



Mi Universidad

Mapa mental.

De la cruz Anzueto Laura Sofia.

Segundo parcial

Fisiopatología III.

Dr. Gerardo Cancino Gordillo.

Licenciatura en Medicina Humana.

Cuarto semestre, grupo "C"

Comitán de Domínguez, Chiapas a 13 de abril del 2025.

PERIODO DE INCUBACIÓN

1-5 Días

FISIOPATOLOGÍA

INVASIÓN DE LA MUCOSA NASAL

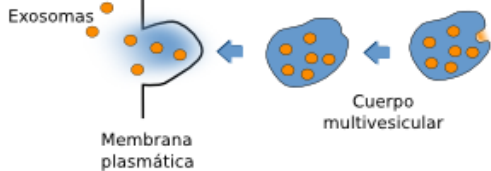
REACCIÓN IRRITATIVA

1. ADEHESIÓN

El virus se adhiere gracias a unos receptores llamados R-ICAM-1, y se pega a la mucosa nasal

2. PENETRACIÓN

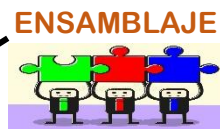
El virus penetra la mucosa nasal por **ENDOCITOSIS**, el cual estará envuelto en un **ENDOSOMA**.



3. DESENVOLVIMIENTO

El material genético toma dos vías:

- ✓ **TRADUCCIÓN:** Proteínas.
- ✓ **TRANSCRIPCIÓN/REPLICACIÓN**



ENSAMBLAJE

Se rompe la membrana cel, y se liberan citocinas.

Vasodilatación para la salida de neutrófilos y linfocitos.

EDEMA (congestión)

Factores determinantes

Infección viral que afecta a las vías respiratorias superiores, como la nariz y la garganta. Su diagnóstico es **CLÍNICO**

¿QUÉ ES?

RESFRIADO COMÚN

ETIOLOGÍA

VIRAL

- Rinovirus.
- Parainfluenza.
- Coronavirus.

- Adenovirus.
- Virus sincitial respiratorio.
- MPVH

Fx de virulencia del RINOVIRUS

pH: Lábil en pH de 5-6.

Niños: De 6 a 8 episodios/año.
Adultos: De 2 a 3 episodios/año

Estación del año: Principios de invierno/Finales de la primavera



MECANISMO DE TRANSMISIÓN

DIRECTO

Gotitas de flude



INDIRECTO

Superficie contaminada (3 hrs).



CUADRO CLÍNICO

- ✓ Congestión.
- ✓ Rinorrea.
- ✓ Cefalea.
- ✓ Malestar general.
- ✓ Fiebre (niños).
- ✓ Tos (debido al flujo retrogrado)



TRATAMIENTO

- ✓ Irrigación mecánica
- ✓ Inhalaciones.
- ✓ AINE'S.
- ✓ Descongestionantes (5-1 días MAX).
- ✓ Antihistamínicos.
- ✓ Hidratación.



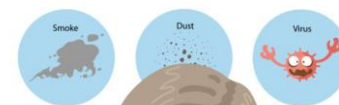
Estreptococo Neumonie y Haemophilus Influenzae

Coronavirus

< 4 semanas

De 4-12 s

>12 s



BACTERIANA

VIRAL

AGUDA

SUB-AGUDA

CRÓNICA

AGENTE CAUSAL

EVOLUCIÓN

DIAGNÓSTICO

ETIOLOGÍA

CUADRO CLÍNICO

CRÓNICO

CLÍNICO

- ✓ Cultivo.
- ✓ Rx de senos paranasales: Proyección de Waters (radiopacidad).
- ✓ Tomografía

- ✓ Anamnesis.
- ✓ Exploración física



Inflamación de los senos paranasales y las fosas nasales, se produce cuando se acumula líquido en los senos paranasales, lo que dificulta el drenaje de la mucosidad.

AGUDO 5-7 días

¿QUÉ ES?

- ✓ Rinorrea + Dolor facial
- ✓ Cefalea predominio frontal.
- ✓ Estornudos + Anosmia
- ✓ Congestión nasal + Disgeusia.
- ✓ Lagrimeo.
- ✓ Presión al agacharse.



