



Mi Universidad

Sem Benjamin Varquez Ibarra

4to parcial
4to semestre
Dr. Guillermo Del Solar Villarreal
Fisiopatología

licenciatura en medicina humana

Enfermedades
fibrasantes.

ibarius

Es una enfermedad multisistémica de etiología desconocida caracterizada por inflamación granulomatosa no caseificante en el sitio afectado.

Organos involucrados

- Pulmon
- Ganglios linfáticos intratorácicos
- Piel
- Ojos
- Entre otros

Epidemiología

- 10 - 40 x 100,000 habitantes
- Mas frecuente en mujeres
- >50 años

Inmunopatología

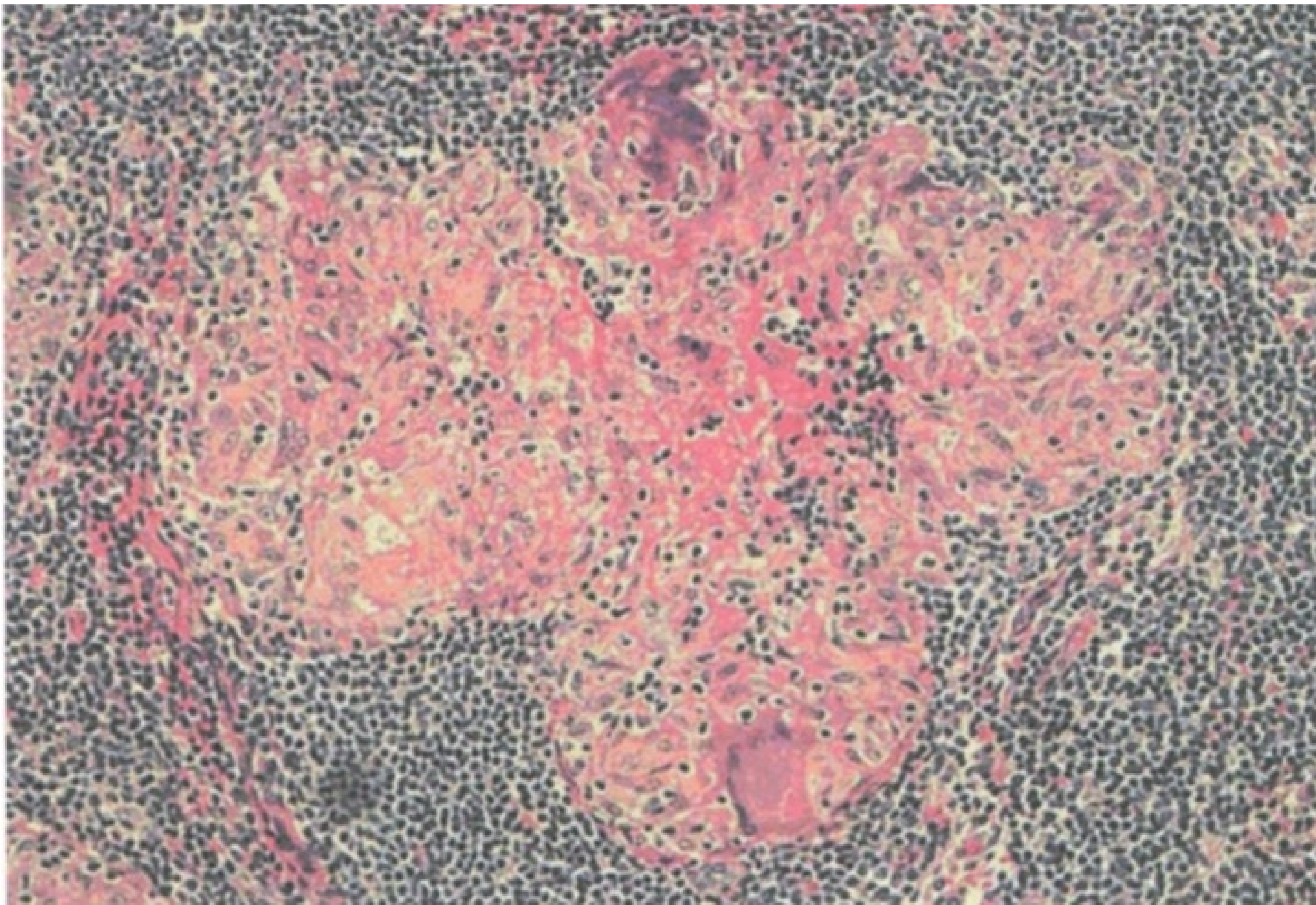
1: Se produce una respuesta exagerada de los linfocitos T colaboradores (LTh) en respuesta a antígenos desconocidos en sujetos genéticamente susceptibles

