



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
MEDICINA HUMANA
CAMPUS COMITAN



**TRAUMATISMOS ABDOMINALES
Y TORACICOS**

Cítlali Anayanci Palacios Coutiño
Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez
Técnicas quirúrgicas básicas
6to semestre grupo A
3era unidad

TRAUMATISMO ABDOMINAL

	DEFINICIÓN	EPIDEMIOLOGÍA	ETIOLOGÍA	CLINICA	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
LESIÓN ESPLÉNICA	El bazo es el órgano que se lesiona con mas frecuencia en el trauma abdominal cerrado, principalmente por su fragilidad y localización	Órgano frecuentemente lesionado en traumatismos abdominales cerrados. La mayoría de los casos ocurren en hombres jóvenes, con edad promedio de 30 años .	Las causas más comunes son los traumatismos cerrados, como accidente de tráfico, caídas o golpes contusos.	Hemorragia e irritación peritoneal en área esplénica. Signo de Kehr: dolor en hombro izquierdo o irritación diafrgmática en la ruptura esplénica.	Con ultrasonido abdominal o tomografía computarizada.	La mayoría responde con tratamiento conservador (vigilancia y reposo) Si hay inestabilidad hemodinamica o con USG FAST/ LPD +: Laparotomía
LESIÓN HEPÁTICA	Daño en el hígado que puede ser causado por un traumatismo (golpe, herida penetrante) o por factores no traumáticos como infecciones, tóxicos, medicamentos o enfermedades hepáticas.	El hígado es el órgano sólido más comúnmente afectado en traumas abdominales, representando aproximadamente el 5% de los pacientes politraumatizados que ingresan a hospitales .	Las causas más comunes incluyen accidentes de tránsito, caídas de altura y heridas por arma blanca o de fuego .	Dolor abdominal especialmente en cuadrante superior derecho, distensión abdominal, náuseas y vómitos, palidez.	Tomografía computarizada de doble contrastaste	Tratamiento no operatorio: indicado en pacientes hemodinamicamente estables y monitorización en hospital Tratamiento operatorio: pacientes con inestabilidad hemodinamica, fracaso del manejo no quirúrgico, elección con laparotomía.
LESIÓN DUODENAL	Cualquier daño o lesión en el duodeno, que es la primera parte del intestino delgado.	Son poco frecuentes representando aproximadamente el 4-5% de todas las lesiones abdominales.	Paciente con antecedente de impacto frontal / golpe directo de abdomen (manubrio bicicleta)	Aspiración de sangre por SNG Aire retroperitoneo en tomografía	Tomografía computarizada de doble contraste.	De elección con laparotomía.
LESIÓN PANCREATICA	Afectación del páncreas causada por un golpe, impacto o herida, generalmente como resultado de un accidente o agresión.	Ocurre en apróximadamente el 3-12% de los casos de trauma abdominal. Mas frecuente en hombres jóvenes.	Paciente con antecedente de golpe directo en epigastrio	Trauma cerrado con enzimas pancreáticas normales al inicio que posteriormente se elevan.	Con tomografia computarizada de doble contraste.	De elección con laparotomía.

