



Diego Alejandro Flores Ruiz

Cuadro comparativo

Técnicas quirúrgica básica

Sexto B

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas a 23 de mayo del 2025.

Entidad	Definición	Epidemiología	Etiología	Clínica (Signos y Síntomas)	Diagnóstico	Tratamiento Inicial	Tratamiento Definitivo
Neumotórax a tensión	Aire en el espacio pleural que aumenta progresivamente la presión, colapsando el pulmón y desviando el mediastino.	Emergencia común en trauma cerrado o penetrante torácico.	Trauma penetrante, ventilación mecánica, fracturas costales.	Disnea severa, hipotensión, ingurgitación yugular, desviación traqueal, ausencia de ruidos respiratorios.	Clínico, radiografía (cuando posible), ultrasonido (FAST).	Descompresión con aguja (5° espacio intercostal línea medio clavicular).	Toracostomía con tubo de drenaje torácico.
Hemotórax masivo	Acumulación de >1500 ml de sangre en el espacio pleural.	Lesiones vasculares grandes en trauma penetrante o cerrado.	Laceración de arterias intercostales, vasos pulmonares o grandes vasos.	Hipotensión, ausencia de ruidos respiratorios, matidez a la percusión, disnea.	Radiografía de tórax, ecografía (FAST), toracocentesis.	Reposición de volumen, toracostomía con tubo.	Toracotomía urgente si sangrado continuo o inestabilidad.
Hemotórax simple	Presencia de sangre en el espacio pleural, en menor cantidad que en el masivo (<1500 ml).	Frecuente en trauma torácico leve a moderado.	Fracturas costales, lesiones parenquimatosas.	Dolor torácico, disnea leve, matidez en base pulmonar.	Radiografía, ultrasonido.	Drenaje con tubo torácico.	Observación y tratamiento conservador si es pequeño.

Neumotórax abierto	Comunicación entre el espacio pleural y el exterior, igualando presiones.	Traumatismos penetrantes del tórax.	Heridas abiertas en pared torácica (balas, cuchillos).	Ruido de succión, disnea, cianosis, colapso pulmonar visible.	Clínico, radiografía si paciente estable.	Cubrir la herida con apósito de 3 lados, oxígeno.	Cierre quirúrgico de la herida + drenaje torácico.
Taponamiento cardíaco	Acumulación de sangre o líquido en el pericardio que limita el llenado cardíaco.	Más común en trauma penetrante (puñaladas, balas).	Lesión cardíaca, ruptura de vasos pericárdicos.	Triada de Beck: hipotensión, ruidos cardíacos apagados, ingurgitación yugular; taquicardia, disnea.	Ecocardiograma FAST, ecocardiografía.	Pericardiocentesis urgente.	Toracotomía o esternotomía para control de la hemorragia.
Tórax inestable (volet costal)	Fractura de ