

PATOLOGÍA PULMONAR 2

AUTORES: F.RICARD.DO. PhD.

P.ESCRIBÁ. MD.DO.PT.

VÍCTOR MANUEL FUENTES ÁLVAREZ DO. PT



BRONQUIOLITIS AGUDA DEL LACTANTE

BRONQUITIS CRÓNICA

CÁNCER BRONCOPULMONAR

EVIDENCIA CIENTÍFICA

AUTORES: F.RICARD.DO. PhD.

P.ESCRIBÁ. MD.DO.PT.

VÍCTOR MANUEL FUENTES ÁLVAREZ DO. PT



PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
BRONQUIOLITIS AGUDA DEL LACTANTE	Virus respiratorio sincitial.	Incubación: 2-8 días Rinofaringitis poco febril, tos seca. Disnea, polipnea Estertores crepitantes Sibilantes Distensión torácica y signos de lucha <u>Signos digestivos:</u> Abdomen dilatado Ptosis hepática Intolerancia alimentaria, falsas rutas	<u>Signos de lucha</u> Tiraje intercostal, supraclavicular. Tórax de zapatero. Pulsación de las alas de la nariz Balanceo tóraco-abdominal (respiración paradójica) <u>Auscultación:</u> Crepitaciones Estertores bronquiales y sibilantes. Cianosis <u>Hipoxemia:</u> Disminución de la $PaO_2 < 90-95 \text{ mmHg}$	Prodeclive dorsal 30°. Desobstrucción rinofaríngea con suero fisiológico pluricotidiano antes de cada comida y de dormir. Ningún antibiótico excepto de sobreinfección Ningún jarabe contra la tos. Oxigenoterapia Salbutamol. Hidrocortisona. Kinesiterapia



EVALUACIÓN SEVERIDAD COLAPSO RESPIRATORIO

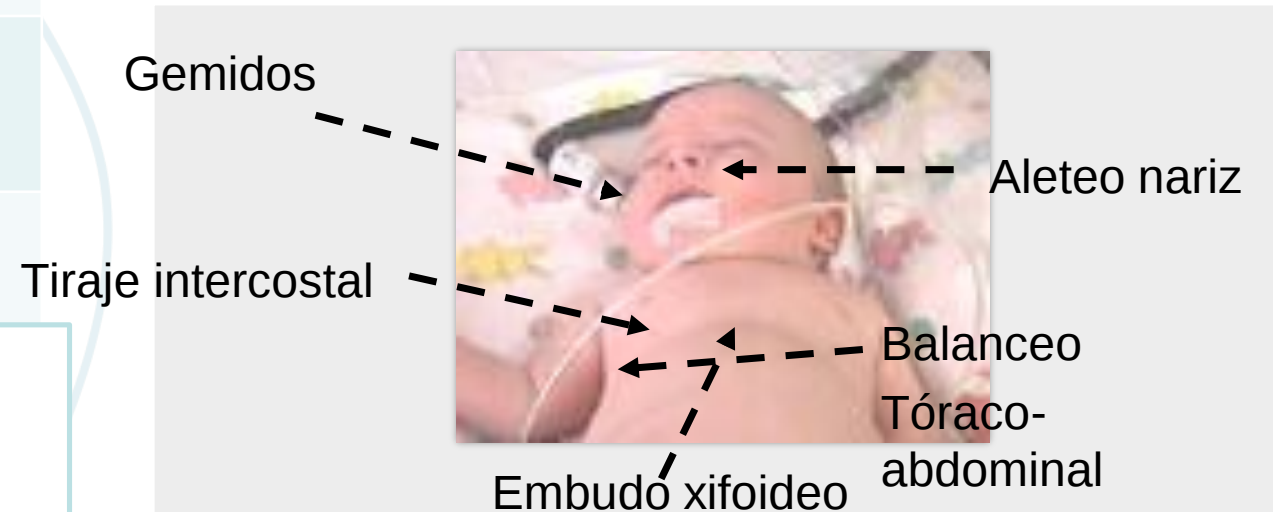
SCORE BIERMAN PIERSON

Resultado	Frecuencia respiratoria	wheezing	cianosis	tiraje respiratorio
0	< 30	0	0	0
1	31-45	Final espiración	Peri-bucal al grito	débil
2	46-60	Inspi/expi	Peri-bucal al reposo	importante
3	60	Inspi/espi	generalizado	intenso

