



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE  
CAMPUS COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS  
LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA**



# Flash-Card

**Angelica Gonzalez Cantinca**

**Séptimo Semestre**

**Grupo B**

**Clínicas Complementarias Médicas**

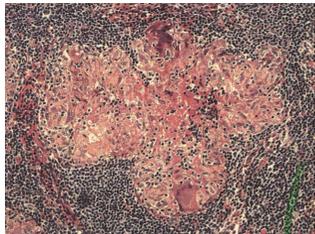
**Dra. Adriana Bermúdez**

# SARCOIDOSIS

## Enfermedad multisistémica granulomatosa

### Epidemiología

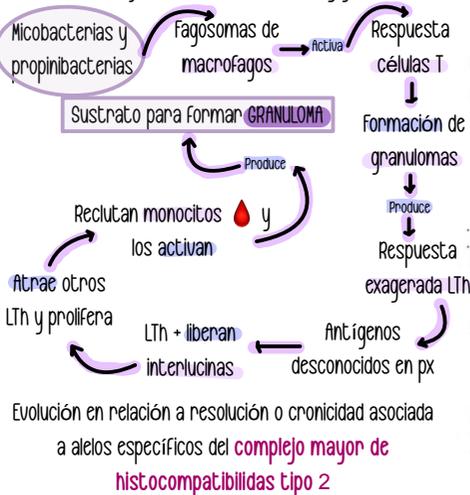
- 70% en px entre 25 y 45 años
- Segundo pico en mujeres mayores de 50 años
- Esporádica



### Inmunopatogenia

#### Causa desconocida

- Contribuyen factores ambientales y genéticos



### Manifestaciones clínicas

#### Aguda

Fiebre, malestar, anorexia, pérdida de peso, tos, disnea, malestar retroesternales

#### Síndrome Löfgren

Fiebre, artralgias, uveítis, eritema nodoso y adenopatías hiliares.

Buen pronóstico

#### Insidiosa

síntomas respiratorios y escasa o nula clínica constitucional

#### Síndrome Hereford-Waldenström

#### Fiebre uveoparotídea

Fiebre, uveítis, parotiditis y parálisis facial

Adenopatías mediastinales, patrón micronodular bilateral, signo de galaxia estrellada que consta de nódulos de predominio linfático

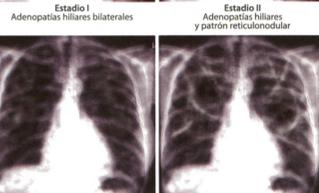
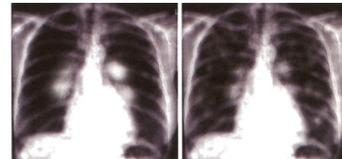
#### Estudios de laboratorio

Sangre periférica: linfopenia, a veces eosinofilia, hipergammaglobulinemia por aumento de actividad de linfocitos B y elevación de USG. Producción aumentada de 1,25 hidroxivitamina D a nivel del granuloma

### Diagnóstico

#### Radiografía

Adenopatías aspecto "cáscara de huevo"



#### Tomografía

#### Biopsia

Estudio confirmado, presencia de granulomas no caseificantes.

Px con cuadro clínico característico no se requiere

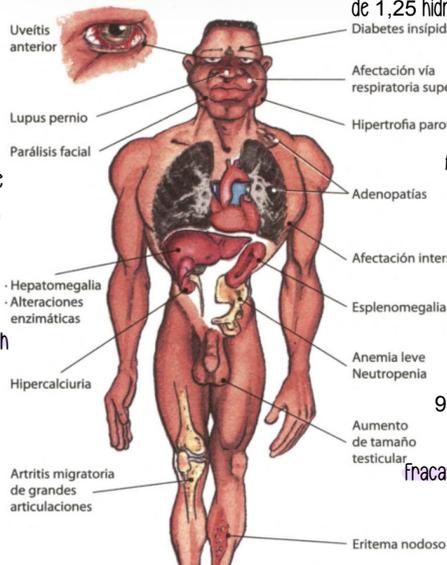
### Tratamiento

A mayor estudio radiológico, menor frecuencia de remisiones espontáneas

Sarcoidosis torácica	Estudio radiológico II o mayor, junto con síntomas o alteración funcional importantes
Sarcoidosis extratorácica	• Afectación cardíaca
	• Afectación ocular (uveítis)
	• Afectación del SNC
	• Afectación cutánea extensa
	• Hipercalcemia o hipercalcemia persistente

