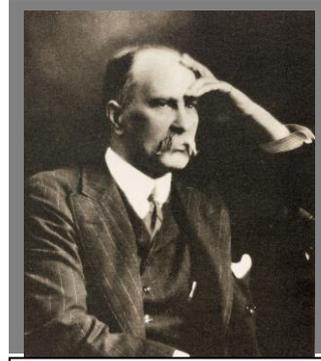


*“Del nivel de nuestra patología,  
es nuestra práctica de la medicina...  
Lo que el patólogo piensa hoy,  
el médico clínico lo pensará mañana.”*



*William Osler*  
(1849-1919)

**Área DEFENSA**  
**Cátedra de Anatomía y Fisiología Patológicas**  
**Laboratorios Disciplinarios. Año 2021**

**Laboratorio Disciplinar Nº 2**

- **Temario**
- **Recuperar y profundizar contenidos de Injuria. Procesos inflamatorios inespecíficos de vías aéreas superiores e inferiores.** Rinitis. Sinusitis. Otitis. Faringitis. Amigdalitis. Laringitis. Traqueobronquitis, Bronquitis. Y Bronquiolitis aguda: Concepto, causas, factores predisponentes, complicaciones. **Neumonía.** Concepto, causas, historia natural y fases evolutivas, complicaciones. **Bronconeumonía. Neumonitis. Absceso Pulmonar.** Concepto, causas, morfología, complicaciones.  
(Ejercicios: Caso 1 al Caso 3 inclusive.)
- **Enfermedades inflamatorias granulomatosas. Tuberculosis.** Etiopatogenia, vías de infección. Clasificación: Primoinfección. Tuberculosis Primaria. Tuberculosis Secundaria. Tuberculosis de órgano aislado (cambios morfológicos macro y microscópicos, formas progresivas y no progresivas). Intradermorreacción.
- **Micosis.** Histoplasmosis. Coccidioidomicosis. Paracoccidioidosis, Criptococosis,
- **Aspergilosis, Candidiasis.** (Agente etiológico, epidemiología, formas de contagio y anatomía patológica). Otras enfermedades granulomatosas: **Lepra.** Etiopatogenia, vías de infección, clasificación  
(Ejercicios: Caso 4 al 6 inclusive y ejercicio de correlación).
- **EPOC:** concepto de bronquiectasias, bronquitis crónica, enfisema, asma bronquial. **Cor pulmonar:** concepto, causas y consecuencias.

- **Metodología**

### **Caso Nº 1**

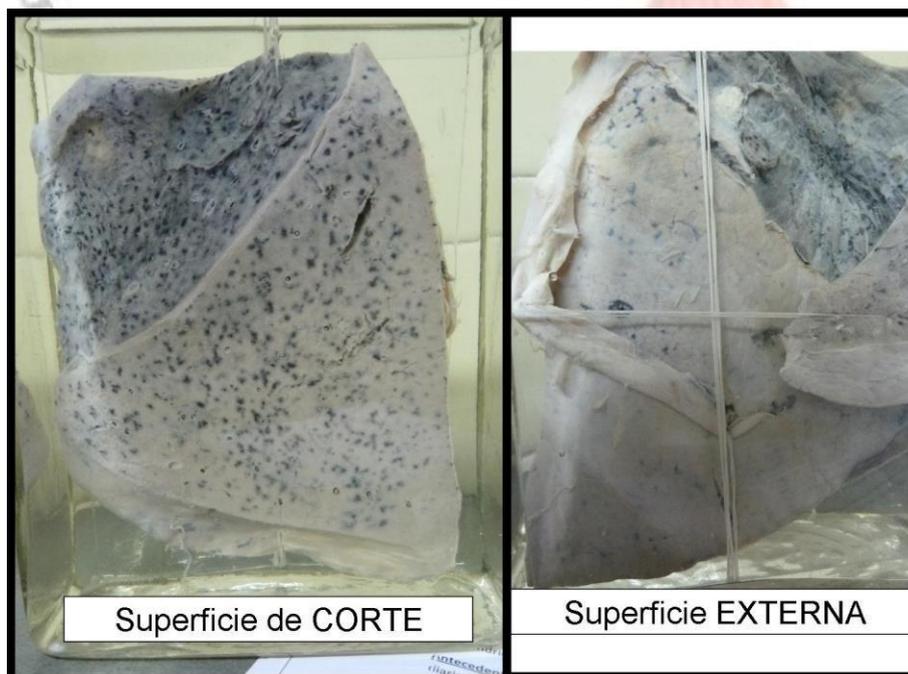
**Sabrina** es una paciente de 39 años que asiste a la consulta médica refiriendo un cuadro de aparición brusca con sensación febril, escalofríos, malestar general, cefaleas, dolor torácico en hemitórax izquierdo y tos seca. Luego agregó expectoración mucopurulenta y disnea.