TRAUMATISMO TORACICO

	DEFINICIÓN	EPIDEMIOLOGIA	ETIOLOGIA	CLINICA	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
NEUMOTORAX SIMPLE	Entrada de aire al espacio pleural por laceración pulmonar, con alteración V/Q con hipoxia e hipercapnia.	Causa mas frecuente de fractura costal. Prevalencia de 7.4 a 18 casos por cada 100.000 habitantes en hombres y de 1.2 a 6 casos en mujeres anualmente.	Entrada de aire en el espacio entre el pulmón y la pared torácica. Traumatismos, procesos médicos, enfermedades pulmonares.	Ausencia de ruidos respiratorios Timpanismo o hperresonancia a la percusión No existe hipotensión ni distensión yugular (adiferencia de neumotórax a tensión)	El diagóstico es clínico y en la radiografía se encuentra radiolúcides en área afectada. Se considera neumotórax menor cuando la separación de pleura en región apical es de es <15cm	GPC-SS-447-11: Considerar neumotórax menor el tratamiento es con alto flujo oxigeno >15 L/min ATLS: pleurostomía con sonda endopleural de 28 fr en 5to E.I.C en línea axilar anterior
NEUMOTORAX A TENSIÓN	Lesión que ocurre cuando se filtra aire a través de una "válvula unidireccional" desde el pulmón o a través de la pared torácica	Causa mas común: uso de ventilación mecánica invasiva en pacientes con lesión pleural visceral.	Traumatismos torácicos, procedimientos médicos, enfermedades pulmonares, neumotórax espontaneo, válvula de un solo sentido, ventilación mecánica.	Taquicardia e hipotensión y desviación contralateral de tráquea. Ausencia de ruidos respiratorios en hemitórax, timpánico o hiperresonancia a la percusión y distensión yugular.	El diagnóstico es clínico. En ventilación mecánica se presenta como colapso hemodinámico. No es necesario la radiografía es una urgencia	Tratamiento inicial: (ATLS) Descompresión en 5to E.I.C en LAA con aguja de 8 cm (GPC-SS-447-11): Realizarla en 2do E.I.C con catéter 6.5 cm Tratamiento definitiva: (ATLS): Sonda pleurostomía de 28 a 32 fr en 5to E.I.C- LMA o LAA (GPC-SS-447-11): sonda de pleurostomia de 14 FR
NEUMOTORAX ABIERTO	condición médica en la que hay una comunicación directa entre el espacio pleural (el espacio entre el pulmón y la pared torácica) y el exterior, a través de una abertura en la pared torácica	Generalmente, es más común en hombres que en mujeres y en pacientes más jóvenes	lesiones penetrantes del tórax que crean una comunicación directa entre el exterior y la cavidad pleural	dolor, dificultad para respirar, taquipnea, ruidos respiratorios disminuidos del lado afectado y movimiento ruidoso del aire a través de la lesión de la pared torácica.	mediante la observación de una herida torácica y auscultación para detectar la disminución o ausencia de ruidos respiratorios	Tratamiento inicial: (ATLS) cierre rápidamente la anomalía con un apósito oclusivo estéril suficientemente grande para cubrir los bordes de la herida. Se debe colocar un tubo torácico alejado del sitio de la herida lo antes posible. Se suele requerir posteriormente reparación quirúrgica de la herida
HEMOTORAX SIMPLE	Es un tipo de derrame pleural el cual se acumula sangre (<1500 ml) y generalmente hay >50% de HTO en liquido pleural.	Asociados lesión de vasos intercostales, lesión de herida penetrante a vasos sistémicos o a trauma cerrado.	Traumatismo torácico, ya sea cerrado o penetrante.	Ausencia de murmullo vesicular Matidez a la percusión.	Se encuentra en radiografía Se confirma con toracocentesis.	Tratamiento definitivo: Sonda pleurostomía de gran calibre (28-36 fr) en línea axilar anterior del 5to espacio intercostal.
HEMOTORAX MASIVO	Acumulación de sangre >1500 ml o drenaje >200 ml/hora (durante 2 a 4 horas) o > 1/3 o más del volumen sanguíneo en la cavidad torácica.	Asociados lesión de vasos intercostales, lesión de herida penetrante a vasos sistémicos o a trauma cerrado.	Traumatismos torácicos generalmente cerrados o penetrantes, que lesionan vasos sanguíneos.	Choque hipovolémico. Venas del cuello aplanadas.	Clinico	Tratamiento inicial: (ATLS): reposición de volumen + descompresión con sonda endopleural de 28 a 32 fr en 5to E.I.C LAA. (GPC-SS-447-11): iniciar con toracotomía. Tratamiento definitivo: realizar toracotomía si presenta una evacuación de sangre >1500 ml o >200 ml / hr en 2 a 4 horas