90% px presentan. Síndrome de Löfgren experimenta remisión espontánea

Tx con corticoides en caso de afectación significativa de órganos críticos  
Fracaso, infliximab (anticuerpos monoclonal anti-TNF) mejora la función pulmonar en px tratados con esteroides e inmunosupresores



# HIPERTENSION PULMONAR

Elevación de la presión de la arteria pulmonar media por encima de 25 mmHg en reposo y en ejercicio mayor a 30 mmHg

## Clasificación HP

### Precapilar

Presión de enclavamiento capilar pulmonar normal (grupo 1, 3, 4 y 5)

### Poscapilar

Presión de enclavamiento capilar pulmonar elevada (grupo 2)

1. Hipertensión arterial pulmonar	1.1 Idiopática 1.2 Hereditaria 1.3 Fármacos y toxinas 1.4 Hipertensión pulmonar arterial asociada 1.4.1 Enfermedades del tejido conjuntivo 1.4.2 Infección por VIH 1.4.3 Hipertensión portal 1.4.4 Enfermedad cardíaca congénita 1.4.5 Esquistosomiasis 1.4.6 Anemia hemolítica crónica
1* Enfermedad venooclusiva y hemangiomatosis capilar pulmonar	
2. Hipertensión pulmonar secundaria a cardiopatía izquierda	1.5 Hipertensión pulmonar persistente del recién nacido 2.1 Disfunción sistólica 2.2 Disfunción diastólica 2.3 Enfermedad valvular
3. Hipertensión pulmonar secundaria a enfermedades pulmonares e hipoxemia	3.1 EPOC 3.2 Enfermedad intersticial 3.3 Hiperventilación alveolar crónica 3.4 Trastornos respiratorios durante el sueño (SAHS)
4. Hipertensión pulmonar tromboembólica crónica	5.1 Trastornos hematológicos: esplenectomía, trastornos mieloproliferativos 5.2 Enfermedades sistémicas: sarcoidosis, histiocitosis de células de Langerhans, linfangioleiomiomatosis, neurofibromatosis, vasculitis 5.3 Alteraciones metabólicas: enfermedad del almacenamiento del glucógeno, enfermedad de Gaucher, trastornos tiroideos 5.4 Otros: obstrucción tumoral, mediastinitis fibrosante
5. Hipertensión pulmonar por mecanismos poco claros o multifactoriales	

## Cor pulmonale

Aumento de tamaño del ventrículo secundario a enfermedades pulmonares, del tórax o de la circulación pulmonar, que puede ir acompañado de insuficiencia ventricular derecha

## Manifestaciones clínicas

Inicialmente son muy sutiles, diagnóstico demora una media de dos

- Disnea progresiva. **más común** años
  - Fatiga y debilidad, por deterioro del GC
  - Dolor torácico subesternal común relacionado con insuficiencia coronaria ante el aumento de las necesidades del VD y con hipoxemia
  - Síncope, disminución del GC. **Primera manifestación**
  - Hemoptisis
- Progresiva
- Signos de hipertensión pulmonar y disminución del GC con fracaso VD (edemas, elevación de presión venosa central)
- Clinica igual a HAP idiopática

## HIPERTENSION PULMONAR IDIOPATICA

Elevación mantenida de la presión arterial pulmonar sin causa demostrable

### Causas

● **Genética:** codifica el receptor de la proteína morfogenética del hueso tipo II (BMPRII)

### Epidemiología

- Mujeres jóvenes
- Adultos varones
- Venoclosiva. → Infancia

Obstrucción de venas y venulas pulmonares por **Fibrosis de la íntima y septos fibrosis intravasculares** que sugieren trombos

## recanalizados Fisiopatología



Resistencia pulmonares se hacen fijas y las arterias dejan de responder a vasodilatadores