Como único antecedente de jerarquía se refiere haber tomado frío en exceso.

Al examen físico se objetivan: hipertermia (39 °C), taquipnea y taquicardia. Aumento de las vibraciones vocales a la palpación. Se percute una zona de submatidez en campo pulmonar inferior izquierdo. Se auscultan rales subcrepitantes y crepitantes en el área mencionada.

Se solicitan hemograma y radiografía de tórax.

1. Formule el o los diagnósticos presuntivos.
2. ¿Cómo asocia el antecedente de exposición al frío con la fisiopatogenia de la enfermedad? ¿Qué hábitos, condiciones o enfermedades coexistentes hubiera procurado descartar en la anamnesis y por qué?
3. ¿Qué espera encontrar en el hemograma y la radiografía? Fundamente.
4. Describa el preparado macroscópico de las fotografías inferiores y luego relacione los hallazgos morfológicos con el cuadro clínico de la paciente.





5. ¿Qué complicaciones pueden agravar el cuadro?
6. Revise las imágenes histopatológicas en su libro de texto.

## Caso Nº 2

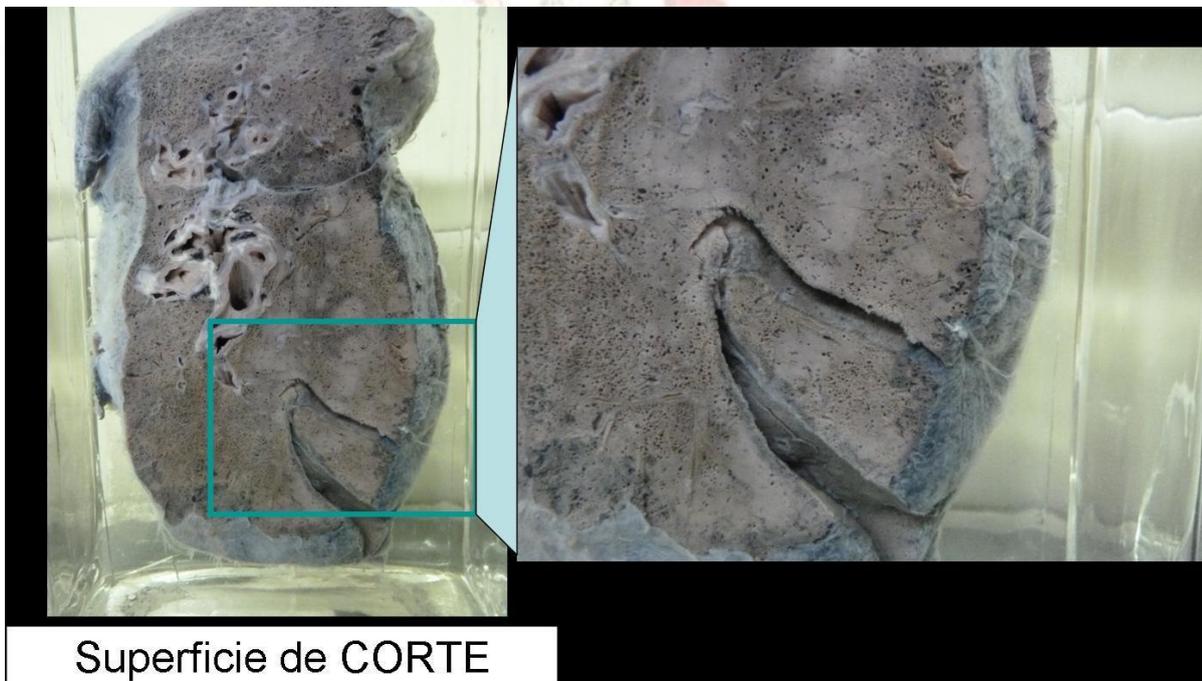
**Francisco** es un paciente de 5 meses de edad quien es traído al pediatra, en el mes de Julio y por su madre, por presentar fiebre (38,5 °C) de 2 días de evolución con sudoración. Al examen físico se observa una frecuencia respiratoria agitada y cierta retracción de las costillas con la respiración y con el pecho descubierto. Se observa además un aleteo rápido de fosas nasales con la respiración y un leve quejido asmático. El niño rechaza los alimentos y llora, aunque no enérgicamente. A la auscultación se detectan sibilancias y rales medianos y finos.

Lactancia Materna hasta los 3 meses de edad. Plan de vacunas al día. Bajo Peso al nacer. Convivientes tabaquistas. Medio socio-económico precario.

