



UNIVERSIDAD DEL SURESTE



DOCENTE:
DR. EDUARDO ZEBADUA GUILLEN

ALUMNO:
LUIS ALBERTO ALVAREZ HERNANDEZ

MATERIA:
CLINICA QUIRURGICA

UNIDAD:
SEGUNDA

TEMA:
TRAUMA DE TORAX

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS. 18/ ABRIL/ 2021.

Trauma de tórax

1. Neumotórax a tensión o espontáneo

Presencia de aire en el espacio pleural que transforma la presión habitualmente negativa en continuamente positiva, con el consiguiente colapso pulmonar". Se clasifica en espontáneo:

Primario: Sin evidencias de enfermedad pulmonar predisponente.

Secundario: Representa una complicación de enfermedades pulmonares subyacente.

Etiología

La causa más frecuente de rotura de pequeños blebs, que son colecciones de aire subpleural resultado de ruptura alveolar, el aire diseca los tejidos conectivos adyacentes, acumulándose entre la lámina interna y externa de la pleura visceral. Los blebs se hallan con más frecuencia en el vértice del lóbulo superior o en el vértice posterior del lóbulo inferior.

Factores de riesgo

Varones entre 20 y 40 años con tipo asténico y con hábito tabáquico. Se da mas en hombre que en mujeres.

Cuadro clínico

El 20% de los pacientes con neumotórax espontáneo son asintomáticos.

- Dolor torácico: Inicio agudo. Pleurítico. Irradiado a cuello-abdomen.
- Disnea y Taquipnea. Más intensa en pacientes con patología previa.
- Tos seca.
- Expectorcación hemoptoica.
- Síncope.
- Enfisema subcutáneo.
- Diaforesis.

Estudios de laboratorio y de gabinete

- Biimetría hemática. Tiempos de coagulación. Radiografía de torax. Tac.

Tratamientos de urgencia

Toracocentesis, insertar una aguja a nivel del segundo espacio intercostal a nivel de la línea medio clavicular en el hemotórax afectado.

2. Neumotórax abierto

Secundario a un traumatismo con herida abierta en tórax, que comunica el espacio pleural con el exterior, permitiendo una entrada de aire en la inspiración y salida en la espiración. Cuando el diámetro de la herida supera los dos tercios del calibre traqueal, el aire penetra con más facilidad por la herida que por la tráquea; esto provoca aumento progresivo de aire en la cavidad pleural causando un colapso pulmonar y compromiso circulatorio al igual que ocurre en el neumotórax a tensión.

Etiología

- **Traumático:** ya sea abierto o cerrado, que provoca la entrada de aire entre las dos capas de pleura. Pueden clasificarse en iatrogénicos (por procedimientos médicos) y en no iatrogénicos (una fractura de costilla al rasgar la pleura).

Factores de riesgo

- Neumotórax previo.
- Ventilación mecánica.
- Enfermedad pulmonar.
- Ventilación mecánica.

Cuadro clínico

Las manifestaciones clínicas dependen del volumen de aire en el espacio pleural, la rapidez de la instauración y del grado de colapso pulmonar. Dolor pleurítico y grados variables de insuficiencia respiratoria.

Estudios de laboratorio y de gabinete

- **Radiografía de tórax:** Se puede observar hiperclaridad, disminución de la trama vascular, colapso pulmonar con línea de la pleura visceral, desplazamiento del hemidiafragma y desviación del mediastino hacia el lado contralateral.
- **Gasometría arterial:** es común la hipoxemia debido al colapso pulmonar, la hipercapnia es menos frecuente, pudiendo encontrar alcalosis respiratoria en casos de dolor y ansiedad.

Tratamientos de urgencia

Depende del tamaño del neumotórax, del distrés respiratorio y de la presencia de enfermedad pulmonar subyacente.

- Toracocentesis.
- Sellar la herida mediante la colocación de una gasa húmeda o vaselinada sobre la herida.
- Colocarse un drenaje en el quinto espacio intercostal de la línea media axilar, y se procede al cierre quirúrgico de la herida.

3. Hemotórax masivo

Cuantificación de un volumen de sangre igual o mayor a 1.5 litros inmediatamente posterior a la colocación del drenaje pleural ó sangrado cuantificado en el drenaje a ritmo de 200 ml/hora por 4 horas consecutivas.

Etiología

El trauma contuso es una causa frecuente de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. La principal causa es la lesión de vasos hiliares y mediastínicos generalmente por heridas penetrantes, menos frecuente es por desgarro de estos vasos en un trauma cerrado.

Factores de riesgo

Lesiones abdominales concomitantes, drenaje pleural prolongado (mas de 6 días), contaminación del espacio pleural en el momento de la lesión (trauma penetrante), estancia en unidad de cuidados intensivos, contusión pulmonar.

Cuadro clínico

Paciente en shock, con colapso de los vasos del cuello por hipovolemia o con ingurgitación de estos por efecto mecánico de las cavidades, hipoxico, ausencia de MP en el hemitórax dañado y matidez a la percusión.

Estudios de laboratorio y de gabinete

- Radiografía de torax, TAC, Biometría hemática.

Tratamientos de urgencia

- Reposición de volumen.
- Oxigenoterapia.
- Descompresión torácica mediante tubos de toracostomía únicos o múltiples.

4. Tórax inestable

Lesión que resulta de un trauma cerrado, produciendo una disociación completa de una porción de la caja torácica por medio de la pérdida de la continuidad ósea producida por fracturas de más dos costillas en dos o más partes de las mismas. También puede establecerse por separación del esternón y las costillas por fracturas de estas o por separación de las articulaciones costocondrales.

Etiología

Son los traumatismos sobre la pared torácica, con impactos de alta energía, accidentes de tráfico, etc.

Cuadro clínico

Taquipnea, dolor, compromiso hemodinámico, movimientos irregulares de la pared torácica, cianosis.

Estudios de laboratorio y de gabinete

- Radiografía de torax.
- Ecografía torácica.
- Ecocardiograma.
- Gasometría arterial.
- Biometría hemática.
- Tiempos de coagulación.

Tratamientos de urgencia

- Analgesia.
- Ventilación mecánica asistida.
- Fijación/reducción quirúrgica, oxigenación húmeda adecuada.
- Adecuado y controlado balance hídrico.