## HIPERTENSION PULMONAR TROMBOEMBOLICA CRONICA

En px en tras un TEP agudo la fibrinólisis fracasa en restaurar por completo el flujo sanguíneo

### Diagnóstico

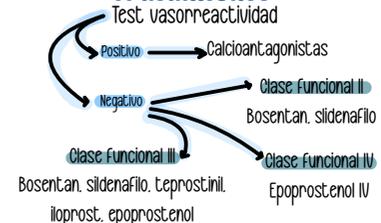
Gammagrafía pulmonar de perfusión defectos de perfusión segmentarios sugestivos de TEP o defectos de repleción en angiografía-C

Dx de certeza, **angiografía pulmonar:** Determina localización exacta de trombos

## Diagnóstico

- **Radiografía de tórax:** Protusión se APP y aumento en la anchura de la rama descendente de la APD, oligohemia periférica y cardiomegalia
- **Electrocardiograma:** fases avanzadas, hipertrofia de Ven y AD
- **Ecocardiografía:** Estimar HP y descartar causas secundarias
- **Gammagrafía de perfusión:** Normal o alteración de baja probabilidad de TEP
- **Estudio hemodinámico con cateterismo cardíaco**
- **Test de vasorreactivadas con sustancia vasodilatadora:** Pronóstico y guía terapéutica

## Tratamiento



## Tratamiento

- Tromboendarterectomía
- **⊘** cirugía. Anticoagulados de por vida

# TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

La **enfermedad tromboembólica venosa** representa un espectro de enfermedades que engloban tanto la **trombosis venosa profunda** como el **tromboembolismo pulmonar**

90-95% el embolo que origina el TEP proviene de una TVP de miembros inferiores, a menudo asintomática

## Factores de Riesgo

20% se considera TEP ideopático o

no provocado

- Historia de ETV previa
- Embarazo
- Inmovilización
- Viajes en avión de largo recorrido
- Antecedentes de cirugía en los últimos tres meses
- Síndrome antifosfolípido.
- Accidente cerebro-vascular reciente
- Hiperhomocisteinemia
- Neoplasias
- Policitemia primaria
- Obesidad
- HTA O EPOC
- Tbaquismo
- Anticonceptivos orales o tratamiento hormonal sustitutivo
- Resistencia a la proteína C activa (factor V de Leiden)

## Tratamiento

**Primario:** Disolución del coágulo

**Secundaria:** Anticoagulación o filtro de vena cava

**Heparinas:** De elección en TEP estable

**Anticoagulantes orales:**

Contraindicados en el embarazo

**Trombolíticos:**

## Alteración del intercambio gaseoso

Aumento del espacio muerto fisiológico, por desequilibrio V/Q en el pulmón no obstruido y por shunt derecha a izquierda, que puede ocurrir a nivel intrapulmonar o intracardiaco, en caso de Foramen oval permeable.

## Fisiopatología

**Hiperventilación alveolar** por estímulo reflejo nervioso.

**Aumento de la resistencia al flujo aéreo** Por broncoconstricción de las vías aéreas distales al bronquio del vaso obstruido.

**Disminución de la distensibilidad pulmonar** por edema, hemorragia o pérdida de surfactante.

**Aumento de la resistencia vascular pulmonar** por obstrucción vascular o liberación de agentes neurohumorales como la serotonina por las plaquetas.

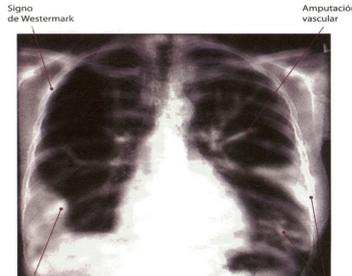
**Disfunción ventricular derecha:** El fracaso ventricular derecho es la causa de muerte más habitual tras un TEP.

Más frecuente

## Diagnóstico

### Radiografía de tórax

Elevación del hemidiafragma, atelectasias, anomalías parenquimatosas pulmonares y derrame pleural escaso y serohemático.



