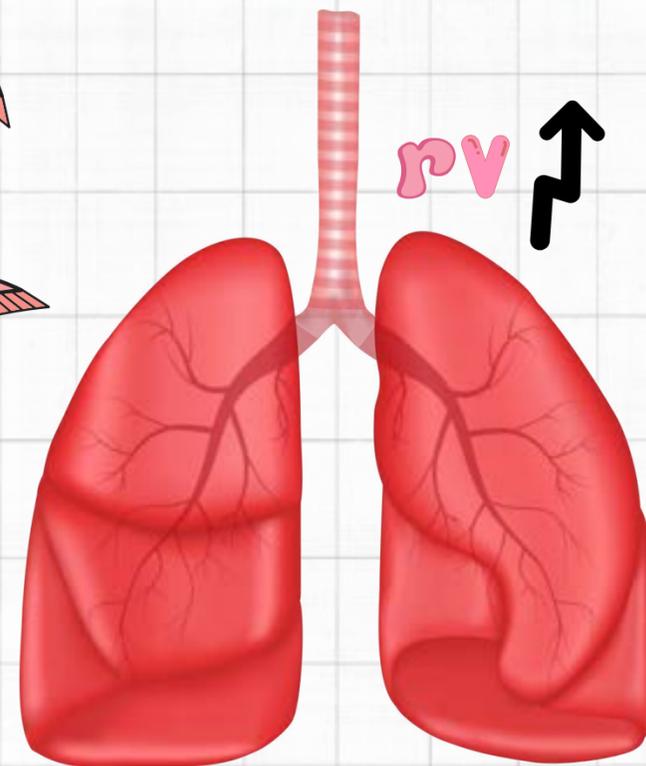
EPOC  
Valvulopatías  
HAS  
Hipertensión portal  
SAOS

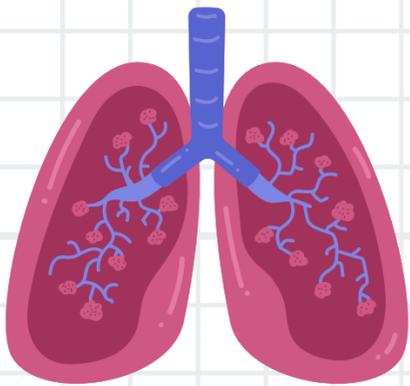
## Tratamiento

Clase I: Nifedipino  
II: Bosentan  
III Sildenafil  
IV. Epoprostenol

- Vasodilatadores
- Estimuladores de la guanilatociclasa
- Antagonista de los receptores de la endotelina
- Warfanina
- Anticoagulantes
- Diureticos

# Hipertensión pulmonar





# TEP TROMBOEMBOLIA PULMONAR

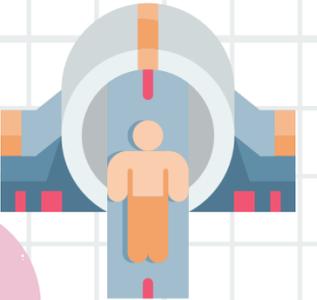
## DEFINICIÓN

Obstrucción de una o más arterias pulmonares por un émbolo de alguna parte del territorio venoso

## FISIOPATOLOGÍA

V/Q: Ventilación/ perfusión

1. Zona con adecuada ventilación y mal perfusión
2. Obstrucción de la vía aérea pequeña y ductus alveolares
3. Hipoxemia arterial  
Aumento de PAO<sub>2</sub>



## DIAGNOSTICO

Clinico (Signo de Homans, Lisker)  
Dimero D  
USG venoso  
TVP

**Angiografía pulmonar. TC o por RM y Gammagrafía pulmonar de perfusión**

## ETIOLOGÍA

TRIADA DE VIRCHOW  
Lesión endotelial  
Estasis sanguínea  
Hipercoagulabilidad



## FACTORES DE RIESGO

Presencia de TVP  
Cirugía, cáncer, traumatismos pulmonar, edad avanzada, historia familiar o genética

