



Carolina Hernández Hernández

Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Tarea

Cuadro Comparativo

6 "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 22 de mayo del 2025.

TRAUMATISMOS TORACICOS

	Hemotorax	Neumotorax a tencion	Taponamiento Cardiaco	Diseccion Aortica	Lesion de Arbol Traqueobronqueal	Ruptura Esofagica Contusa	Hemotorax Masivo	Neumotorax Abierto	Neumotorax Simple	Torax Inestable
Definicion	Presencia de sangre en el espacio pleural. -Componente hemático claro: el hematocrito del líquido pleural es ≥50% del de la sangre. Clasificación y Volumen (distintivo) - Pequeño: <300 mL. - Moderado: 300–1500 mL. - Masivo: >1500 mL o pérdida >200 mL/h por 2–4 horas.	Presencia de aire en el espacio pleural y provoca el colapso parcial o total del pulmón afectado. Se clasifica en: - Espontáneo primario - Espontáneo secundario - Latrogénicos - Traumático - A tensión	Es una emergencia médica se caracteriza por la acumulación de líquido en el espacio pericárdico. Lo que aumenta la presión intrapericárdica y compromete el llenado diastólico del corazón. Esta condición puede llevar a un choque obstructivo y, si no se trata oportunamente, a la muerte.	La disección aórtica implica la ruptura de la capa íntima de la aorta, lo que permite que la sangre penetre en la capa media y cree una falsa luz. Esto puede comprometer el flujo sanguíneo a órganos vitales	Daño estructural en la tráquea o los bronquios principales, generalmente como resultado de traumatismos contusos o penetrantes. Estas lesiones pueden comprometer la integridad de las vías respiratorias, llevando a complicaciones respiratorias graves	Es una perforación del esófago resultante de un trauma cerrado, como un accidente automovilístico o una caída desde altura. A diferencia de las lesiones penetrantes, esta ruptura ocurre sin una herida abierta en el tórax.	Se define como la acumulación súbita de más de 1,500 ml de sangre en la cavidad pleural o un drenaje continuo de más de 200-300 ml por hora durante 3-4 horas, especialmente en pacientes hemodinámicamente inestables.	El neumotórax abierto ocurre cuando una herida penetrante en el tórax crea una abertura que conecta el espacio pleural con el exterior, permitiendo que el aire entre y salga durante la respiración. Esta situación interfiere con la presión intratorácica normal, comprometiendo la función pulmonar y cardiovascular.	Es la acumulación de aire en la cavidad pleural sin evidencia de colapso pulmonar completo ni desplazamiento mediastínico significativo. Se diferencia del neumotórax a tensión, que es una emergencia médica con compromiso hemodinámico	se produce cuando: Hay fracturas de ≥3 costillas contiguas en ≥2 lugares distintos. ☑ Esto crea un segmento libre de la pared torácica que se mueve hacia dentro en la inspiración (cuando debería salir) y hacia fuera en la espiración (cuando debería entrar) = movimiento paradójico.