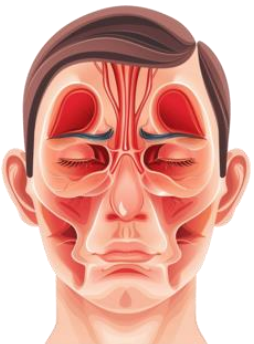
>10 días + olor fétido + fiebre = BACTERIANA



TRATAMIENTO

AGUDA VIRAL

- ✓ Lavados- Irrigación mecánica.
- ✓ Descongestionantes.
- ✓ Corticoesteroides inhalados.
- ✓ Vaporizaciones y humidificaciones.
- ✓ Desinflamante AINE'S: Ibuprofeno, Naproxeno



BACTERIANA

- ✓ Amoxicilina.
- ✓ Clindamicina



AFECTA A LOS SENOS PARANASALES

FISIOPATOLOGÍA

La mucosa de los senos paranasales participa en el Sist. De depuración mucho-ciliar (manto mucociliar)

Adecuado mantenimiento del manto mucociliar

Sist. Depuración Mucociliar



Sist. Respiratorio Inmuno. Innato

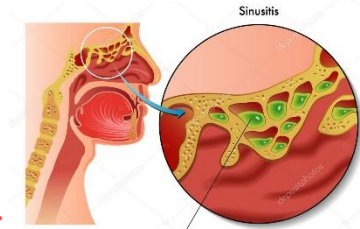


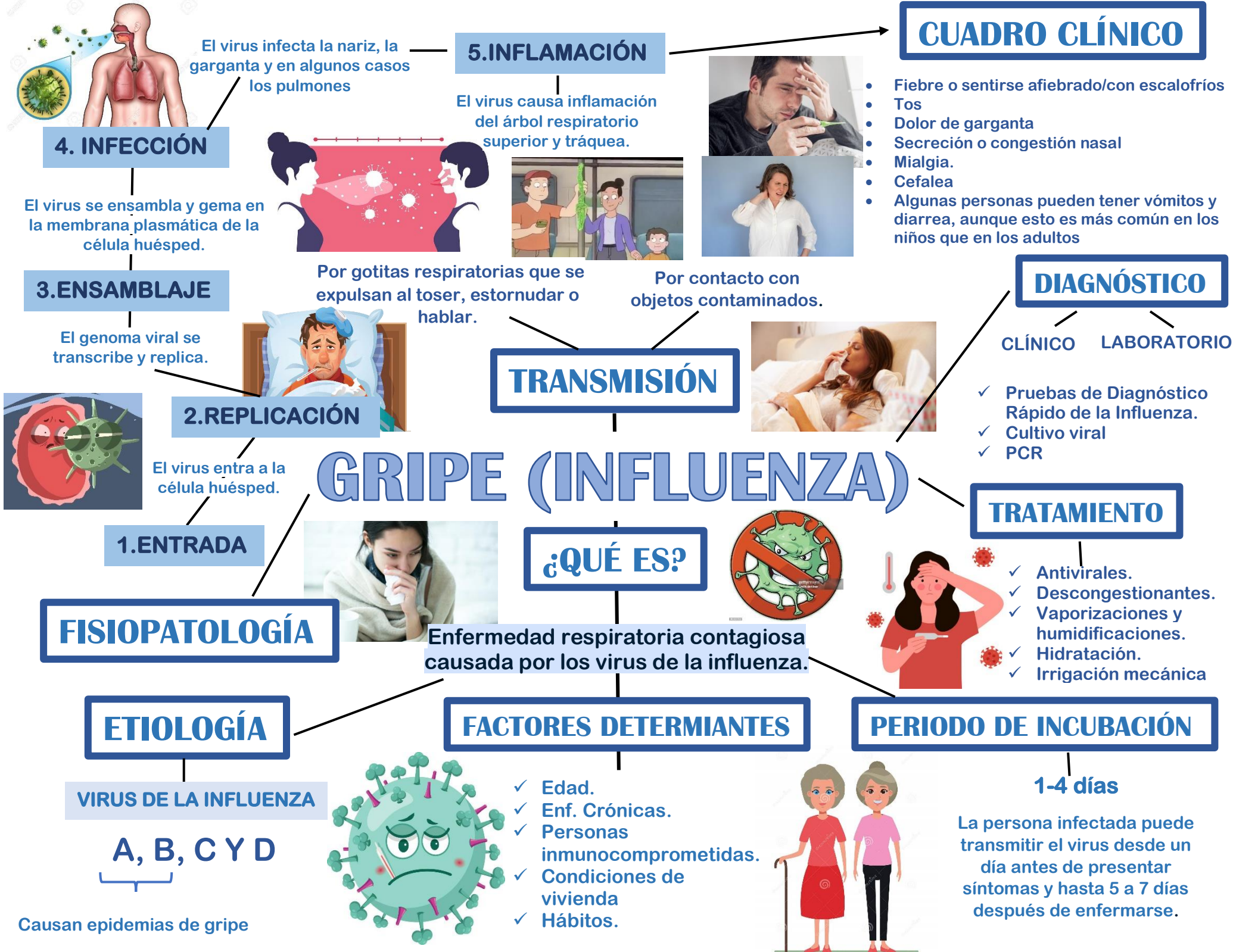
Mantienen a los senos paranasales estériles