### Electrocardiograma

Signos de sobrecarga derecha, patrón S1, Q1, T1 analítica

Daño miocárdico (tropinas)

## Manifestaciones Clínicas

El síntoma más frecuente de **TVP** es el **dolor de pantorrilla**, y de **TEP** la **disnea**

- Disnea
- Dolor pleurítico
- Taquicardia
- Taquipnea
- Menos habituales
- Hemoptisis
- Oposición torácica
- Broncoespasmo

• Síntomas o signos de trombosis profunda	3
• Diagnóstico alternativo menos probable	3
• Frecuencia cardíaca > 100 latidos por minuto	1,5
• Cirugía o inmovilización en las 4 semanas previas	1,5
• Episodio de tromboembolismo pulmonar o trombosis profunda previa	1,5
• Hemoptisis	1
• Cáncer	1

0-1 puntos: probabilidad baja  
2-6 puntos: probabilidad intermedia  
≥ 7 puntos: probabilidad alta

**TEP masivo (alto riesgo, mortalidad > 15%):** se presenta con hipotensión o shock. Suelen ser TEP de gran tamaño o difusos.

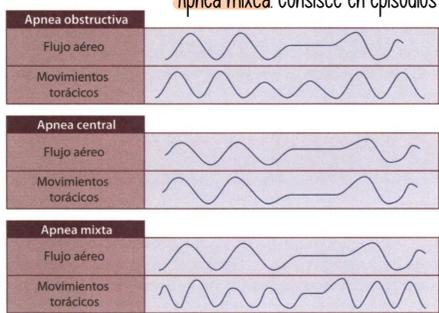
**TEP moderado/grande (riesgo intermedio, mortalidad 3-15%):** sin hipotensión ni shock pero con signos ecocardiográficos de sobre carga del ventrículo derecho o elevación de marcadores de daño miocárdico.

**TEP moderado/pequeño (riesgo bajo, mortalidad < 1%):** con tensión arterial y función ventricular derecha normales.

# SINDROME DE APNEA DEL SUEÑO

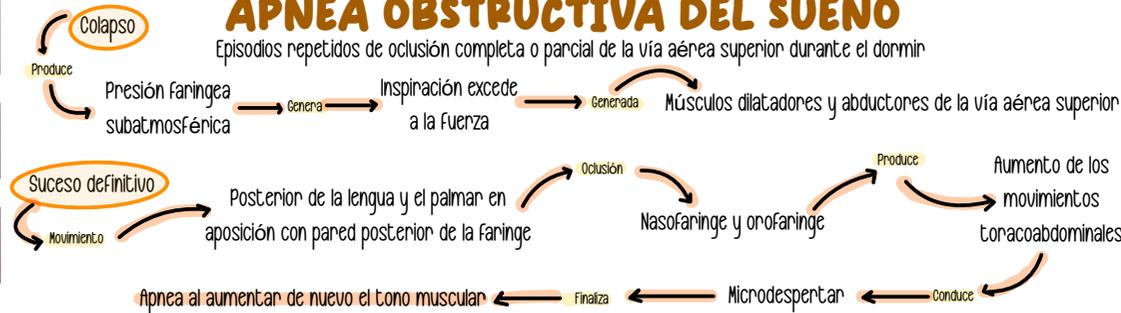
Caída del flujo de aire en más del 90% del basal durante más de 10 segundos

- Apnea obstructiva: **Más frecuente**. Flujo cesa por una oclusión de la vía aérea superior a nivel de orofaringe, por lo que existen movimientos toracoabdominales
- Apnea central: Flujo aéreo cesa debido a una ausencia transitoria de impulso ventilatorio central y no hay, por tanto, movimientos toracoabdominales durante la apnea
- Apnea mixta: Consiste en episodios centrales seguidos de un componente obstructivo y se considera una variante de las apnea obstructivas



## APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

Episodios repetidos de oclusión completa o parcial de la vía aérea superior durante el dormir



## APNEA CENTRAL DEL SUEÑO

Fallo transitorio del estímulo central dirigido a los músculos de la respiración.