Epidemiologia	En México los habitantes, ubican al país en el 7º lugar a nivel mundial en este rubro. - Datos indican que 1 de cada 4 muertes por lesiones de la caja torácica ocasionadas por accidentes vehiculares	- El neumotórax espontáneo primario ocurre en hombres jóvenes (20-30 años). - El neumotórax espontáneo secundario es más común en personas mayores de 60 años - En México, el tabaquismo y la alta prevalencia de enfermedades respiratorias crónicas contribuyen a la incidencia	Puede presentarse en diversas situaciones clínicas, incluyendo pericarditis, neoplasias, insuficiencia renal avanzada, traumatismos torácicos y complicaciones postoperatorias.	- La incidencia es de 2 a 4 casos por cada 100,000 personas al año. Común en hombres de entre 50 y 70 años. La disección de la aorta ascendente (tipo A) alta mortalidad.	- Incidencia: Ocurren en el 0.5% de los pacientes politraumatizados tratados en centros de traumatología. -Mortalidad: El 130% en pacientes que llegan al hospital, y es aún mayor en aquellos que no reciben atención médica inmediata.	- Las lesiones torácicas representan entre el 20% y el 25% de todas las muertes por traumatismo. La mayoría de las lesiones torácicas contusas no requieren intervención quirúrgica, pero las rupturas esofágicas sí suelen necesitar tratamiento especializado	Ocurre en aproximadamente el 2.8% de los traumatismos torácicos. revistacirugia.cl Es más común en hombres jóvenes, con una edad promedio de 32 años. La mayoría de los casos se asocian con traumatismos penetrantes, como heridas por arma blanca o de fuego.	El neumotórax traumático, que incluye el abierto, es más frecuente que el espontáneo. La incidencia iatrogénica es de aproximadamente 5-7 por cada 10,000 ingresos hospitalarios.	Incidencia: Aproximadamente 17 a 23 casos por cada 100,000 personas al año. Predominio: Más común en hombres jóvenes, especialmente aquellos altos y delgados. - Alta asociación con otras lesiones traumáticas	- Ocurre en aproximadamente el 5-10% de los traumatismos torácicos cerrados. - Representa una de las formas más graves de lesión torácica. - Alta asociación con otras lesiones traumáticas
Etiologia	Frecuente en trauma torácico cerrado o penetrante, principalmente por: - Lesión de arterias intercostales. - Laceración pulmonar o diafragmática. - Fractura costal - Espontáneo en casos raros: tumores, coagulopatías, endometriosis torácica.	- Espontáneo primario - Espontáneo secundario - Latrogénico - Traumático Lesiones penetrantes (heridas por arma blanca o de fuego) o contusas (accidentes automovilísticos, caídas) -A tensión: Puede desarrollarse a partir de cualquier tipo de neumotórax	Pueden clasificarse en: - Traumáticas: Heridas penetrantes en el tórax Traumatismos cerrados con ruptura cardiaca. - No traumáticas: Pericarditis Neoplasias Complicaciones postoperatorias cardiacas. Disección aórtica. Enfermedades autoinmunes	Los factores de riesgo incluyen: - Hipertensión arterial - Enfermedades del tejido conectivo como el síndrome de Marfan y el síndrome de Turner. - Aneurismas aórticos preexistentes. - Traumatismos torácicos - Procedimientos quirúrgicos o intervencionistas previos en la aorta.	-Traumatismo contuso: Accidentes de tráfico, caídas desde altura y lesiones por aplastamiento son causas comunes. -Traumatismo penetrante: Heridas por arma blanca o de fuego pueden causar lesiones directas en la tráquea o bronquios. -Mecanismos de lesión: Aumento súbito de la presión intratorácica.	- Accidentes de tráfico. - Caídas desde alturas significativas. - Explosiones. - Compresiones torácicas intensas. - Estas situaciones pueden generar un aumento súbito de la presión intraesofágica, provocando la ruptura.	- Lesiones de vasos sanguíneos mayores, como arterias intercostales o mamarias internas, y del parénquima pulmonar. - Traumatismos penetrantes (heridas por arma blanca o de fuego) y contusos (accidentes automovilísticos). - Causas iatrogénicas.	- Traumatismos penetrantes: heridas por arma blanca, disparos o fragmentos de objetos. - Accidentes laborales o domésticos: lesiones causadas por herramientas afiladas o maquinaria. - Procedimientos médicos	- Neumotórax espontáneo primario: Sin enfermedad pulmonar subyacente. - Neumotórax espontáneo secundario: Asociado a enfermedades - *2Neumotórax traumático: Resultado de traumatismos torácicos	- Accidentes de tráfico (principal causa) - Caídas de altura - Trauma por compresión torácica (por ejemplo, bajo objetos pesados)