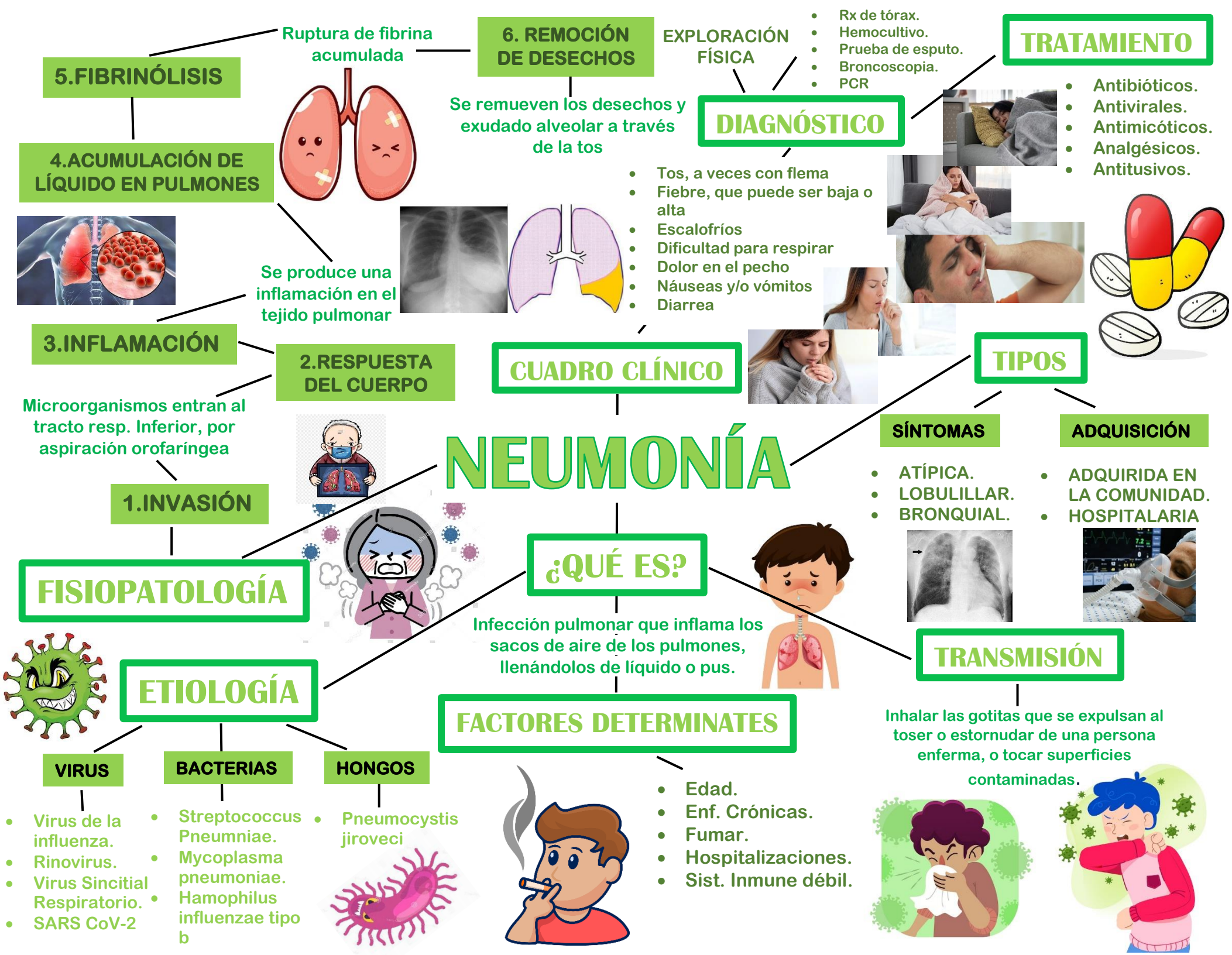
ALTERACIONES

- Pólipos: Obstrucción mecánica.
- Barotrauma.
- Infecc. De vías resp. Sup.
- Alergias (Rinitis).

- Tumefacción mucosa.
- Mayor secreción nasal (moco).







TRATAMIENTO

- R- Rifampicina.
- I- Isoniacida.
- P- Pirazinamida
- E- Etambutol



- Aerobio estricto.
- BAAR (gracias a una pared celular).

ÁCIDO MICOLICO, lípido en la pared celular que le permite adherirse.

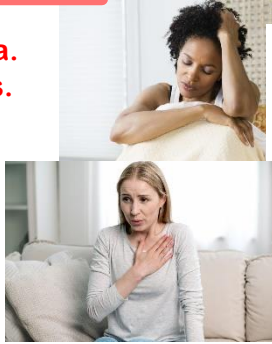


FACTORES DE VIRULENCIA

- **Lipoarabinomano**: Fijarse a los macrófagos, favorece la proliferación e inhibe la fusión del endosoma y lisosoma.
- **Arabinogacactano**.
- **Péptido glicano**.
- **Fx. Cordon**: Inhibe la proliferación leucocitaria.
- **Sulfatidos**: Potencian la acción de los Fx cordon e inhiben la fusión.