### Patogenia

ausencia o disminución repetida del flujo de aire y del esfuerzo ventilatorio durante el sueño y suelen desencadenarse al caer la PaCO2 por debajo de un umbral apneico

### Clínica

- Cefalea
- Hipersomnias diurnas

### Diagnóstico

Polisomnografía

### Tratamiento

- Dirigido a cualquier condición que pueda causarla

### Tratamiento

- Mejorar la respiración nasal
- Reducción de peso
- Evitar el alcohol
- Uso de medicamentos hipnóticos o sedantes
- Mascarilla nasal: genera una presión positiva continua en la vía aérea superior impidiendo su colapso. *tratamiento quirúrgico en el SAOS*
- Cirugía bariátrica: indicada en los pacientes con obesidad mórbida.
- Amigdalectomía: muy eficaz en los niños, pero muy poco en los adultos.
  - Traqueotomía: es curativa en todos los casos.
  - Osteotomía maxilomandibular: técnica quirúrgica de adelantamiento mandibular.

El diagnóstico de SAOS se establece cuando el índice de apnea hipopnea (IAH) es mayor o igual a 15, aun en individuos asintomáticos o cuando el IAH es mayor o igual a 5 en combinación con síntomas propios de la enfermedad y no explicados por otra causa.

La gravedad de SAOS se define como leve con índice apnea hipopnea (IAH) mayor o igual a 5, moderado entre 15 y 30 y grave cuando es mayor a 30 por hora de sueño.

### Diagnóstico

- Definitivo SAOS: Polisomnografía
- Apnea: ausencia de flujo aéreo de al menos 10 segundos de duración.
- Hipopnea: reducción significativa del flujo aéreo de al menos 10 segundos de duración, acompañada de una desaturación > 3% o de un microdespertar.
- RERA (alterna miento asociado a esfuerzo respiratorio): secuencia de respiraciones que duran más de 10 segundos y que no cumplen criterios de hipopnea, pero que se caracterizan por aumento de resistencia de vía aérea (ronquido, caída de flujo de aire), y cuyo desenlace es un despertamiento.

### Epidemiología

- Varones de edad media
- Obesos
- Mujeres posmenopausadas
- Niños pequeños

### Clínica

- Neuropsiquiátricas y de conducta
- Pérdida de sueño reparador de ondas lentas
- Ronquido habitual
- Despierta completamente junto disnea
- Cefalea matutina
- Somnolencia excesiva diurna
- Arritmias cardíacas
  - Bradicardia
  - Elevación de tensión arterial

# ENFERMEDADES POR INHALACION

• se asocia a diferentes enfermedades

• pulmonares.

se diferencia entre:

• **polvos inorgánicos:**

neumonitis por hipersensibilidad y  
bisisosis

• **polvos orgánicos:**

neumoniosis, silicosis, enfermedad  
de los mineros del carbon, exposicion  
al asbesto, beriliosis

## DE POLVOS

### BISISINOSIS

exposición al polvo  
de algodón

• clínica

• disnea

• opresión torácica

• diagnostico

• radiografía

• complicaciones

• tuberculosis e infección de MO atípicos

• tratamiento

• irreversible

• solo prevenir complicaciones

### SILICOSIS

inhalación, retención y reacción pulmonar al  
polvo de sílice cristalina

• clasificación

• crónica, simple y clásica

• fibrosis masiva progresiva

• acelerada

• aguda

## NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD

• clínica

aguda (4-8h): fiebre, escalofrío, disnea

subaguda (corta duración): comienzo insidioso, tos productiva y disnea  
progresiva

crónica (meses a años): disnea progresiva, tos

• diagnostico

• Fibrobroncoscopia

• pruebas cutáneas específicas

• estudios inmunológicos

• tratamiento

• retirada del X del lugar de exposición

• corticoides

## EXPOSICION AL ASBESTO

asbesto, silicato, magnesio hidratado fibroso, resistente al fuego

• clínica

• disnea

• tos

• expectoraciones

crepitaciones

• diagnostico

• clínica

• LBA

• biopsia

• Tratamiento

• vigilancia medica

## NEUMOCONIOSIS DE LOS MINEROS DEL CARBON

se produce por la inhalación y el depósito del polvo del carbón y la  
reacción tisular que provoca. precisa

exposición de 5-10 años

algunos no muestran clínica

expectoración