Clínica	- Dolor torácico unilateral súbito. - Disminución de ruidos respiratorios - Matidez a la percusión - Disnea progresiva. - Signos de hipovolemia/choque si la pérdida es significativa: - Taquicardia. - Hipotensión. ☞ La combinación de disnea + matidez + signos de shock es prácticamente diagnóstica.	- Dolor torácico súbito (pleurítico, unilateral). - Disnea - Tos seca e irritativa. - Cianosis ☞ Signos físicos característicos - Asimetría torácica. Disminución o abolición del murmullo vesicular.Timpanismo a la percusión. Movilidad torácica reducida. Enfisema subcutáneo (crepitación al tacto). Taquipnea. Taquicardia. ☞ Si es neumotórax a tensión: - Disnea severa. Hipotensión arterial. Desviación traqueal contralateral, Distensión yugular, Cianosis generalizada. Pulso paradójico. Alteración del estado de conciencia.	Sintomas principales - Disnea intensa - Dolor torácico (opresivo o retroesternal) - Mareo o síncope - Fatiga extrema. ☞ Signos físicos característicos - Triada de Beck - Pulso paradójico - Taquicardia intensa. - Taquipnea. - Alteración del estado de conciencia Choque	Los síntomas típicos incluyen: - Dolor torácico súbito, intenso y desgarrador, que puede irradiar hacia la espalda. - Diferencias en la presión arterial entre extremidades. - Síncopensefuerencia cardiaca aguda - Signos de isquemia en órganos periféricos. En casos de afectación de la aorta ascendente, puede presentarse insuficiencia aórtica aguda y taponamiento cardiaco. -	Los síntomas varían según la localización y gravedad de la lesión, pero pueden incluir: - Disnea: Dificultad para respirar. - Disfonía: Alteraciones en la voz. - Tos: A menudo con hemoptisis (sangre en el esputo). - Enfisema subcutáneo: Presencia de aire bajo la piel. - Neumotórax: Colapso pulmonar, que puede ser persistente a pesar del drenaje torácico. Studocu	Los síntomas típicos incluyen: Dolor torácico intenso. Disfagia (dificultad para tragar). Fiebre. Signos de sepsis en casos avanzados	- Disnea, taquicardia, hipotensión y signos de shock hipovolémico. - Dolor torácico intenso y disminución o ausencia de ruidos respiratorios en el lado afectado - Matidez a la percusión y disminución del frémito táctil.	- Herida penetrante en el tórax -Puede haber salida de burbujas de aire o sangre por la herida. - Ruidos respiratorios disminuidos o ausentes en el lado afectad. - Disnea - Cianosis - Hipoxia. - Taquipnea y taquicardia - Ruidos respiratorios más audibles por la herida que por la tráquea - No hay desviación traqueal inicialmente	Síntomas comunes: - Disnea súbita. - Dolor torácico pleurítico. - Taquipnea y taquicardia. - Exploración física: - Disminución o ausencia del murmullo vesicular en el lado afectado. - Hipersonoridad a la percusión. - Reducción de los movimientos respiratorios en el hemitórax afectado.	- Dolor torácico intenso - Disnea y taquipnea - Movimiento paradójico del segmento inestable - Crepitaciones óseas - Cianosis (en casos graves) - Hipoxia (por contusión pulmonar asociada) - Ansiedad o inquietud
Diagnostico	- Radiografía de tórax: Opacidad homogénea en el hemitórax afectado, Desplazamiento mediastinal - Toracocentesis diagnóstica: Obtención de sangre no coagulada - TAC de tórax: Para cuantificar el volumen, detectar sangrado activo o fuente de lesión. Ultrasonido FAST:	Clinico: Síntomas: dolor torácico súbito, disnea, tos seca. Signos: disminución o ausencia del murmullo vesicular, timpanismo a la percusión, disminución del frémito vocal táctil, enfisema subcutáneo. Imagenológico: - Radiografía de tórax: muestra la línea pleural y la ausencia de marcas pulmonares periféricas. - Tomografía computarizada (TAC) - Ultrasonido torácico	☒ Triada de Beck Hipotensión arterial, Ingurgitación