2: Los LTh están activados y liberan interleucina-2, que atrae otros LTh y les hace proliferar.

3:- También liberan otras citocinas (interferón γ y factor de necrosis tumoral (TNF) que reclutan a los monocitos de la sangre y los activan, proporcionando el sustrato para la formación de granuloma.

La evolución o cronicidad esta asociada está asociada a los alelos específicos del complejo mayor de histocompatibilidad tipo 2

Anatomía patológica



El dato característico de sarcoidosis activa es el granuloma no necrotizante.

Esta formado por una zona central ocupada por macrófagos, células epiteloides y células gigantes multinucleadas (de tipo langerhans). El núcleo está rodeado de LTh, células plasmáticas y fibroblastos. El granuloma está bien delimitado, y, aunque es rara, a veces se observa micronecrosis. Las células gigantes pueden tener inclusiones, como son los cuerpos de Schaumann, los cuerpos asteroides o los cuerpos residuales. El depósito progresivo de colágeno induce hialinización

En los casos de enfermedad crónica, la inflamación mononuclear persistente durante años, la confluencia de granulomas altera la arquitectura pulmonar, produciendo fibrosis, quistes aéreos, bronquiectasias y cambios vasculares, constituyendo el estadio final, en el que los granulomas pueden faltar.

El granuloma no necrotizante es el dato sugestivo de sarcoidosis, pero se debe descartar otras enfermedades granulomatosas.

Diagnostico diferencial

* El Dx es de exclusión.

