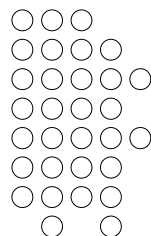
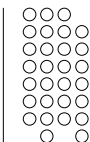


D.P.O.C. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Prof. João Luiz V Ribeiro



Introdução



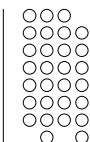
- Bronquite Crônica e Enfisema Pulmonar
 - Coexistência
 - Mesma síndrome funcional
 - Hábito do tabagismo como principal fator etiopatogênico
 - Progressiva, sintomatologia após a 4a década, invalidez progressiva da 6a à 7a décadas.

Introdução



- Bronquite Crônica e Enfisema Pulmonar
 - Obstrução crônica de vias aéreas
 - VEF1 diminuição anual: 50 a 75ml/ano (normal 20 a 25ml/ano)
 - Após manifestações clínicas, há rápida evolução

Epidemiologia

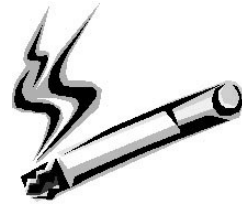


- Alta incidência
- Alta mortalidade
- Morbidade acentuada com perda elevada de dias de trabalho
- Problemas pré-operatórios importantes
- Sexo masculino, branco, 5a década

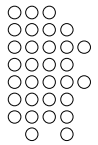
Etiologia



- Hábito de Fumar: 4,5 x mais freqüente
- Poluição atmosférica: dióxido de enxofre e partículas suspensas de combustíveis
- Deficiência de alfa-1-anti-tripsina
- Infecção bronquiolar



Definições



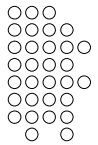
- **Bronquite crônica:** condição clínica caracterizada por excesso de secreção mucosa na árvore brônquica, havendo tosse crônica ou de repetição, junto com expectoração pelo menos em 3 meses do ano e em 2 anos sucessivos. (*critério clínico*)
- **Enfisema pulmonar:** condição clínica que compreende alterações estruturais do parênquima pulmonar consistindo em aumento de volume dos espaços aéreos distais aos bronquíolos terminais com destruição dos septos alveolares. (*critério anatômico*)

Patologia



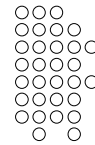
- Bronquite Crônica
 - Hiperplasia e hipertrofia das glândulas brônquicas mucossecretoras (hiperplasia das células caliciformes)
 - Metaplasia epitelial
 - Perda ciliar
 - Alterações inflamatórias com infiltração celular e hiperemia
 - Fibrose
 - Deformidades parietais

Patologia



- Enfisema Pulmonar
 - Hiperdistensão alveolar com destruição progressiva dos septos e conseqüente confluência dos grupos alveolares, formando bolhas.
 - Aumento de volume alveolar
 - Adelgaçamento septal, com pobreza celular
 - Infiltrado inflamatório intersticial
 - Hipertrofia camada média muscular
 - Enfisema Centriacinar (ECA): ápices pulmonares, confluentes em bolhas
 - Enfisema Panacinar (EPA): bases pulmonares, desaparecimento dos vasos
 - Enfisema Pericatricial: em torno de lesões, local de lesões primitivas

Patologia

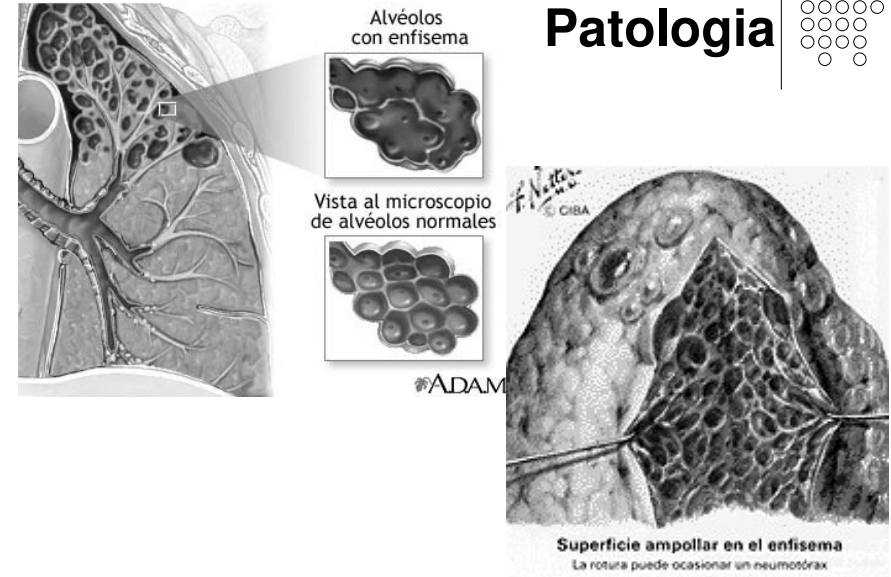
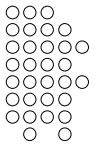