yugular, Ruidos cardiacos apagados ☒ Diagnóstico clínico Disnea, taquicardia, hipotensión - Signo de Kussmaul: aumento de la presión venosa yugular durante la inspiración (menos común) ☒ Estudios complementarios 1. ECG (electrocardiograma) 2. Radiografía de tórax 3. Ecocardiograma transtorácico (ETT) 4. FAST	- Angio-TC (Tomografía computarizada con contraste). - Ecocardiograma transesofágico (ETE) - Resonancia magnética (RMN) - Electrocardiograma - Radiografía de Torax	- Radiografía de tórax - Tomografía computarizada (TC): - Broncoscopia	- Tomografía computarizada (TC) de tórax. - Esofagografía con contraste hidrosoluble. - Endoscopia en casos seleccionados. - La TC puede revelar presencia de aire en el mediastino o líquido en el espacio pleural, indicativos de perforación esofágica.	- Radiografía de tórax: muestra opacidad homogénea - Ecografía torácica (E-FAST): Detecta la presencia de líquido en la cavidad pleural. - Tomografía computarizada (TAC): proporciona una evaluación detallada, especialmente en casos complejos o cuando se sospechan otras lesiones asociadas.	- Examen físico: Auscultación para detectar disminución o ausencia de ruidos respiratorios. Radiografía de tórax: Presencia de aire en el espacio pleural y colapso pulmonar. Tomografía computarizada (TAC): Evalúa lesiones asociadas y la extensión del daño	Radiografía de tórax: Confirma la presencia de aire en el espacio pleural. Tomografía computarizada Ultrasonido torácico: Útil en situaciones de emergencia o en pacientes críticos.	- Diagnóstico clínico: observación del movimiento paradójico - Radiografía de tórax: evidencia de fracturas costales múltiples, posible contusión o hemotórax - Tomografía torácica: Evaluar contusión pulmonar asociada - Gasometría arterial
Tratamiento	- Drenaje pleural con tubo de tórax: - Toracotomía: - Toracoscopia (VATS): - Reposición de volumen: Líquidos IV y sangre (transfusión). - Profilaxis antibiótica:	- Observación y oxigenoterapia. - Aspiración con aguja o colocación de un tubo torácico (drenaje pleural). Neumotórax a tensión: - Descompresión inmediata con aguja seguida de drenaje torácico. - Intervenciones quirúrgicas como pleurodesis o resección de bullas.	- Pericardiocentesis: Para el drenaje urgente del líquido pericárdico. Tratamiento quirúrgico: - Ventana pericárdica. - Pericardiectomía parcial o total. - Manejo de soporte: Administración de oxígeno, Expansión de volumen intravascular con líquidos intravenosos.	Tipo A: Requiere cirugía inmediata para reemplazar la porción afectada de la aorta, Control estricto de la presión arterial con beta-bloqueadores. Tipo B: Manejo médico con control de la presión arterial y frecuencia cardiaca, Intervención endovascular (colocación de endoprótesis).	- Estabilización inicial: Asegurar la vía aérea mediante intubación endotraqueal o traqueotomía. - Manejo quirúrgico: Incluir reparación primaria o resección segmentaria. - Manejo conservador: En lesiones pequeñas y estables, se puede optar por observación y soporte respiratorio.	El manejo incluye: - Estabilización hemodinámica del paciente. - Antibiototerapia de amplio espectro. - Drenaje quirúrgico del mediastino y pleura si hay contaminación. - Cierre quirúrgico de la perforación esofágica.	Drenaje torácico: colocación inmediata de un tubo de drenaje en el 4º o 5º espacio intercostal en la línea axilar media. Reposición de volemia: administración de líquidos intravenosos y transfusiones sanguíneas. Toracotomía urgente: indicada si hay drenaje inicial de más de 1,500 mL, sangrado continuo de más de 200-300 mL/h durante 3-4 horas, o inestabilidad hemodinámica persistente.	- Cierre temporal de la herida: utilizando apósitos oclusivos - Colocación de un tubo de tórax: para drenar el aire acumulado en el espacio pleural. - Oxigenoterapia: para mejorar la oxigenación - Intervención quirúrgica	- Observación: Se puede optar por vigilancia y oxigenoterapia. - Aspiración con aguja: Para evacuar el aire en casos moderados. - Drenaje torácico: Indicado en neumotórax grandes o sintomáticos. - Cirugía: Tratamientos no son efectivos.	- Oxigenoterapia (cánula, mascarilla o alto flujo) - Ventilación mecánica - Ventilación no invasiva (CPAP/BiPAP) - Control del dolor con analgésicos AINES y opioides - Fijación quirúrgica de costillas