Radiografía de Tórax: Áreas de condensación no homogéneas, dispersas y multifocales en ambas bases pulmonares. Hemograma: Leucocitosis con Neutrofilia.

### FISIOLOGÍA PATOLÓGICAS

1. Formule los diagnósticos presuntivos y diferenciales.
2. Identifique los factores de riesgo y explique cómo intervienen en la fisiopatogenia de la enfermedad.
3. Mencione las posibles complicaciones del proceso.
4. Describa los siguientes preparados macroscópicos y relacione las lesiones con el cuadro clínico descrito.



5. Revise las imágenes histopatológicas en el libro de texto, para su correlación.

### Caso Nº 3

**Ángela** es una paciente de 72 años quien inicialmente consulta en el dispensario por un cuadro clínico de 2 días de evolución de tos no productiva, persistente, asociada a fiebre cuantificada en 39° C, astenia, adinamia y artralgias de intensidad moderada. Tras medicarla con antipiréticos, la paciente persistió con los síntomas y en las siguientes 12 horas empieza a presentar disnea rápidamente progresiva por lo cual vuelve a consultar al servicio. En el examen físico era evidente la presencia de tirajes intercostales y en la auscultación pulmonar los ruidos respiratorios estaban disminuidos sin la presencia de agregados. El hemograma mostró leucocitos de 2.300 mm<sup>3</sup>, con neutrófilos 46%, linfocitos 40% y monocitos 10%. En la radiografía de tórax se observó la presencia de un infiltrado intersticial bilateral difuso y algunos infiltrados reticulonodulares aislados.

1. Plantee un diagnóstico presuntivo.
2. ¿Cuál cree usted es la etiología más probable?
3. Explique la patogenia y describa los posibles hallazgos macro y microscópicos del proceso.
4. Analice las imágenes histopatológicas pertinentes con su libro de texto.



*“Más le temo a la pobreza  
que al bacilo de Koch.”*



*Rudolf Virchow*  
(1821-1902)

#### **Caso Nº 4**

Niña de 5 años de edad que es llevada por su abuela al dispensario de un asentamiento periférico. La misma refiere encontrarla decaída, con falta de apetito y tos seca. Se constata febrícula (37,5°C) y menor peso y estatura para su edad.

No se reconoce cicatriz de BCG. La Radiografía de tórax revela una imagen de condensación pulmonar periférica, en la parte inferior del lóbulo superior del pulmón derecho y adenomegalias hiliares.

Como antecedentes tiene un abuelo alcohólico, tosedor crónico.

1. ¿Qué planteos podría realizar en cuanto a la etiología del cuadro referido?
2. ¿Qué datos de la historia son de importancia para explicar la enfermedad de la paciente?
3. Se le asignará un preparado macroscópico para su discusión: ¿qué hallazgos microscópicos esperaría encontrar en los órganos afectados?
4. Correlacione la imagen radiológica pulmonar con la lesión anátomo-patológica



5. ¿Cómo podría evolucionar la paciente con y sin tratamiento?

## Caso Nº 5

**Alberto**, de 45 años de edad, matarife de frigorífico, oriundo de Villa Gobernador Gálvez, sufre un episodio de tos acompañada de hemoptisis, sin otras manifestaciones clínicas relevantes.

Refiere antecedentes de artrosis, en tratamiento con antiinflamatorios y tabaquismo leve.

Se realiza una Radiografía de tórax la cual muestra, en el lóbulo superior del pulmón derecho, una lesión cavitada, de paredes gruesas y un nódulo sólido satélite. El fondo de saco costofrénico está libre.

Se realiza estudio citológico del esputo para búsqueda de células neoplásicas y examen directo y cultivo del esputo para BAAR, los cuales resultan negativos. Se decide realizar una intervención quirúrgica, para resección de la lesión, con estudio intraoperatorio de la pieza, la cual resulta “negativa para células neoplásicas”.

El estudio macroscópico de la pieza reveló una cavidad de 3,5 cm de diámetro mayor, con contenido pastoso y blanco amarillento, delimitada por una gruesa pared fibrosa y blanquecina.

El nódulo satélite, de 1,3 cm de diámetro, de color blanquecino amarillento e indurado. El parénquima circundante con discreta antracosis, sin otras lesiones evidentes. La superficie pleural, lisa, sin patología.

El examen histológico mostró (con técnica de H&E), en la lesión de mayor tamaño, tejido fibroso, escleroso, con escaso infiltrado de linfocitos e histiocitos, que circunda un amplio sector necrótico, de aspecto homogéneo y color rosado, en el que no se definen los límites celulares.