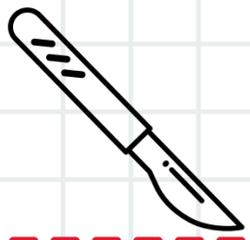
## EPIDEMIOLOGÍA

La TEP es la 3º causa más común de muerte por enfermedad vascular.  
96% mediante los factores de riesgo

## TRATAMIENTO

Anticoagulante: I línea  
AOAD  
Antagonista de Vit K  
HBPM  
Duración de la terapia  
4-6 semanas: cirugía  
3 meses: Factor transitorio no qx  
Trombolisis  
Trombectomía  
Filtro de vena cava.

**Trombina**  
HBPM/HNF  
**ACO:**  
Warfarina, acenolumarina  
**NACO:**  
Apixaban, niraroxaban



## Definición

- Es el trastorno respiratorio crónico más fte. después del asma. puede ser causa de muerte súbito, durante el sueño

## Tipos

- **OBSTRUCTIVA:** Flujo cesa por la VRS, orofaringe
- **CENTRAL:** EL FLUJO CESA DEBIDO A UNA AUSENCIA TRANSITORIA DE IMPULSO VENTILARORIO
- **MIXTA:** EPISODIOS CENTRALES (SIN ESFUERZOS AL PRINCIPIO).

## Fisiopatología

Obstrucción en faringe



Factores anatomicos  
cambio de tono muscular  
Estado de consciencia

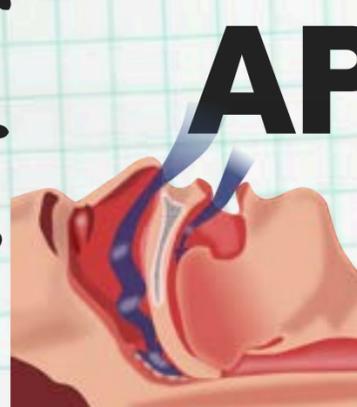
## Clasificación

- Leve: <15 pausas en 1hr
- Moderado 15-30 pausas en 1 hr
- Grave >30 pausas en 1hr considerando que cada pausa son de 10 segundos.

## Diagnostico

Cuestionario de berlin (adulto).  
Escala de somnolencia de Epworth  
SACS  
PARAMETROS cardiorespiratorios  
POLISOMNOGRAFIA

# APNEA



## Factores de riesgo

- 50-70 años
- Sedentarismo
- Alcoholismo
- Fumadoras
- Obesidad
- Micrognatia
- Hipertrofia de amígdalas



- IC
- HAS
- DM2
- circunferencia del cuello
- Hipertención p.



## Tratamiento

### ADULTOS

Usar CPAC si no hay alteraciones maxilofacial o de VS  
SAOS + OBESIDAD: disminuir peso

EVITAR FACTORES MEJORAR POSICIÓN  
EVITAR ALCOHOL. QX. TRAQUETOMIA

### NIÑOS

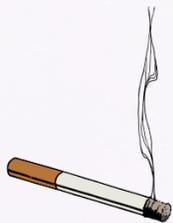
SAOS+ hipertrofia amigdalina: amigdalectomía  
SAOS LEVE O contraindicado de manejo QX

## DEFINICIÓN:

Neoplasia maligna originada en el epitelio que recubre el aparato respiratorio (bronquio, bronquiolos y alveolos)