TRAUMAS ABDOMINALES

	Trauma Cerrado	Trauma Penetrante	Trauma Esplénico	Lesion Duodenal	Lesion Pancreatica	Lesion Hepatica
Definicion	Lesión abdominal sin solución de continuidad en la piel ni exposición de las vísceras, generalmente causada por impactos directos o desaceleraciones bruscas, como en accidentes automovilísticos o caídas.	Se caracteriza por una solución de continuidad en la pared abdominal que expone la cavidad peritoneal al exterior. Ocurre comúnmente debido a heridas por arma blanca o de fuego.	El trauma esplénico se refiere a cualquier lesión del bazo, ya sea por contusión o laceración, resultante de un impacto externo. Es una causa significativa de hemorragia interna en traumatismos abdominales.	Daño del duodeno causado por un trauma cerrado (no penetrante), por accidentes automovilísticos, caídas desde alturas o impactos directos en el abdomen. Este tipo de lesión puede manifestarse como hematomas intramurales, laceraciones o perforaciones del duodeno.	Se refiere al daño al páncreas causado por un traumatismo cerrado, generalmente por compresión contra la columna vertebral debido a su ubicación retroperitoneal	Daño estructural del hígado debido a un traumatismo, que puede ser cerrado o penetrante. Las lesiones varían desde hematomas subcapsulares hasta laceraciones profundas y avulsiones hepáticas.
Epidemiologia	En México, Es una de las principales causas de muerte en adultos jóvenes. El 50% de la mortalidad en personas de 15 a 34 años. El TAC es más común en hombres jóvenes, con una edad media de 28.7 años.	Representa aproximadamente el 10% de los ingresos por traumatismos. Las heridas por arma blanca causan lesiones intraabdominales en el 20-30% de los casos, mientras que las heridas por arma de fuego lo hacen en el 80-90%. Es más frecuente en adultos jóvenes y en contextos urbanos	El bazo es el órgano más frecuentemente lesionado en el trauma abdominal cerrado, representando entre el 30% y el 50% de los casos. Los accidentes de tráfico son la principal causa de estas lesiones	Representan aproximadamente el 3,7% al 5% de todas las lesiones abdominales. Encolombia.com En una revisión de 24 series publicadas durante 46 años (1968-2014), se identificaron 1,760 casos de lesión duodenal, de los cuales 360 (20%) ocurrieron por traumatismo contuso.	Incidencia: Representa menos del 5% de los traumatismos abdominales. Sociedad Andaluza de Patología Digestiva Mortalidad: La mortalidad global es del 19%, aumentando al 30% si hay compromiso del conducto pancreático	El hígado es el órgano sólido más comúnmente lesionado en traumatismos abdominales cerrados. Las lesiones hepáticas representan aproximadamente el 5% de todas las admisiones por traumatismos.
Etiologia	Las principales causas de TAC incluyen: Accidentes automovilísticos (75% de los casos). Caídas de altura. Agresiones físicas. Accidentes deportivos.	Causas comunes: - Heridas por arma blanca - Heridas por arma de fuego - Compresión, desaceleración o golpe directo	1. Trauma cerrado (contuso) – Más común Accidentes de tráfico Caídas desde altura Agresiones físicas Compresión abdominal 2. Trauma penetrante Heridas por arma blanca Heridas por arma de fuego.	- Compresión directa: fuerza aplicada al abdomen que proyecta el duodeno contra la columna vertebral. - Desaceleración súbita: movimientos bruscos que generan fuerzas de cizallamiento entre las porciones móviles y fijas del duodeno. - Estallido duodenal: ocurre cuando hay un cierre simultáneo del píloro y la cuarta porción duodenal.	-Traumatismo cerrado: Accidentes de tráfico, caídas, lesiones deportivas o agresiones. -Mecanismo: Compresión del páncreas contra la columna vertebral debido a su posición anatómica	Traumatismo cerrado: colisiones vehiculares, caídas desde altura, golpes directos. Traumatismo penetrante: heridas por arma blanca o de fuego. Las lesiones pueden variar desde hematomas subcapsulares hasta laceraciones profundas y avulsiones hepáticas
