



**MARIO MORALES ARGUETA**

**CUADRO COMPARATIVO**

**TÉCNICAS QUIRÚRGICAS BÁSICAS**

**6° "A"**

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez, Chiapas a 31 de mayo de 2025

## Traumatismo

Traumatismos	Definición	Epidemiología	Etiología	Clínica	Diagnostico	Tratamiento
<b>Neumotórax</b>	Aire en el espacio pleural que impide la expansión pulmonar y genera colapso parcial o total	Frecuente en trauma torácico cerrado o penetrante. También espontáneo o iatrogénico.	Trauma cerrado o penetrante- Espontáneo (jóvenes, fumadores)- EPOC, TBC- Iatrogénico	Disnea- Dolor torácico- Disminución de ruidos respiratorios- Hiperresonancia- En tensión: desviación traqueal, cianosis, ingurgitación yugular	Rx de tórax- Ecografía (FAST)- TAC	Simple: drenaje torácico- Tensión: aguja 2º EIC + drenaje- Abierto: sello oclusivo 3 lados + drenaje
<b>Hemotórax</b>	Sangre en el espacio pleural, secundario a trauma torácico	Común en heridas penetrantes y fracturas costales	Lesión de vasos intercostales, pulmonares o grandes vasos- Heridas penetrantes	Disnea, taquipnea- Hipotensión- Matidez a la percusión- Ruidos respiratorios abolidos en bases pulmonares	Rx de tórax (nivel hidroaéreo)- Ecografía (FAST)- TAC	Drenaje con tubo- Transfusión si shock- Toracotomía si: >1500 ml inicial >200 ml/h 2-4 h
<b>Tórax inestable</b>	Fractura de $\geq 2$ costillas contiguas, creando un segmento libre torácico.	Lesión severa frecuente en accidentes vehiculares	Trauma torácico cerrado grave	Dolor torácico intenso- Movimiento paradójico- Disnea- Hipoxia- Crepitaciones	Diagnóstico clínico- Rx de tórax para ver fracturas	Oxígeno de alto flujo- Analgesia (bloqueos, AINEs, opioides)- Ventilación mecánica si insuficiencia- Fijación quirúrgica si es necesario
<b>Taponamiento cardíaco</b>	Acumulación rápida de sangre o líquido en el pericardio, que limita el llenado ventricular y causa shock obstructivo.	Potencialmente mortal, más común en trauma penetrante	Trauma penetrante- Ruptura cardíaca- Disección aórtica	Triada de Beck: hipotensión, ingurgitación yugular, ruidos cardíacos apagados- Pulso paradójico- Disnea, taquicardia	Ecocardiografía urgente- Colapso auricular o derrame pericárdico	Pericardiocentesis urgente guiada por eco- Toracotomía de emergencia si paro cardíaco traumático

<b>Dissección aórtica</b>	Rotura de la capa íntima de la aorta, lo que permite la entrada de sangre entre las capas de la pared	Rara pero letal si no se diagnostica a tiempo.	Hipertensión- Marfan- Ehlers- Danlos- Disecciones previas- Bicúspide aórtica	Dolor torácico intenso, migrante- Signos neurológicos (en casos avanzados)- Pulso asimétrico	TAC con contraste- Ecocardiografía transesofágica	Estabilización hemodinámica- Cirugía vascular urgente
<b>Lesión traqueobronquial</b>	Ruptura o desgarro de la tráquea o bronquios principales, generalmente por trauma cerrado de alta energía o penetrante	Rara (<1% del trauma torácico), pero con alta mortalidad si no se trata rápidamente	Trauma torácico cerrado (accidentes vehiculares)- Heridas penetrantes- latrogénico (intubación)	Enfisema subcutáneo masivo- Neumotórax persistente tras drenaje- Hemoptisis- Estridor, disnea- Cianosis	TAC de tórax- Broncoscopia (diagnóstico definitivo)- Rx tórax (neumomediastino, colapso pulmonar)	Inicial: estabilización, oxígeno, drenaje si hay neumotórax- Definitivo: reparación quirúrgica (toracotomía o vía broncoscópica)

Traumatismo						
Traumatismo	Definición	Epidemiología	Etiología	Clínica	diagnostico	Tratamiento
<b>Traumatismo Esplénico</b>	Ruptura o laceración del parénquima esplénico, generalmente asociada a hemorragia interna.	Lesión más frecuente en trauma cerrado abdominal (~40%). Especialmente en accidentes de tráfico.	Trauma cerrado (impacto en hipocondrio izquierdo)- Caídas de altura- Deportes de contacto	Dolor en hipocondrio izquierdo- Signo de Kehr (dolor en hombro izquierdo)- Taquicardia, hipotensión- Irritación peritoneal	FAST positivo- TAC abdominal con contraste (en pacientes estables)- Hemoglobina en descenso	Conservador (observación, reposo) si estable y sangrado mínimo- Embolización en sangrado activo- Esplenectomía si sangrado masivo o inestabilidad hemodinámica
<b>Traumatismo Hepático</b>	Laceración o contusión del tejido hepático, con posible hemorragia significativa o lesión biliar	Segunda víscera más comúnmente lesionada. Alta mortalidad si sangrado severo no controlado.	Trauma cerrado (choque, compresión)- Armas blancas o de fuego	Dolor en hipocondrio derecho- Distensión abdominal- Hipotensión- Signos de shock si sangrado masivo	Ecografía FAST- TAC con contraste si estable- En inestables: laparotomía exploradora	Estable: manejo conservador- Embolización arterial selectiva- Inestable: cirugía (hepatorrafia, packing, resección segmentaria, control de daños)
<b>Traumatismo Duodenal</b>	Laceración, hematoma o perforación del duodeno por compresión o estallido	Poco frecuente. Alta mortalidad si diagnóstico tardío.	Aplastamiento contra columna vertebral (cinturón de seguridad)- Armas de fuego/blancas	Dolor epigástrico o abdominal alto- Vómitos, náuseas- Signos peritoneales tardíos- Enfisema retroperitoneal o aire libre	TAC abdominal con contraste (aire retroperitoneal, hematoma)- Laparotomía si hay sospecha clínica	Cirugía obligatoria: cierre primario, drenaje, derivaciones (duodenostomía)- Antibioticoterapia- Cuidado postoperatorio intensivo
<b>Traumatismo Pancreático</b>	Laceración o contusión del páncreas, con posible lesión del conducto pancreático.	Poco frecuente (<5%), pero se asocia a alta morbilidad por pancreatitis o fístulas	Trauma cerrado (impacto directo sobre epigastrio)- Armas penetrantes	Dolor epigástrico- Vómitos- Irritación peritoneal- Elevación de amilasa y lipasa -	TAC abdominal con contraste- RMN o CPRE si sospecha de lesión ductal- Amilasa/lipasa en sangre Conservador si no hay lesión ductal	Cirugía si hay lesión del conducto (pancreatectomía parcial, drenaje)- Antibioticoterapia y soporte nutricional