



Diagnóstico y tratamiento en pediatría

José Óscar Morán Vázquez
José Luis Arceo Díaz



File Name: Diagnostico Y Tratamiento En Pediatria Manual Moderno.pdf

Size: 1224 KB

Type: PDF, ePub, eBook

Category: Book

Uploaded: 7 May 2019, 18:51 PM

Rating: 4.6/5 from 638 votes.

Status: AVAILABLE

Last checked: 5 Minutes ago!

In order to read or download Diagnostico Y Tratamiento En Pediatria Manual Moderno ebook, you need to create a FREE account.

[**Download Now!**](#)

eBook includes PDF, ePub and Kindle version

[Register a free 1 month Trial Account.](#)

[Download as many books as you like \(Personal use\)](#)

[Cancel the membership at any time if not satisfied.](#)

[Join Over 80000 Happy Readers](#)

Book Descriptions:

We have made it easy for you to find a PDF Ebooks without any digging. And by having access to our ebooks online or by storing it on your computer, you have convenient answers with Diagnostico Y Tratamiento En Pediatria Manual Moderno . To get started finding Diagnostico Y Tratamiento En Pediatria Manual Moderno , you are right to find our website which has a comprehensive collection of manuals listed.

Our library is the biggest of these that have literally hundreds of thousands of different products represented.



Book Descriptions:

Diagnostico Y Tratamiento En Pediatria Manual Moderno

Discover everything Scribd has to offer, including books and audiobooks from major publishers. Start Free Trial Cancel anytime. Esto casi solo lo saben quienes lo han hecho o lo han intentado. Es por ello por lo que invito al lector a encontrar a través de sus paginas la esencia de lo que cada uno de los autores quiso transmitir, como la experiencia, conocimientos, tecnologia de la cual se dispone y esta al alcance del usuario. En 1992 realice 289.739 atenciones ambulatorias, de las cuales el 30% fueron consultas medicas y las restantes tratamientos y procedimientos diagnosticos hechos por medicos especialistas y otro personal profesional. Urgencias atendio el 28% de las consultas medicas. De los 6.847 pacientes que fueron hospitalizados, el 77% ingresaron por Urgencias, lo que significa que uno de cada cinco niños que consulto a este Servicio debio ser hospitalizado. A esta Institucion llegan pacientes de Bogota y todo el pais; Arriban en forma directa o remitidos por medicos e Instituciones medicas de primero, segundo y tercer niveles de fuera de Bogota y la ciudad misma. Son muchas las generaciones de profesores, especialistas y estudiantes, cuya inteligencia y dedicacion han dejado huella en la Institucion y las generaciones siguientes. De hecho la mayoría de los autores son profesores de la Universidad. El enfoque particular que cada uno ha dado a su articulo fue respetado en forma integral. Los temas expuestos no presentan controversias; su planteamiento es un tanto dogmatico con el proposito de facilitar su comprension sin pretender presentar el conocimiento acabado, situacion imposible en el campo de la ciencia y tecnologia. Browse Books Site Directory Site Language English Change Language English Change Language. Comite de Nutricion. <http://www.paillasse.hu/userfiles/britax-marathon-cs-manual.xml>

- **diagnostico y tratamiento en pediatria manual moderno pdf, 1.0, diagnostico y tratamiento en pediatria manual moderno pdf.**

Explore Further Topics Discussed in This Paper Linear algebra Naruto Shippuden Clash of Ninja Revolution 3 Chromosome Deletion Overweight Unique name assumption Energy Intake Pediatric Obesity Bibliotheque de l'Ecole des Chartes Poweron reset 8 Citations Fields of Study Fields of Study All Fields Art Biology Business Computer Science Chemistry Economics Engineering Environmental Science Geography Geology History Materials Science Mathematics Medicine Philosophy Physics Political Science Psychology Sociology Citation Type Citation Type All Types Cites Results Cites Methods Cites Background Has PDF More Filters More Filters Filters Sort by Relevance Sort by Most Influenced Papers Sort by Citation Count Sort by Recency Child obesity A problem unnoticed by parents and its relation with chronic and degenerative diseases in adulthood E. RomeroVelarde, E. VasquezGaribay Medicine 2008 Save Alert Research Feed VII. Trastornos de la alimentacion. Obesidad en niños Ninel Coyote Estrada Medicine 2009 5 Save Alert Research Feed La obesidad en el niño, problema no percibido por los padres Su relacion con enfermedades cronicas y degenerativas en la edad adulta E. RomeroVelarde, E. VasquezGaribay Medicine, Philosophy 2008 2 Save Alert Research Feed Obesity and lung disease in city children D. CalderonGuzman, E. HernandezGarcia, G. BarraganMejia Medicine 2011 Save Alert Research Feed Guías clinicas para el diagnostico, tratamiento y prevencion del sobrepeso y obesidad en pediatria. Confederacion Nacional de Pediatria, A.C. E. RomeroVelarde, E. VasquezGaribay, Anselmo MachadoDominguez, A. LarrosaHaro Medicine 2012 2 View 1 excerpt, cites background Save Alert Research Feed La obesidad en el niño, problema no percibido por los padres. Su relacion con enfermedades cronicas y degenerativas en la edad adulta Enrique Romero Velarde, E. <http://www.harom.ro/files/britax-marathon-manual.xml>