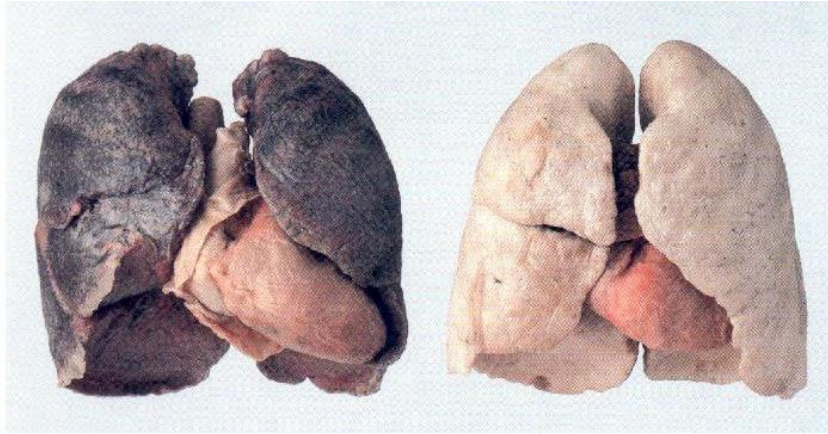
- ➔ Colapso leve: resultado 1 - 6
- ➔ Colapso moderado: resultado 7 - 9
- ➔ Colapso severo: resultado 10.-12

CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS: BRONQUIOLITIS

Esta patología no es una indicación del tratamiento de Medicina Osteopática



PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
BRONQUITIS CRÓNICA	Tabaco Factores profesionales Contaminación atmosférica Déficit en alfa1 antitripsina, mucoviscidosis. Infecciones repetidas	Disnea de esfuerzo, luego permanente. Tos crónica. Expectoraciones purulentas (de sobreinfección).	<u>Inspección:</u> Cianosis de las extremidades. Distensión torácica <u>Palpación.</u> Disminución vibraciones vesiculares. <u>Percusión.</u> Timpanismo. <u>Auscultación</u> Disminución de los murmullos vesiculares. Estertores bronquiales en espiración. Pruebas funcionales respiratorias: Normal/síndrome obstructivo: VEMS<80%.	Antibioterapia intensiva. Oxigenoterapia. Bronco-dilatadores y corticoides



PULMONES FUMADOR Y PULMONES SANOS

- Anomalía de las glándulas mucosas bronquiales.
- Estrechamiento inflamatorio de los bronquiolos.
- Aparición tardía de un enfisema centrolobular que respeta los capilares; de ahí, hipoxia.

- EVIDENCIA:

(Noll et al., 2008; Maskey-Warzechowska et al., 2019; Clarke et al., 2019; Wearing et al., 2016; Dougherty et al., 2011; Rocha et al., 2015; Nair et al., 2019; Cruz-Montecinos et al., 2017; Yilmaz Yelvar et al., 2016; Zanotti et al., 2012).

Ofrecen evidencia preliminar de que la terapia de manipulación espinal , el tratamiento del diafragma y mediastino...benefician la función pulmonar en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Bronquios normales



Bronquitis



CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS: BRONQUITIS CRÓNICA (1)

1º Utilizar técnicas de drenajes bronquiales.

2º Luchar contra el espasmo bronquial (técnicas funcionales bronquiales, liberación del trayecto del X neumogástrico).

CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS: BRONQUITIS CRÓNICA (2)

3º Liberar las disfunciones costales en inspiración (Grupo costal superior) que limitan la espiración, dar elasticidad a la caja torácica.