## ETIOLOGÍA

Tabaquismo ( 85-90%)  
Humo de leña  
Asbento  
Ant. familiar

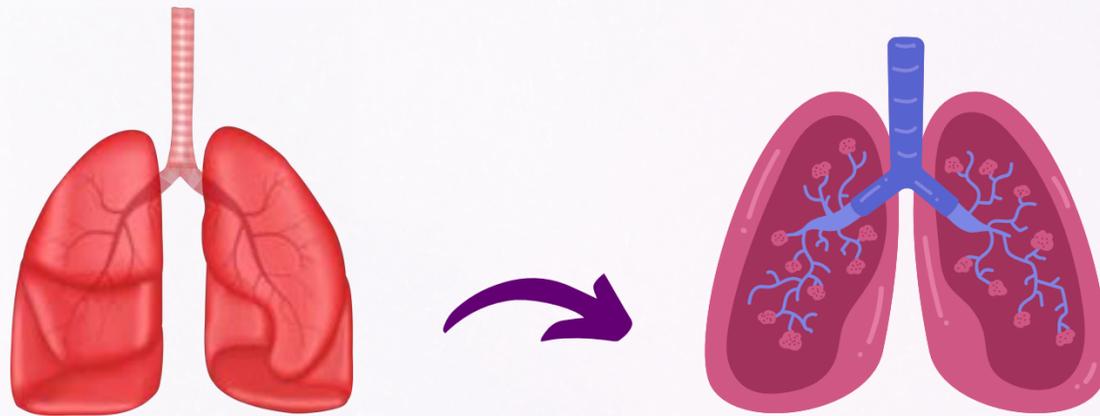


## EPIDEMIOLOGÍA

Causa más fre en hombres  
El CA + comun es el adenocarcinoma  
80% de los CA

## CLINICA

TOS (75%)  
Dolor torácico (75%)  
Disnea 60%  
Hemoptisis 35%  
perdida de peso 68%



1° causa de muerte en el mundo



## CLASIFICACIÓN

**Microcitico:** Grano de avena, cental, más agresivo, **Carcinoma epidermoide;** escamoso espinocelular, central.

**Adenocarcinoma;** Bronquioalveolar, periferico, sintomas tardía, derrame pleural

**Carcinoma celulas grandes:** periferico, sintomas tardios

## DIAGNOSTICO

Sospecha clinica o por tamizaje  
LAB: Rx,TC torax,RM cerebral, Biopsia, USG endoscopico broquial.  
TC de tórax nodule >8 mm o espiculado  
Indice de tabaquismo al diax año



## ENF. RESECABLE:

cirugía o RT curativa + estadificación ganglionar mediastinal  
Estadio I Y II: Resección Qx  
Estadio IIB Y RT neayubante y cirugía  
Estadio IV: Tx paliativo  
EC I.- III  
Lobectomía: tumores >2cm o >5cm  
Quimio a base de CISPLATINO

# Conclusión

LAS ENFERMEDADES PULMONARES SON CONDICIONES MÉDICAS QUE AFECTAN LOS PULMONES Y PUEDEN TENER UN IMPACTO SIGNIFICATIVO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS, SE CONSIDERA EL CONOCIMIENTO E INFORMACION DE CADA PATOLOGÍA, YA QUE LA MORBI-MORTALIDAD E DISCAPACIDAD DE LAS ENFERMEDADES PULMONARES SON ELEVADAS, PARA ELLO, DEBEMOS SABER QUE CADA TIPO DE PATOLOGÍA TIENEN SU CAUSA COMUN EN LAS CUALES PUEDEN COMENZAR CON ALGO AGUDO Y CON SU EVOLUCION Y SU RIESGO IRA AUMENTANDO HASTA LLEVAR A LO GRAVE; LA DISNEA, TOS, OPRESION TORACICA, FATIGA, SON LOS PRINCIPALES SIGNOS Y SINTOMAS QUE SE PRESENTA, EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO SE CONSIDERA, IMAGENES COMO RADIOGRAFIA DE TORAX, TC, CIRUGÍA Y SU REHABILITACIÓN.

## Comentario final

ES DE IMPORTANCIA CONOCER Y ESTUDIAR MÁS SOBRE LAS ENFERMEDADES RESPITATORIAS, PERA MEJORAR LA CAPACIDADES PULMONARES DE LOS PACIENTES Y ASI MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE CADA UNO DE ELLOS