Garibay Philosophy 2008 Save Alert Research Feed Factores que influyen en la prevencion y

tratamiento efectivo de la obesidad infantil Octelina Castillo Ruiz, S. Luis, G. Castillejos Medicine 2013 3 Save Alert Research Feed Syndrome metabolique chez le sujet age relations avec la dysregulation du systeme nerveux autonome, linflammation et le syndrome dapnees du sommeil. N. Assoumou, Hourfil Gabin Medicine 2010 Save Alert Research Feed References Publications referenced by this paper. SHOWING 110 OF 36 REFERENCES SORT BY Relevance Most Influenced Papers Recency Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide international survey. Estamos especializados en Libros Juridicos, Linguistica, Historia, Filosofia, Pensamiento, Guerra Civil, Ciencias Ocultas y Esoterismo. DESCRIPCION DE LA LIBRERIA Disponemos de mas de 74000 titulos en el catalogo de nuestra pagina web www.libreriaanticuariajerez.com donde estamos a su entera disposicion de lunes a viernes entre las 9,00 a 19,00 horas. NOS ENCUENTRAN EN Calle Madera, 20 28522 Rivas Vaciamdrid, Madrid, Espana. Telefono 00 34 916661536. Todos los libros de este catalogo se encuentran en buen estado de conservacion, Se entendera, cuando no se indique encuadernacion, que el libro esta en rustica. La falta de un libro, no equivale a la anulacion del pedido. Las ventas fuera de Espana, se efectuan SIEMPRE previa CANCELACION DE FACTURA NO ENVIAMOS libros PROPIETARIO Angel Luis Garcia Jerez. NOMBRE COMERCIAL Libreria Anticuaria Jerez. DIRECCION Calle Madera, 20 28522 Rivas Vaciamdrid, Madrid, Spain TELEFONO. Mas informacion Los pedidos se gestionan en tres dias laborables aproximadamente. El coste del envio esta calculado para libros con un peso maximo de 1000 gramos, si el peso es mayor sera preciso anadir costes adicionales de envio. Orders usually ship within 3 business days. Shipping costs are based on books weighing 2.2 LB, or 1 KG.

If your book order is heavy or oversized, we may contact you to let you know extra shipping is required. TARIFAS DE ENVIO Espana Correos. Carta ordinaria 1,50 euros Correos. Paquete certificado 3,90 euros cada 1000 gramos. Mensajeria para Espana y hasta 5 kg 8,50 euros contra reembolso Mensajeria para Espana y hasta 5 kg previo pago 6,00 euros. MRW o UPS para el resto del mundo consultar tarifas.Todos los derechos reservados. Propone a la vez un enfoque practico y racional del diagnostico y tratamiento de los procesos patologicos que se ven con mas frecuencia en la practica de la medicina y de las distintas especialidades medicas. La presente edicion se ve enriquecida con nuevos capitulos, como son o Trastorno por deficit de atencion e hiperactividad o Cuando sospechar cancer en el nino o Cardiopatia en ninos o Trastorno bipolar o Cancer gastrico o Cancer de colon y recto o Climaterio o Enfermedad de Chagas o Inhaloterapia en pacientes ambulatorios o Prescripcion razonada de medicamentos o Calidad de la atencion medica, seguridad del paciente y prevencion de eventos adversos Como un material complementario de interes se presenta la seccion Conozca a los autores creada en el CUAEDUNAM, donde el autor explica la importancia de su tema y se muestran los datos curriculares de tan prestigiados lideres de opinion. En forma paulatina y con el cuidado de sus principales autores, la obra incrementa su espacio de dominancia, para hacerlo atractivo a sus seguidores habituales y una alternativa viables para el recién egresado de la licenciatura en medicina. You must have JavaScript enabled in your browser to utilize the functionality of this website. Propone a la vez un enfoque practico y racional del diagnostico y tratamiento de los procesos patologicos que se ven.