4º Normalizar el diafragma (trayecto del nervio frénico, inserciones diafragmáticas, centro frénico, folíolos musculares)

CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS: BRONQUITIS CRÓNICA (3)

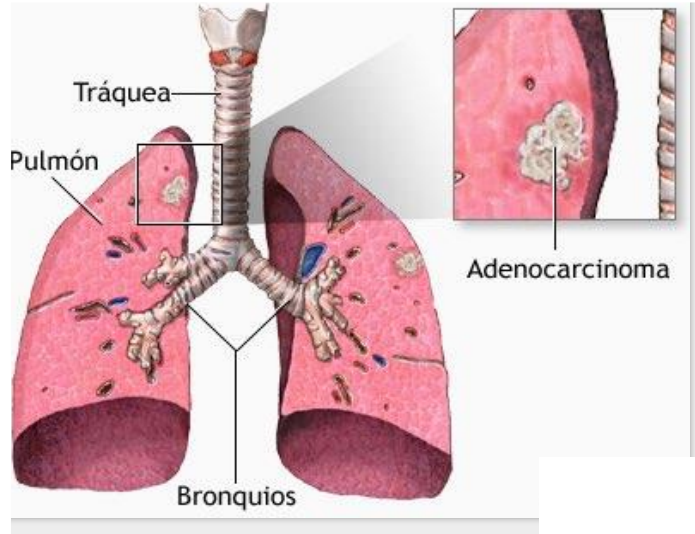
5º Utilizar técnicas linfáticas para luchar contra la infección.



