

ODALIS GUADALUPE GARCIA LOPEZ

DR. ERICK ANTONIO FLORES GUTIERREZ

TECNICAS QUIRURGICAS BASICAS

PLATAFORMA

6

PASIÓN POR EDUCAR

A

Traumatismos Torácicos Y abdominales

	DEFINICION	EPIDEMIOLOGIA	ETIOLOGIA	CLINICA	DIAGNOSTICO	TX INICIAL	TX DEFINITIVO
Neumotórax a tensión	Entrada progresiva de aire en el espacio pleural que actúa como válvula unidireccional, generando colapso pulmonar e inestabilidad hemodinámica	Es una emergencia potencialmente letal frecuente en pacientes ventilados mecánicamente.	Lesión del parénquima pulmonar por trauma o barotrauma.	Disnea, hipotensión, desviación de tráquea, distensión yugular, murmullo vesicular abolido.	Clínico; se prioriza sobre estudios de imagen.	Descompresión con aguja gruesa (ATLS: 5º EIC LAA; GPC: 2º EIC LMC).	Colocación de sonda pleural (ATLS: 28–32 Fr; GPC: 14 Fr).
Neumotórax simple	Entrada de aire al espacio pleural sin colapso circulatorio	Frecuente en traumas torácicos cerrados.	Fractura costal, lesiones pulmonares espontáneas.	Dolor torácico, disminución de ruidos respiratorios, timpanismo.	Clínica y radiografía de tórax con radiolucidez apical.	Oxigenoterapia con alto flujo si el neumotórax es menor.	Pleurostomía con tubo de 28 Fr en 5º EIC LAA.
Hemotórax / masivo	Presencia de sangre en el espacio pleural; masivo si >1500 ml o drenaje >200 ml/h por varias horas.	Asociado a trauma cerrado con fractura costal o penetrante.	Lesión vascular intercostal o sistémica.	Hipovolemia, matidez, ausencia de ruidos respiratorios.	Radiografía, toracocentesis; el hemotórax masivo es clínico.	Colocación de tubo pleural (28–32 Fr).	Toracotomía si se considera masivo.
Tórax inestable	Segmento de la pared torácica se mueve de forma paradójica por fractura de ≥2 costillas adyacentes en más de un punto	Asociado a accidentes de alta energía.	Trauma cerrado con fracturas múltiples.	Dolor respiratorio, crepitación, movimiento paradójico.	Clínico y radiografía simple.	Soporte ventilatorio, oxígeno, analgesia.	Fijación quirúrgica interna si es necesario.
Taponamiento cardíaco	Acumulación de sangre en el pericardio que impide el llenado diastólico del corazón.	Se asocia a lesiones penetrantes torácicas.	Lesiones en corazón o grandes vasos.	Hipotensión, ruidos cardíacos disminuidos, ingurgitación yugular (Triada de Beck).	Ultrasonido FAST.	Pericardiocentesis guiada por USG.	Toracotomía con ventana pericárdica.
Neumotorax abierto	Comunicación directa entre cavidad torácica y exterior por herida penetrante.	Más común en heridas por arma blanca.	Lesión penetrante de la caja torácica.	Herida con entrada y salida de aire, dificultad respiratoria.	Diagnóstico clínico.	Apósito oclusivo en tres lados (válvula unidireccional).	Reparación quirúrgica + tubo torácico.
Disección traumática de aorta	Desgarro de la aorta torácica, común en istmo.	Desaceleración brusca (accidente alto impacto).	Desaceleración brusca (accidente alto impacto).	Dolor torácico agudo + hipotensión refractaria.	RX: ensanchamiento mediastinal, TAC contrastada	Control TA con esmolol, nicardipino o nitroprusiato.	Drenaje pleural y reparación directa.
Lesión traqueobronquial	Ruptura de la vía aérea mayor (cerca de la carina).	Trauma cerrado (desaceleración, aplastamiento).	Trauma cerrado (desaceleración, aplastamiento).	Hemoptisis, neumotórax hipertensivo, enfisema subcutáneo, fuga aérea tras sonda pleural.	Clínico + Broncoscopia (gold standard).	Vía aérea definitiva asistida (fibra óptica).	Intervención quirúrgica temprana.
Trauma cerrado	Lesión abdominal sin ruptura del peritoneo.	Es la forma más común en accidentes vehiculares y caídas.	Fuerza contundente sobre abdomen (ej. cinturón de seguridad).	Dolor abdominal, signos de hipovolemia, peritonismo.	USG FAST, TAC, LPD.	Estabilización hemodinámica.	Laparotomía si hay inestabilidad o estudios positivos.
Trauma penetrante	Lesión con comunicación entre cavidad abdominal y exterior.	Frecuente en agresiones con arma blanca o de fuego.	Heridas penetrantes.	Evisceración, dolor intenso, hemorragia externa.	TAC, LPD, presencia de aire libre o vísceras expuestas.	Evaluación clínica y soporte.	Laparotomía según hallazgos y estabilidad.
Lesión esplénica	Daño traumático al bazo, órgano más afectado en trauma.	Muy frecuente en accidentes vehiculares.	Trauma contuso (lado izquierdo).	Dolor en hombro izquierdo (signo de Kehr), irritación peritoneal.	USG, TAC.	Monitorización en estables.	Laparotomía si hay sangrado o inestabilidad.
Lesión pancreática	Lesión del páncreas por compresión epigástrica.	Menos común pero de difícil diagnóstico temprano.	Golpe directo al epigastrio.	Dolor epigástrico, náusea, enzimas elevadas posteriormente.	TAC contrastado.	Estabilización inicial.	Laparotomía para reparación.
Lesión duodenal	Ruptura del duodeno secundaria a impacto.	Más común en impactos frontales (ej. manubrio bicicleta).	Compresión brusca del abdomen.	Aire retroperitoneal, hematemesis, sangre por SNG.	TAC	Reposición de líquidos y estabilización.	Laparotomía urgente.

BIBLIOGRAFIA:

American College of Surgeons. (2023). *Curso de Apoyo Vital Avanzado en Trauma (ATLS), 10ª edición*. Manual oficial traducido y adaptado para profesionales de habla hispana.

Secretaría de Salud. (2011). *Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento inicial del trauma torácico cerrado en el primer nivel de atención (GPC-SS-447-11)*. México: CENETEC.