DIAGNÓSTICO

- Fiebre/Febrícula.
- Tos >4 semanas.
- Hemoptisis.
- Fatiga.
- Sudoraciones nocturnas.
- Disnea.
- Escrófula.
- Disuria estéril



AGENTE CAUSAL

Enfermedad infecciosa causada por un tipo de bacteria y que suele afectar a los pulmones.



¿QUÉ ES?

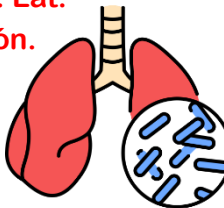
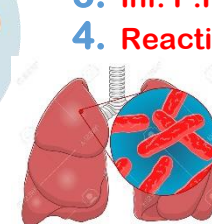
TUBERCULOSIS

PATOGENIA

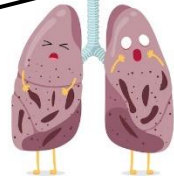
1. Exposición.
2. Eliminación/progresión.
3. Inf. P.P, Inf. Lat.
4. Reactivación.



TRANSMISIÓN



CUADRO CLÍNICO



PERSONA A PERSONA POR MICROGOTICULAS

El bacilo entra a las vías resp. sup

Activación de mecanismos de inmunidad innata

FUNCIONAN
No hay infección

NO FUNCIONAN
Hay infección

Se va a los **ALVEÓLOS**

Macrófagos alveolares

Se libera FNT-alfa, el cual libera **NEUTRÓFILOS Y LINFOCITOS**

Los Fx de virulencia provocan una **INFLAMACIÓN**

Microorganismo + **MACRÓFAGO = FAGOCITOSIS**

Los linfocitos (TCD4) aumentan el **IT-gamma= Macrófagos fuertes**

Rodean el sitio de infección= **GRANULOMA**, contiene enzimas lipofílicas, lo degradan y provocan **NECROSIS CASEOSA**

TB PRIMARIA

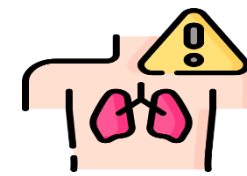
Cuando el Sist. Inmune no frena la infección

TB LATENTE

Se forma el granuloma y se forma una reactivación, no es contagiosa

- 1 Granuloma: **Foco de Ghon**.
- 1 Granuloma + Linfopatía: **Complejo de Ghon**.
- Se calcifica el granuloma: **Complejo de Ranke**

Neumocitos I y II



- **Aspergilosis.**
- **Mucormicosis:** Una infección fúngica invasiva.
- **Coccidioidomicosis:** Puede diseminarse a la piel, huesos, articulaciones, vísceras y sistema nervioso central.

Se transmite principalmente por inhalación de esporas de hongos

Los hongos se reproducen dispersando esporas microscópicas que están presentes en el aire y la tierra.

La infección fúngica también puede producirse por la reactivación de una infección latente.

TIPOS

TRANSMISIÓN

FISIOPATOLOGÍA

DIAGNÓSTICO

CUADRO CLÍNICO

INF. MICÓTICAS PULMONARES

¿QUÉ ES?

Enfermedades causadas por hongos que entran al tracto respiratorio al inhalarse

ETIOLOGÍA

PNEUMOCYSTIS JIROVECII

SCEDOSPORIUM SP

ASPERGILLUS FUMIGATUS

Es el hongo más común que causa infecciones pulmonares crónicas e infecciones generalizadas.

Puede causar neumonía en adultos con sistema inmune débil

Puede causar micetomas pulmonares, que son masas o bolas de hongos que colonizan las cavidades pulmonares

TRATAMIENTO

ANTIFUNGICOS

- Voriconazol.
- Anfotericina B.
- Fluconazol.
- Itraconazol.

- El cuadro clínico del paciente
- Análisis de factores de riesgo
- Exámenes de imagen, como radiografía de tórax o tomografía computarizada (TC)
- Cultivos de muestras, como esputo o tejido pulmonar
- Pruebas serológicas
- Exámenes histopatológicos

- Fiebre.
- Escalofríos.
- Tos productiva.
- Dificultad respiratoria.
- Fatiga.
- Pérdida involuntaria de peso.
- Sudoración nocturna.
- Dolor torácico.
- Expectoración con sangre.



Bibliografía

FISIOPATOLOGÍA PORTH. (s.f.). En T. L. NORRIS, Alteraciones de la Salud. Conceptos básicos (10 Decima ed., pág. 1594). Walters Kluwer. Recuperado el 13 de abril de 2025, de Downloads/edica_Porth_2.pdf