REFERENCIAS

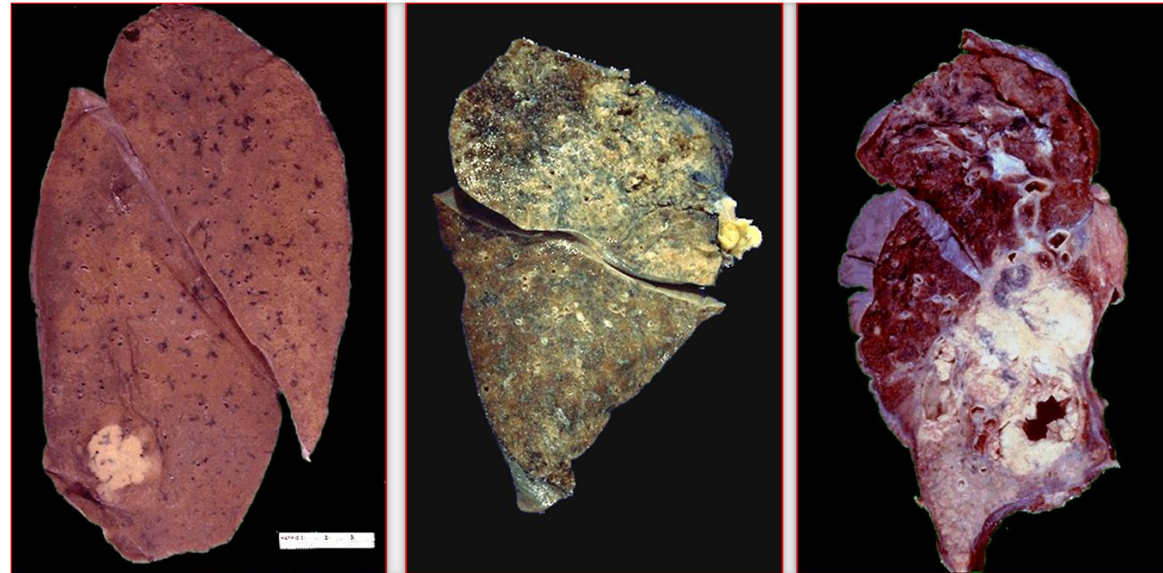
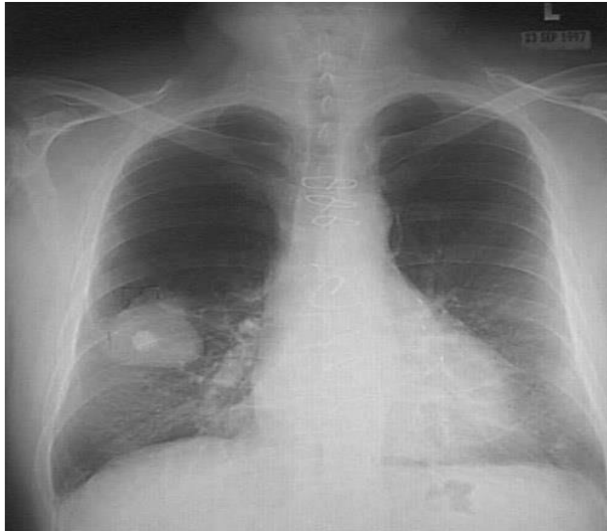
- Clarke S, Munro PE, Lee AL. The Role of Manual Therapy in Patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Healthcare (Basel)*. 2019 Feb 1;7(1):21. doi: 10.3390/healthcare7010021. PMID: 30717269; PMCID: PMC6473650
- Cruz-Montecinos C, Godoy-Olave D, Contreras-Briceño FA, Gutiérrez P, Torres-Castro R, Miret-Venegas L, Engel RM. The immediate effect of soft tissue manual therapy intervention on lung function in severe chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2017 Feb 21;12:691-696. doi: 10.2147/chronic obstructive pulmonary disease .S127742. PMID: 28260875; PMCID: PMC5327901.
- Engel RM, Wearing J, Gonski P, Vemulpad S. The effect of combining manual therapy with exercise for mild chronic obstructive pulmonary disease: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2017 Jun 17;18(1):282. doi: 10.1186/s13063-017-2027-z. PMID: 28623944; PMCID: PMC5474053.
- Maskey-Warzechowska M, Mierzejewski M, Gorska K, Golowicz R, Jesien L, Krenke R. Effects of Osteopathic Manual Therapy on Hyperinflation in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Randomized Cross- Over Study. *Adv Exp Med Biol*. 2019;1222:17-25. doi: 10.1007/5584_2019_418. PMID: 31541364.
- Nair A, Alaparthi GK, Krishnan S, Rai S, Anand R, Acharya V, Acharya P. Comparison of Diaphragmatic Stretch Technique and Manual Diaphragm Release Technique on Diaphragmatic Excursion in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Randomized Crossover Trial. *Pulm Med*. 2019 Jan 3;2019:6364376. doi: 10.1155/2019/6364376. PMID: 30719351; PMCID: PMC6335861.
- Noll DR, Degenhardt BF, Johnson JC, Burt SA. Immediate effects of osteopathic manipulative treatment in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Am Osteopath Assoc*. 2008 May; 108(5):251-9. BRCT
- Rocha T, Souza H, Brandão DC, Rattes C, Ribeiro L, Campos SL, Aliverti A, de Andrade AD. The Manual Diaphragm Release Technique improves diaphragmatic mobility, inspiratory capacity, and exercise capacity in people with chronic obstructive pulmonary disease: a randomised trial. *J Physiother*. 2015 Oct;61(4):182-9. doi: 10.1016/j.jphys.2015.08.009. Epub 2015 Sep 19. PMID: 26386894.
- Wearing J, Beaumont S, Forbes D, Brown B, Engel R. The Use of Spinal Manipulative Therapy in the Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review. *J Altern Complement Med*. 2016 Feb;22(2):108-14. doi: 10.1089/acm.2015.0199. Epub 2015 Dec 24. PMID: 26700633; PMCID: PMC4761829.
- Yilmaz Yelvar GD, Çirak Y, Demir YP, Dalkılıç M, Bozkurt B. Immediate effect of manual therapy on respiratory functions and inspiratory muscle strength in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2016 Jun 20;11:1353-7. doi: 10.2147/ chronic obstructive pulmonary disease .S107408. PMID: 27382271; PMCID: PMC4920225.
- Zanolli E, Berardinelli P, Bizzarri C, Civardi A, Manstretta A, Rossetti S, Fracchia C. Osteopathic manipulative treatment effectiveness in severe chronic obstructive pulmonary disease: a pilot study. *Complement Ther Med*. 2012 Feb-Apr; 20(1-2):16-22.