- Alvéolo Normal



- Alvéolo com enfisema

Patologia



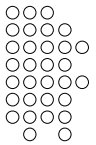
Quadro Clínico



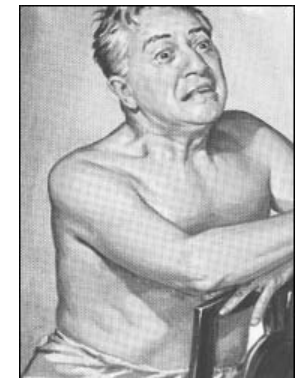
- Bronquite Crônica
 - Tosse e expectoração (por 3 meses, em 2 anos)
 - Esputo mucoso a francamente purulento
 - Dispnéia e incapacidade física leve a moderada
 - Sibilância torácica
 - Hemoptóicos
 - Ex Físico:
 - cianose
 - plethora, sinais de descompensação cardíaca
 - hipocratismo digital
 - estertores bolhosos e sibilos à AP



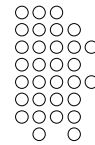
Quadro Clínico



- Enfisema Pulmonar
 - Dispnéia e cansaço – instalação longa e insidiosa
 - Tosse antiga
 - Perda de peso
 - Ex Físico:
 - Deformidades torácicas
 - Emagrecimento
 - Hipotrofia muscular generalizada
 - MV reduzido difusamente
 - Hipofonese de bulhas cardíacas
 - Ictus cordis pouco palpável
 - Cianose, baqueteamento digital, hipersonoridade torácica
 - Cor Pulmonale

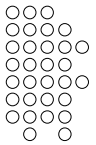


Radiologia



- Bronquite Crônica
 - Radiografia normal
 - Associação com enfisema
 - Associação com infecção: condensações
- Enfisema Pulmonar
 - Hiperdistensão e destruição parenquimatosa
 - Hipertransparência
 - Abaixamento e retificação das cúpulas diafragmáticas
 - Afastamento dos arcos costais
 - Aumento do espaço retroesternal e retrocardíaco
 - Tórax em tonel
 - Presença de bolhas
 - Desaparecimento das estruturas vasculares periféricas

Fisiopatologia



Mecânica Respiratória

- Fluxos expiratórios
 - VEF1 reduzido
 - FEF25-75 reduzido
 - Fluxos expiratórios máximos
- Volumes pulmonares
 - Aumento do Volume Residual
- Resistência de vias aéreas e complacência

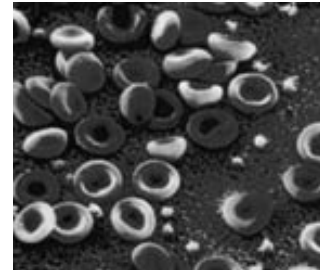
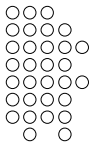
Fisiopatologia



- Trocas Gasosas
- Distúrbio de distribuição da ventilação
- Irregularidade da relação V/Q
- “Shunt” anatômico
- Capacidade de difusão pulmonar



Complicações



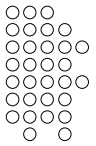
- Insuficiência respiratória
- Cor pulmonale
- Poliglobulia
- Tromboembolia pulmonar
- Úlcera péptica
- Pneumotórax espontâneo

Prognóstico



- Mau prognóstico
 - Alterações funcionais
 - Distúrbios de difusão
 - Comprometimento relação ventilação-perfusão
 - Cor Pulmonale

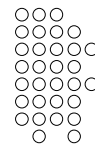
Tratamento



- Medidas preventivas
 - Umidificação do ar
 - Evitar infecções respiratórias
 - Cuidados com o ar ambiente
 - Cuidados com uso de drogas tranquilizantes
- Cinesioterapia respiratória
 - Exercícios respiratórios
 - Exercícios de tosse
 - Técnicas de expulsão de secreção
 - Coordenação e ativação muscular respiratória

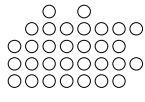


Tratamento



- Medicamentoso:
 - Broncodilatadores
 - Antibióticos
 - Mucolíticos e Fluidificantes
 - Corticosteróides
- Tratamento das Complicações
- Cirurgia
- Transplante





" Para atingir a grandeza,
o homem deve
necessariamente
passar por
sua própria pequenez."

Franz Kafka