<http://www.raumboerse-luzern.ch/mieten/bosch-tca-5401-manual>

Ver mas Propone a la vez un enfoque practico y racional del diagnostico y tratamiento de los procesos patologicos que se ven con mas frecuencia en la practica de la medicina y de las distintas especialidades medicas. En forma paulatina y con el cuidado de sus principales autores, la obra incrementa su espacio de dominancia, para hacerlo atractivo a sus seguidores habituales y una alternativa viables para el recién egresado de la licenciatura en medicina. El retraso en el diagnostico seLos cambios documentados en pacientes conEn Kelalis PP, King LR, Belman AB. Clinical pediatric urology. W.B. Saunders Company, Philadelphia, Third ed. 1992 105083.Prevalence and natural history of criptorchidism. Pediatrics 1993; 92 1 449. Clin Pediatric North. 1993 6

122744.Clin Quirurgicas North, 1988 5 106589. En Ashcraft KW, Holder MT.En Grosfeld JL. Common problems in pediatric surgery. Mosby Year Book, St Louis, 1991 514.The Basic biology of apoptosis and its implications for pediatric surgery. Eur J Pediatr Surg. 2005; 154 22935. Síndrome de escroto no desarrollado. Arch argent pediatr 2001; 994 3724.High resolution realtime ultrasonography in the localization of the undescended testis. J Urol 1986; 1355 9368.Herniography a diagnostic refinement in the management of cryptorchidism. Am Surg 1973; 3911 6249.Urol Clin North Am 1982; 93 38795.Urology 1985; 265 5137.Br J Urol 1989; 633 3136.ANN Chir 1998; 5210 103842.Inhibin B Comparison with Indexes of Fertility among Formerly Cryptorchid and control Men. J Clin Endocrinol Metab, 2001; 866 257684.Evaluation by paternity, hormone, and semen data. Horm Res. 2001; 551 2832.Paternity and hormone levels after cryptorchidism association with pretreatment testicular location. J Urol. 2000; 1645 1697701.J Pediatr Surg. 2001; 362 3858.European J Endocrinology. 2002147 95101.Evaluation by paternity, hormone and semen data. Horm Res. 2001; 551 2832.Int J Cancer. 2005, 1163 3319.

<http://miriammccannonart.com/images/Dbx-Zonepro-641-Manual.pdf>

Subfertility and the risk of testicular germ cell tumors United States. Cancer Causes Control. 2005; 166 6516.J Urol 2005; 1745 181922. Undescended testis and the risk of testicular cancer importance of source and classification of exposure information. Int J EPIDEMIOL, 2001; 30 10506.Am J Epidemiol. 2003; 1 1577 6025.Cryptorchidism and testicular neoplasia. Saudi Med J, 2003; 242 1669.Cancer Causes Control. 1982; 49 102330.Crit Rev Toxicol. 2005; 3589 7139.A rare diagnosis testicular dysgenesis with carcinoma in situ detected in a patient with ultrasonic microlithiasis. Asian J Androl. 2005; 74 4457.Histopathology. 1990; 172 14754.Endocr Relat Cancer. 2005; 123 64555.The RsaI polymorphism in the estrogen receptorbeta gene is associated with male infertility. J Clin Endocrinol Metab. 2005; 909 53438.Rev Mex Puer Ped 2003; 1060. 18792.The cryptorchid testis. J Med Liban. 2004; 524 22733. If you continue browsing the site, you agree to the use of cookies on this website. See our User Agreement and Privacy Policy.If you continue browsing the site, you agree to the use of cookies on this website. See our Privacy Policy and User Agreement for details.If you wish to opt out, please close your SlideShare account. Learn more. You can change your ad preferences anytime. Why not share! Hospital Universitario San Ignacio. 2010. pp. 111.Extracción de cuerpos extraños de la vía aérea en niños de 2 a 12 años en el tercer nivel de atención. Consejo de Salubridad. General. Gobierno Federal Mexicano Catalogo maestro de guías de práctica clínica ISSSTE5262011Extracción de cuerpos extraños de la vía aérea en niños de 2 a 12 años en el tercer nivel de atención. Consejo de. Salubridad General. Gobierno Federal Mexicano Catalogo maestro de guías de práctica clínica ISSSTE5262011Hospital Universitario San Ignacio. 2010. pp. 111.La aspiración o ingesta de cuerpos extraños depende de hábitosHospital Universitario San Ignacio. 2010. pp. 111.Ospina, JC.