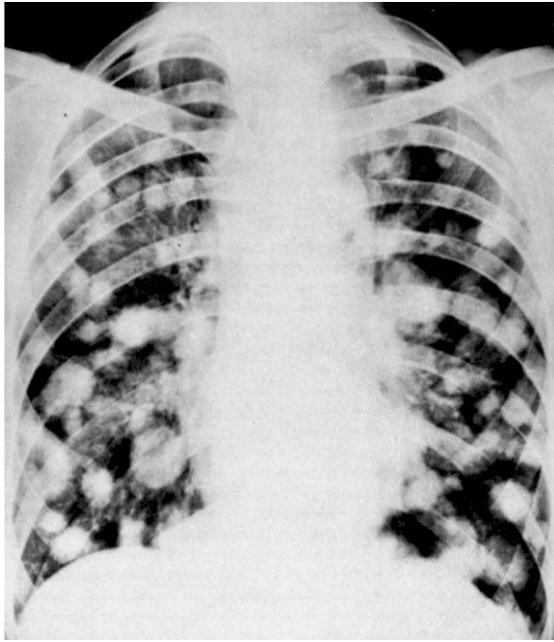
PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
CÁNCER BRONCO-PULMONAR	Carcinoma de células escamosas, carcinoma de pequeñas células, carcinoma de células grandes, adenocarcinoma Factores de riesgo • Tabaco, • Exposiciones profesionales • Radiaciones ionizantes, • Susceptibilidad genética	Tos rebelde, crisis de tos, expectorante. Dolores torácicos intercostales. Episodios febriles bronco-pulmonares que evocan una afectación gripal. Hemoptisis Síndrome pleural. Insuficiencia respiratoria, disnea, sibilancia. Pérdida del apetito, pérdida peso y cansancio implican una enfermedad avanzada.	Radiografía del tórax Escáner del tórax Tomografía por emisión de positrones (TEP) Broncoscopia con lavado y biopsia para citología Biopsia (estadiaje). Marcadores de tumores, - carcinoma menor: NSE (Neuron-specific enolasa). - carcinoma mayor: CÍFRA 21-1 (citokeratina 19 fragmentos).	Exéresis, legrado ganglionar Poliquimioterapia. Roentgeno-terapia



ADENOCARCINOMA

El adenocarcinoma se manifiesta, generalmente, sobre los bordes externos de los pulmones y es más común en la mujer que en el hombre.



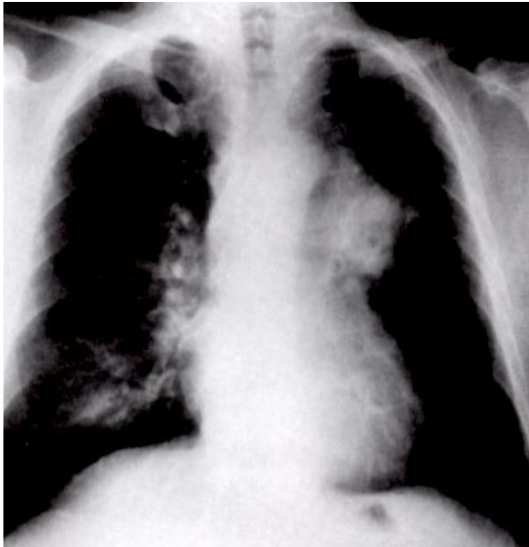


CARCINOMA BRONQUIAL

Imágenes en liberado de globos (IMAGEN SUPERIOR)

CARCINOMA APICAL

El carcinoma está en el ápex del pulmón izquierdo y borra parcialmente el contorno del corazón (IMAGEN INFERIOR)