- Infecciones micobacterianas
- Infecciones fúngicas

- Beriliosis

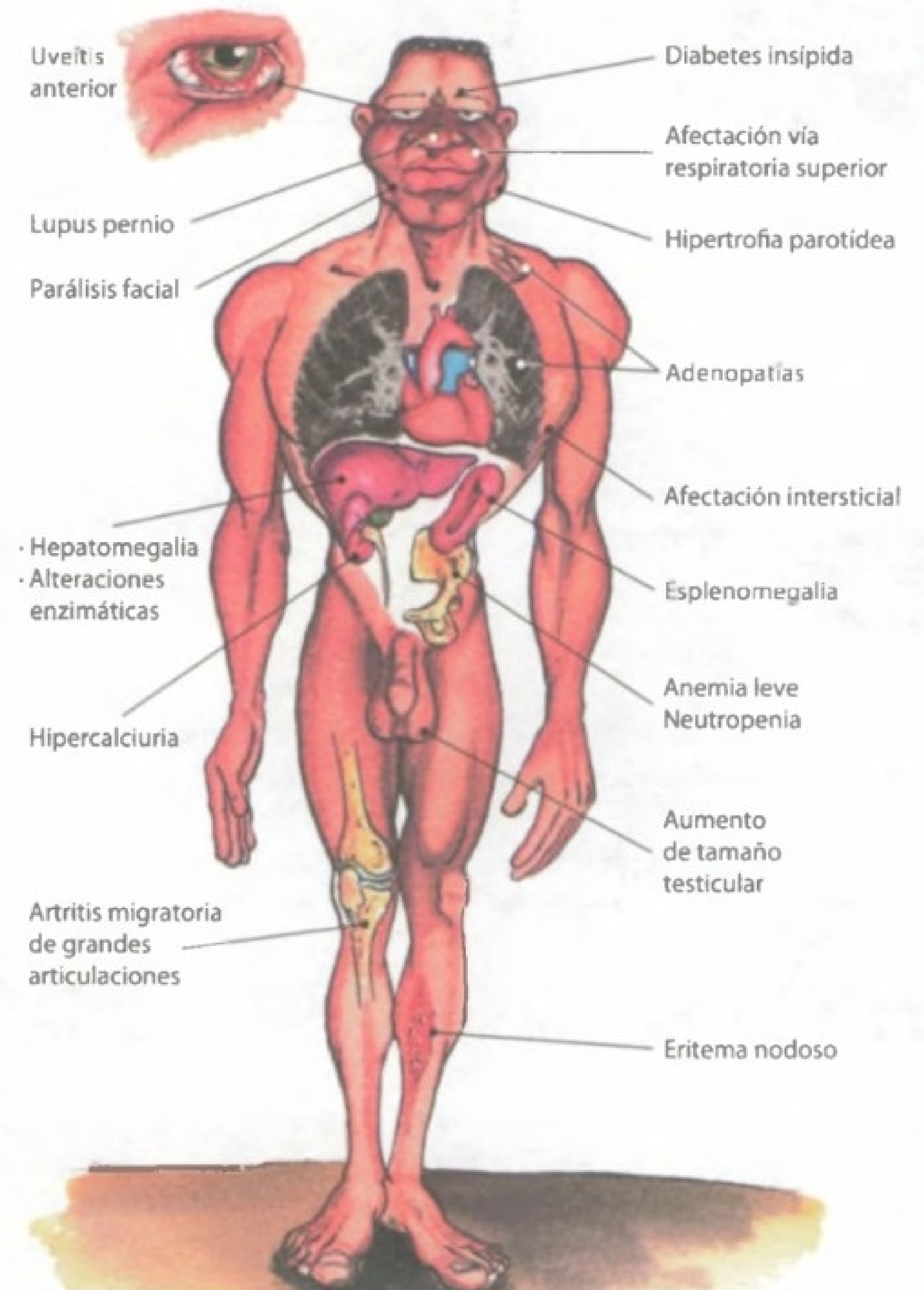
Posibles antígenos incitadores

- Virus
- Micobacterias
- Borrelia
- Polen

Formas de presentarse

- Asintomática (hayazgo en Rx)
- Linfadenopatía periférica
- Lesiones cutáneas
- Afectación ocular
- Hepatoesplenomegalia

Manifestaciones clínicas



Síntomas

Agudo

- Fiebre
- Malestar
- Anorexia
- Pérdida de peso

Se describen 2 Síndromes

- Löfgren
 - Fiebre
 - Artralgias
 - Uveítis
 - Eritema nodoso

- Adenopatías hiliares generalmente bilaterales

* El resto de los px se presenta de forma insidiosa, a lo largo de meses, con síntomas respiratorios.

Síntomas generales respiratorios

- Tos
- Disnea
- Molestias retroesternales

* La presencia de lesiones nodulares rojo-violáceas en miembros inferiores (eritema nodoso) o de parálisis facial asociadas a adenopatías hiliares bilaterales obliga a pensar en Sarcoidosis.

Heerfordt-Waldenström (Fiebre uveoparotídea)

- Fiebre
- Uveítis
- Parotiditis
- Parálisis facial

Tratamiento

- Corticoides
- Inmunosupresores
- seguimiento clínico y funcional.

Bibliografía

- Baughman Rp, Lower EC. Sarcoidosis En: Harrison's principles of internal medicine, 17th ed Fawc
- Mañá Rex d. Sarcoidosis. En: Farreras - Rozman Medicina interna, 16ª Ed.