<http://hakanacaroglu.com/images/Dbx166XI-Manual.pdf>

Manejo de trabajo de Cuerpos Extraños en Tracto aerodigestivo superior en niños. Hospital Universitario San Ignacio. 2010. pp. 111.Ospina, JC. Manejo de trabajo de Cuerpos Extraños en Tracto aerodigestivo superior en niños. Hospital Universitario San Ignacio. 2010. pp. 111.Hospital Universitario San Ignacio. 2010. pp. 111. Etiología y Factores de RiesgoOspina, JC. Manejo de trabajo de Cuerpos Extraños en Tracto aerodigestivo superior en niños. Hospital Universitario San Ignacio. 2010. pp. 111.Universitario San Ignacio. 2010. pp. 111.La presentación del cuadro clínico de cuerpos extrañosLa presentación y el diagnóstico en las primeras 24Extracción de cuerpos extraños de la vía aérea, en niños de 2 a 12 años en el tercerLos niños con. Tienen una verdadera urgencia médica que demandaHospital Universitario San Ignacio. 2010. pp. 111.Cursa con tres etapas clínicas queHospital Universitario San Ignacio.Extracción de cuerpos extraños de la vía aérea, en niños de 2 a 12 años en el tercer nivelHospital Universitario San Ignacio.Extracción de cuerpos extraños de la vía aérea, en niños de 2 a 12 años en el tercerEstos incluyen. Hospital

control de la TB.

DIAGNOSTICO DE LA INFECCION TUBERCULOSA Prueba de la tuberculina PT En Espana se recomienda emplear el derivado proteico purificado PPD de la tuberculina PPDRT23 con Tween 80, a dosis de 2 UT por 0,1 ml, que es la bioequivalente a la dosis recomendada 5 UT de la tuberculina de patron internacional, la PPDS. El principal inconveniente de la tuberculina radica en que la mayoría de las proteínas presentes en el PPD no son específicas de *Mycobacterium tuberculosis*, sino que las comparte con otras micobacterias. Esto provoca una disminución de la especificidad de la prueba, ya que individuos sensibilizados por exposición previa a otras micobacterias o vacunados contra la TB también responden inmunológicamente al PPD 13. Las indicaciones de la PT se señalan en la tabla I. Debe practicarse según la técnica de Mantoux, por vía intradérmica en la cara anterior del antebrazo, lejos de las venas y en piel que no presente lesiones D. Para tener la seguridad de que la administración de la dosis ha sido intradérmica, deberá aparecer un habón después de la inyección. La lectura se realizará a las 48-72 h midiendo en milímetros la induración que se obtenga en la zona de la inyección y haciendo la medición según el diámetro transversal al eje longitudinal del antebrazo. Solo hay que medir los límites de la induración y, si únicamente hay eritema sin induración, el resultado se registrará como 0 mm. En las personas vacunadas contra la TB no se puede discernir con seguridad absoluta si la reacción es debida a infección por *M. tuberculosis* o es un recuerdo de la vacuna. Sin embargo, a efectos prácticos, en los colectivos con alto riesgo de infección el antecedente de vacunación no debe tenerse en cuenta. En los vacunados se acepta que la respuesta a la PT de 5 mm o superior es indicativa de infección por *M.*