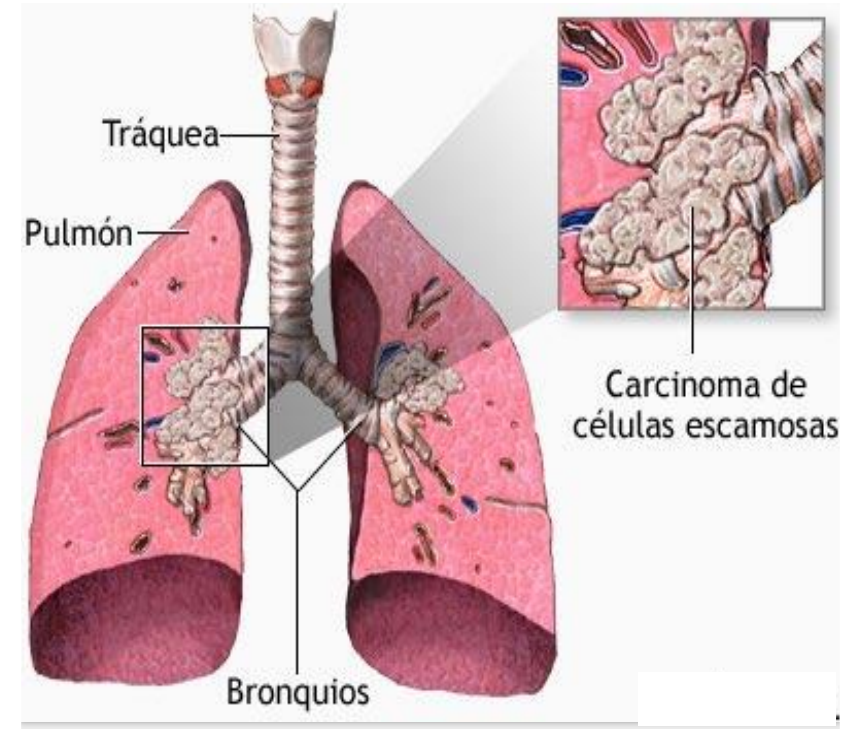
Tomografía por Emisión de Positrones (TEP) al 18fluor desoxiglusa (18FDG) que muestra un foco hipermetabólico aislado a nivel de la lesión lobar superior izquierda.

La lesión lobar superior izquierda es probablemente maligna ya que el 18FDG tiene un acúmulo preferencial (pero no específico) en las células tumorales.



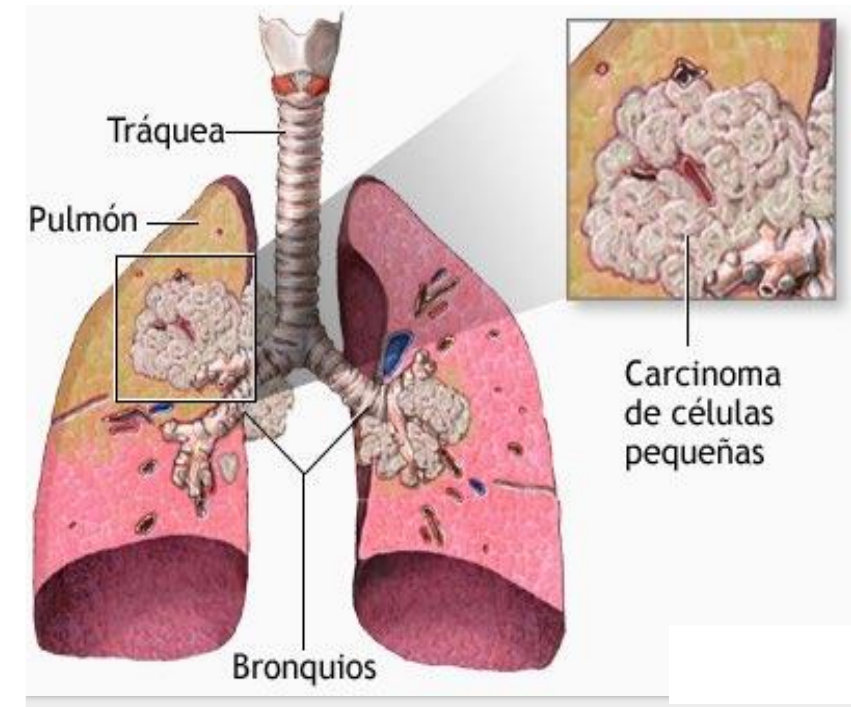
CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS

El carcinoma de células escamosas comienza, generalmente, en los bronquios y es posible que no se propague tan rápidamente como otros tipos de cáncer pulmonar.