Clinica	- Dolor abdominal. - Distensión abdominal. - Náuseas y vómitos. - Signos de irritación peritoneal. - Inestabilidad hemodinámica en casos severos	- Dolor abdominal localizado o difuso. - Sangrado externo visible. - Evisceración - Signos de irritación peritoneal: rigidez, defensa muscular. - Inestabilidad hemodinámica: hipotensión, taquicardia. - Síntomas de shock hipovolémico	Los síntomas varían según la gravedad de la lesión: Dolor en el cuadrante superior izquierdo del abdomen. Signos de hipovolemia, como taquicardia e hipotensión. Distensión abdominal y signos de irritación peritoneal en casos severos. En lesiones menores, los síntomas pueden ser sutiles o ausentes inicialmente.	- Dolor abdominal, especialmente en el epigastrio. - Náuseas y vómitos. - Distensión abdominal. - Signos de irritación peritoneal en casos de perforación. - La localización retroperitoneal del duodeno puede retrasar la aparición de signos peritoneales	Síntomas: Dolor epigástrico, náuseas, vómitos y distensión abdominal. Signos: Equimosis en flancos (signo de Grey Turner) o periumbilical (signo de Cullen) en casos avanzados	- Dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen. - Sensibilidad abdominal. - Signos de shock hemorrágico en casos graves. Signos: - Distensión abdominal. - Hipotensión. - Taquicardia. - Irritación peritoneal en casos de hemorragia significativa
Diagnostico	- Ecografía FAST: Detecta líquido libre en la cavidad abdominal. - Tomografía computarizada: Evalúa las lesiones en órganos sólidos y huecos. - Lavado peritoneal diagnóstico (LPD)	- La evaluación inicial ABCDE - Examen físico - Radiografías de tórax y abdomen - Ecografía FAST - Tomografía computarizada - Lavado peritoneal diagnóstico -Laparoscopia	- Evaluación clínica - Ultrasonido FAST: Detecta líquido libre en el abdomen. Tomografía computarizada: Clasificar la lesión según la escala de la AAST en grados I a V	- Tomografía computarizada (TC) con contraste - Radiografía abdominal: - Laboratorio: niveles elevados de amilasa en suero pueden sugerir lesión duodenal, aunque no son específicos	TAC de doble contraste Tomografía computarizada (TC): Es la herramienta de elección para evaluar lesiones Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) o colangiografía	Pacientes estables: - (TC) con contraste es el estándar para evaluar la extensión de la lesión. Pacientes inestables: - Ecografía (FAST) para detección rápida de líquido libre. - Laparotomía exploradora
Tratamiento	Pacientes estables: tratamiento no operatorio con monitoreo en unidades de cuidados intensivos, especialmente en lesiones de órganos sólidos como el bazo y el hígado. Pacientes inestables: requieren intervención quirúrgica urgente, generalmente mediante laparotomía exploratoria.	Estabilización inicial: Control de la vía aérea y soporte ventilatorio. Reposición de líquidos y control de hemorragias. Intervención quirúrgica: Laparostomía (abdomen abierto) Manejo postoperatorio: Monitoreo en unidad de cuidados intensivos. Antibioticoterapia según protocolos. Soporte nutricional y rehabilitación	Tratamiento no quirúrgico (TNQ): Indicado en lesiones de bajo grado (I-III) en pacientes estables, incluye observación y monitoreo. Si hay estabilidad hemodinámica Laparotomía	Tratamiento de elección es Laparotomía	Tratamiento de elección es Laparotomía	Paciente hemodinámicamente ESTABLE ☞ Manejo No Operatorio Observación y establecer signos vitales Paciente hemodinámicamente INESTABLE ☞ Manejo Quirúrgico - Laparotomía urgente - Técnicas quirúrgicas: - Compresión y taponamiento hepático - Ligadura de vasos o hepatorrafia - Resección hepática limitada (si es necesario)

BIBLIOGRAFIA:

1. Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre Trauma de Abdomen
Rondón Carvajal, J. GPC No. 1.4: Paciente con trauma de abdomen. Hospital Germán Vélez Gutiérrez, Betulia - Antioquia.
2. (ATLS), 10ª edición
American College of Surgeons Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Support® (ATLS®). 10th ed. EEUU: The Committee on Trauma; 2019.