tuberculosis en convivientes y contactos frecuentes de enfermos tuberculosos bacilíferos, en personas cuya radiografía de tórax ofrezca imágenes indicativas de TB inactiva demostrada con bacteriología y control evolutivo, en infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana VIH, o con factores de riesgo para infección por el VIH, y en silicóticos. Si el vacunado no se encuentra en ninguna de estas circunstancias, se valorará individualmente cada caso teniendo en cuenta —sin que nunca pueda descartarse que se deba a la vacuna antituberculosa— que a mayor diámetro de la induración obtenida, más probabilidad de que la causa de la respuesta a la PT sea la infección tuberculosa natural, en especial si la induración supera los 15 mm de diámetro. Igualmente, la aparición de vesículas o de necrosis tiene que valorarse como indicativa de infección tuberculosa. Por otra parte, los resultados falsos negativos pueden deberse a defectos de la técnica o a enfermedades y situaciones que provoquen inmunodepresión, incluida la TB grave y la pleural. Además, es necesario recordar que tras la infección por *M. tuberculosis* han de transcurrir de 2 a 12 semanas para que los linfocitos T sensibilizados hayan pasado al torrente circulatorio y puedan reconocer la tuberculina depositada en la dermis. Durante este tiempo, aunque haya infección, puede no obtenerse respuesta a la PT. En general, no se detecta la positividad de una PT hasta pasados los 6 meses de vida. La capacidad de respuesta a la tuberculina no permanece invariable durante toda la vida, ya que, aunque no llega a desaparecer, puede debilitarse con el tiempo. Este fenómeno se observa en pacientes de edad avanzada que contrajeron la infección en su juventud y en vacunados no infectados por *M. tuberculosis*. En estos casos puede producirse el denominado efecto de refuerzo booster, que consiste en la estimulación de la capacidad de respuesta al realizar la PT.

Para no confundir el efecto de refuerzo con una conversión de la tuberculina, a los pacientes mayores y vacunados contra la TB que tengan una PT negativa 6 hay que realizarles una segunda PT entre 7 y 10 días después, y el resultado de esta segunda PT será el que se tome como definitivo. Conviene remarcar que en un paciente no infectado la práctica repetida de la PT no induce sensibilidad tuberculínica. A efectos prácticos, se entiende por conversión de la tuberculina la que tiene lugar dentro de un período máximo de 2 años desde que hay constancia de una PT negativa. Técnicas *in vitro* de interferon gamma IFN En los últimos años se han desarrollado diferentes

tecnicas de laboratorio para el diagnostico de la infeccion tuberculosa. Las tecnicas se basan en la deteccion del IFN. Ademas, incorporan controles para detectar la anergia y excluir asi los falsos negativos. Por otra parte, pueden repetirse inmediatamente, sin que se vean afectadas por el efecto de refuerzo. El inconveniente de la tecnica es su mayor coste economico. Se necesitan mas estudios para determinar su eficiencia, pero se acepta que en paises con elevada prevalencia de TB su empleo es la opcion mas costeefectiva.

DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD TUBERCULOSA

Factores de riesgo de infeccion y de enfermedad En general, para infectarse de TB se requiere un contacto intenso y prolongado con una persona bacilifera. En el contagio influyen factores como la cantidad de bacilos presentes en la expectoracion del enfermo, el grado de intimidad, la duracion de la exposicion, la edad del contacto mayor riesgo en ninos y el estado inmunologico del mismo.

Los infectados con mayor riesgo de desarrollar la enfermedad son a los conversores recientes de la tuberculina la maxima probabilidad se da en el primer ano, es de alrededor del 58% en los 2 primeros anos y despues disminuye progresivamente; en coinfectados por el VIH sin tratamiento antirretroviral aumenta al 510% anual; b los individuos con infeccion por el VIH y otros inmunodeprimidos por enfermedades o por tratamientos inmunodepresores, asi como por tratamientos biologicos, entre los que cabe destacar, por la importancia que han adquirido, los farmacos contra el factor de necrosis tumoral alfa; c los que tienen lesiones tuberculosas pulmonares residuales que nunca han sido tratadas, y d los ninos menores de 5 anos 13. A esta relacion aun deberian anadirse las personas con silicosis o perdida ponderal importante. Aunque la TB puede afectar a cualquier persona, hay diversos colectivos que presentan una mayor incidencia, con probabilidades muy variables tabla II . Estos factores de riesgo ya clasicos podrian tambien agruparse en 4 grandes categorias 14 a biologicos enfermedades diversas, VIH y otras inmunodepresiones, deficiencia de vitamina D, factores geneticos; b conductuales tabaquismo, alcoholismo, otras toxicomanias; c sociales viviendas insalubres, pobreza, problemas sanitarios, instituciones cerradas, y d ambientales silicosis, asbestosis. Tabla II. Riesgo de desarrollar tuberculosis segun diversas situaciones clinicas 14 Situaciones clinicas Manifestaciones clinicas de la tuberculosis La TB es una enfermedad cuyas manifestaciones clinicas no permiten diferenciarla de otras entidades nosologicas. La mayoría de los casos son de inicio insidioso, poco alarmante y bastante variable, dependiendo de la virulencia del agente causal, la edad, el organo afectado y el estado inmunitario del huesped. Los sintomas pueden dividirse en 2 grupos 1. Sistemicos.