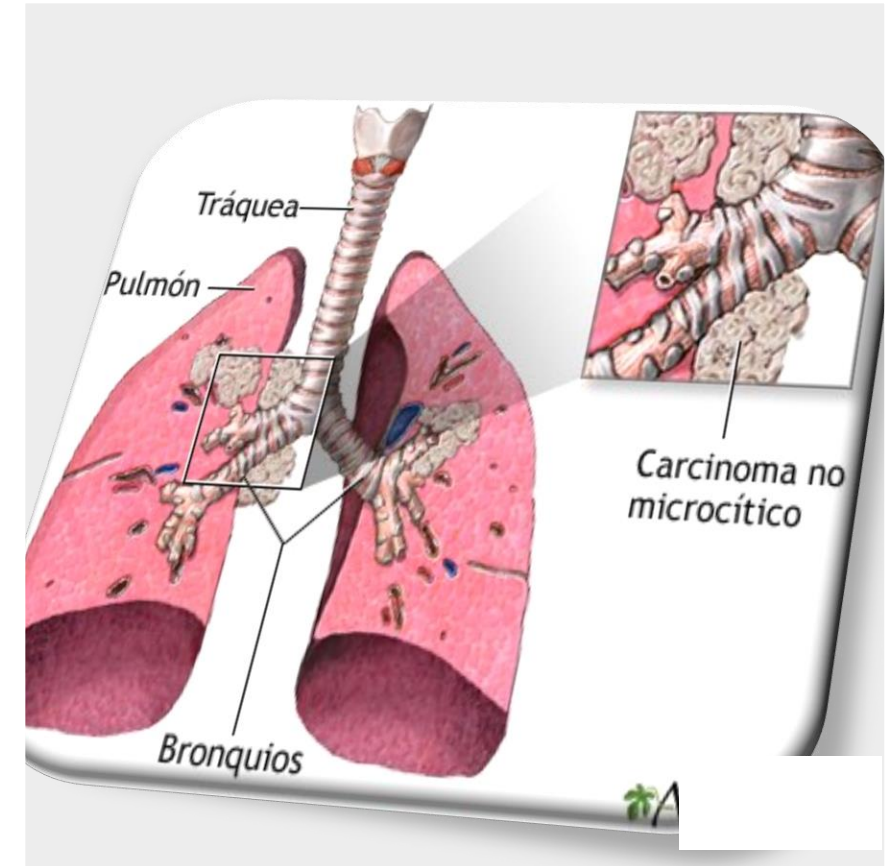
CARCINOMA DE CÉLULAS PEQUEÑAS

El carcinoma de células pequeñas, por eso llamado carcinoma de células de avena, puede crear sus propias hormonas, las cuales alteran la química del cuerpo.



CARCINOMA DE CÉLULAS GRANDES

El carcinoma de células grandes es cualquier tumor que no puede clasificarse.



TRATAMIENTO

- 20% son casos “operables”.
- Solamente 30% de éstos sobreviven 5 años.
- La supervivencia total a (de) 5 años es inferior al 10%.
- La supervivencia media no tratada después del diagnóstico es menor de 6 meses.
- La cirugía no está considerada si metástasis están presentes.
- La roentgenoterapia y la quimioterapia pueden reducir los síntomas reduciendo la talla del tumor.



CONSECUENCIAS OSTEOPÁTICAS: TUMORES BRONCO-PULMONARES

Estas patologías no son indicaciones del
tratamiento de Medicina Osteopática