El nódulo adyacente mostró un conglomerado de histiocitos de citoplasma amplio y rosado, densamente agrupados, sin estroma interpuesto, con presencia de células gigantes multinucleadas y linfocitos, delimitado periféricamente por fibroblastos. En el centro del nódulo se observa necrosis, similar a la descripta.

### Actividades para el alumno

1. *¿Qué métodos de diagnóstico anatomo-patológico se utilizan en la práctica médica diaria? Brinde una explicación al respecto.*
2. *¿Cuáles se han utilizado en este caso?*
3. *Los hallazgos macro y microscópicos descriptos, ¿qué patología(s) sugieren?*
4. *¿Cómo realizaría el diagnóstico diferencial entre ellas?*

5. Desde el punto de vista del estudio histológico tisular, ¿utilizaría alguna tinción especial?
6. ¿Qué rol le atribuye a la ocupación y antecedentes del paciente en la patogenia del proceso?
7. Epidemiológicamente ¿cuál es la entidad más probable en este caso? ¿En qué forma de presentación clínica?
8. ¿Cómo puede evolucionar esta patología? Brinde una explicación al respecto.

**COMENTARIO:**

Durante el post-operatorio el paciente desarrolla un cuadro febril, con fistulización de la herida quirúrgica, tos y disnea. La Rx de tórax muestra infiltrados múltiples en pulmón derecho y borramiento del fondo de saco costofrénico homolateral.

9. ¿Cómo explica este desenlace?
10. ¿Qué lesiones se desarrollaron en el resto del parénquima pulmonar? ¿Y en la pleura?
11. Luego de dos meses (60 días) de evolución del cuadro, se arribó al diagnóstico definitivo. Brinde una explicación al respecto.



## Caso N° 6

**Marta** una maestra rural del Chaco, de 30 años de edad, consulta al dermatólogo, tiene manchas amarronadas en los miembros inferiores, desde hace varias semanas.

No refiere antecedentes patológicos de jerarquía ni toma medicación alguna.

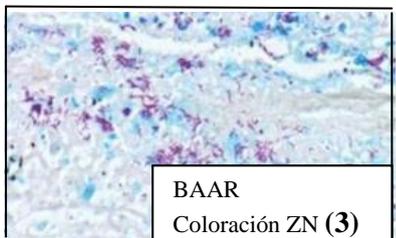
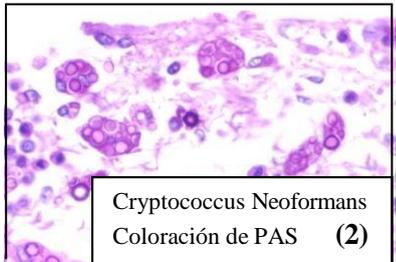
El profesional encuentra varias lesiones maculosas, eritemato-amarronadas, de bordes mal definidos y con alteraciones de la sensibilidad.

### Actividades para el estudiante:

1. Mencione y clasifique las lesiones elementales de la piel (Recuperar contenidos del 1er Taller).
2. En base a la macroscopía de este caso, ¿qué patología(s) puede presentar esta paciente?
3. ¿Cómo arribar al diagnóstico? Explique la metodología.
4. En caso de realizar una biopsia del tejido afectado ¿qué lesión histológica encontraría?
5. ¿Podría ser útil alguna tinción tisular especial?
6. Esta enfermedad tiene otras formas de presentación clínica. ¿Por qué? ¿Cuál es el cuadro macroscópico e histológico de cada una de ellas?
7. ¿Cómo puede evolucionar esta enfermedad?
8. ¿Qué complicaciones podría desarrollar a largo plazo? Brinde una explicación al respecto.



## Ejercicio de Correlación



(A) Enfermedad micótica de presentación aguda, subaguda o crónica que afecta pulmones y órganos del sistema fagocítico mononuclear.

(B) Proceso inflamatorio de presentación aguda, subaguda o crónica con tocamiento meningo-encefálico en pacientes con SIDA

(C) Enfermedad endémica en Argentina, que afecta corazón y en menor medida aparato digestivo habitualmente esófago y colon

(D) Micosis que asienta sobre una cavidad residual de una lesión pre-existente: bronquial (bronquiectasia) o pulmonar (absceso, infarto antiguo, caverna tuberculosa fibrosa inactiva)

(E) Enfermedad infecciosa crónica con compromiso de la inmunidad celular que afecta piel, sistema nervioso periférico y en ocasionalmente vísceras

(F) Enfermedad inflamatoria crónica granulomatosa del noreste argentino que afecta con mayor frecuencia piel, mucosas y pulmones

(G) Ejemplo de micosis oportunista

(H) Enfermedad parasitaria ocasionada por el consumo de carne porcina contaminada que se caracteriza fundamentalmente por una importante sintomatología a nivel muscular.