TORAX INESTABLE	Producto de la fractura de 2 o más costillas adyacentes con alteración en cinética de ventilación.	Suele ser consecuencia de un trauma asociado a múltiples fracturas costales. Se presenta en aproximadamente el 10-15% de los pacientes con trauma torácico.	Costilla 1-2: daño en grandes vasos. Costilla 3-8: daño a corazón, pulmón y pleura. Costilla 9-12: hígado, bazo y riñones.	Dolor durante movimiento respiratorio. Movimiento asimétrico entre ambos hemitórax (protruye durante exhalación y se hunde en inhalación) Crepitaciones en área costal.	Evaluación clinica, examen físico (palpación), radiografias de tórax.	Tratamiento inicial: ATLS/ GPC-SS-447-11 = Oxigenación, hidratación y analgesia. Hipoxemia: intubación endotraqueal. Tratamiento definitivo: ATLS/ GPC-SS-447-11= Quirúrgico (fijación interna).
TAPONAMIENTO CARDIACO	Acumulación de sangre en cavidad pericárdica que dificulta llenado de cavidades, asociado a un trauma penetrante. Puede presentarse como una actividad eléctrica sin pulso.	Se estima que afecta aproximadamente 2 de cada 10,000 personas.	Puede ser causado por diversas razones, desde traumatismos y enfermedades hasta procedimientos médicos.	Triada de Beck: Hipotensión arterial Ingurgitación yugular Disminución de ruidos cardiacos	Inicial: clinico (triada de Beck) Confirmatorio: USG FAST	Tratamiento inicial: ATLS / GPC-SS-447-11= pericardiocentesis guiada por USC. Tratamiento definitivo: ATLS / GPC-SS-447-11= toracotomía con ventana pericárdica
CONTUSIÓN PULMONAR	Es una lesión potencialmente letal mas frecuente en el tórax inestable y principal causa de muerte en trauma torácico.	Lesión común en pacientes con traumatismo torácico, con prevalencia que varía entre el 17% y el 70%.	Traumatismo torácico cerrado, lesión por accidente de tráfico.	Se va a presentar con una insuficiencia respiratoria (disnea. taquipnea, hemoptisis o hipoxemia)	Clinico + radiografia torácica con infiltrados alveolares.	O2, analgesia, fiaioterapia ventilatoria.
LESIÓN DE ÁRBOL TRAQUEOBRONQUEAL	Una lesión de tráquea o bronquial es inusual. Se produce a 1 pulgada (2.54 cm) de la carina y en donde bronquio derecho es el mas afectado.	La mayoría de los pacientes mueren en el lugar del accidente y los que llegan vivos al hospital tiene un alto índice de mortalidad debido a las lesiones asociadas.	Generalmente secundaria a una desaceleración rápida en un trauma contundente, aplastamiento o trauma cerrado.	Hemoptisis Neumotórax hipertensivo Enfisema subcutáneo cervical Salida de grandes cantidades de aire posterior a la colocación de sonda endopleural.	Clinico y el gold standard es la broncoscopia que confirma diagnóstico.	Tratamiento inicial ATLS: Colocación de vía aérea definitiva, generalmente en estos pacientes es difícil por lo que se requiere asistencia endotraqueal con fibra óptica. Tratamiento definitivo ATLS: intervención quirúrgica temprana en pacientes estables e inestables hasta que se resuelva inflamación y edema.
DISECCIÓN AÓRTICA	Disección asociada a un trauma por desaceleración caídas de gran altura o accidentes de tránsito. Sitio mas frecuente en el istmo aórtico en la inserción del ligamento arterioso.	Stanford: Tipo A: afecta aorta descendente (+descendente) Tipo B: solo afecta aorta descendente DeBakey: Tipo I: aorta ascendente + descendente Tipo II: solo ascendente Tipo III: solo descendente	Causada por hipertensión arterial no controlada, enfermedades hereditarias y lesiones traumáticas.	Dolor torácico agudo+ hipotensión refractaria.	Inicial: Radiografía torácica ensanchamiento mediastinal > 8 cm, obliteración de botón aórtico, desviación de tráquea o esófago a la derecha. Confirmatorio: Angiotomografía	Tratamiento inicial: controlar la TA con esmolol (meta de <80 LPM y TAM de 60-70 mmHg) y como alternativa nicardipino , nitroglicerina o nitropusiato. Tratamiento definitivo: drenaje amplio del espacio pleural y mediastino, con reparación directa de la lesión.
RUPTURA ESÓFAGICA TRAUMÁTICA	Trauma cerrado con desgarró lineal por aumento de presión intraabdominal hacia el esófago. Suele ser mas frecuente por trauma penetrante.	Condición poco común pero grave, con una tasa de mortalidad que puede variar entre el 10% y el 40%.	Se debe principalmente a un trauma externo que causa un desgarró o perforación en la pared del esófago. Se puede complicar con una mediastinitis y produce un empiema.	Se presenta como un hemo o neumotórax izquierdo, sin fracturas costales + golpe en la parte inferior del esternón o epigastrio con dolor o shock, sin una lesión aparente.	En la radiografía de tórax se encuentra aire en mediastino y se confirma con TAC contrastada o endoscopia.	Tratamiento definitivo: drenaje amplio del espacio pleural y mediastino, con reparación directa de la lesión.