Los mas frecuentes son fiebre, perdida de apetito y peso, astenia, sudoracion nocturna profusa y malestar general. 2. Especificos de organo. No hay correlacion entre la extension de la enfermedad y la magnitud de los sintomas. El 5% de los pacientes adultos no presenta ningun sintoma 15. La primoinfeccion suele ser subclinica o producir sintomas leves e inespecificos. El sintoma mas frecuente es la tos, que puede ser seca o productiva, con expectoracion mucosa, purulenta y hemoptoica, y ocasionalmente hemoptisis franca; puede haber dolor toracico de caracteristicas pleuritic. La disnea se presenta en la enfermedad muy extendida y rara vez en la TB miliar. Una forma especial de inicio es la neumonia tuberculosa, que puede presentarse como un cuadro clinicorradiologico similar al de la neumonia bacteriana. Con la progresion de la enfermedad pueden presentarse signos inflamatorios y trayectos fistulosos con drenaje de material caseoso. Los sintomas mas frecuentes son la polaquiuria, disuria, hematuria y dolor en flanco, acompanados de piuria con cultivo negativo. La TB genital en las mujeres puede causar infertilidad, dolor pelvico y alteraciones menstruales. El dolor es el sintoma principal. Las alteraciones mecanicas dependen de la localizacion. La manifestacion mas frecuente es la meningitis tuberculosa. Cursa con anorexia, malestar general, cefalea, descenso del nivel de conciencia, rigidez de nuca y vomitos. Se produce por diseminacion hematogena de M. tuberculosis y se presenta con perdida de peso, anorexia, fiebre, sudacion nocturna y mal estado general. En la enfermedad tuberculosa la manifestacion hematologica mas frecuente es una leucocitosis leve, con linfocitosis, aunque ocasionalmente pueden aparecer leucopenia o una reaccion leucemoide. La anemia es frecuente en casos de

enfermedad diseminada o evolucion prolongada. Puede haber pancitopenia por afectacion directa de la medula osea.

En el estudio bioquimico se puede apreciar hiponatremia e hipocloremia en casos graves y diseminados, por secrecion por parte del tejido pulmonar de una sustancia similar a la hormona antidiuretica. Radiologia Tanto la TB pulmonar como la extrapulmonar carecen de signo radiologico patognomnico, aunque en la primera la principal sospecha diagnostica se basa en una imagen radiologica indicativa. Es una tecnica sensible, pero poco especifica. Se podrian definir 5 patrones radiologicos. El primero, denominado TB primaria, se da mas frecuentemente con un estado inmunitario deficiente 17,18 C. En el se aprecia un infiltrado pulmonar, de extension sublobular y localizacion subpleural foco de Ghon, en el lobulo medio o inferior, y menos frecuentemente en el segmento anterior del lobulo superior, solo o acompanado de adenopatias hiliares complejo de Ranke o mediastinicas asociadas, o bien como adenopatias sin infiltrado, principalmente unilaterales, que en ocasiones pueden producir atelectasias por compresion. Tambien pueden apreciarse derrame pleural y muy raramente cavitacion. El segundo patron, denominado TB progresiva, se manifiesta por una consolidacion extensa y cavitacion en el foco pulmonar primario o en los segmentos apical o posterior de los lobulos superiores. El tercero, el de TB posprimaria, se manifiesta por opacidades parenquimatosas heterogeneas y mal definidas, que se distribuyen en mas de un segmento, a menudo asociadas con cavitacion, que puede ser unica o multiple su pared puede ser fina y lisa o gruesa y nodular. La localizacion mas frecuente es en los segmentos posterior y apical de los lobulos superiores o en el apical de los inferiores. La diseminacion broncogena se manifiesta como nodulos de entre 5 y 10 mm, mal definidos, de distribucion lobular o segmentaria a distancia de la cavitacion, fundamentalmente en zonas inferiores de los pulmones.

<http://schlammatlas.de/en/node/18478>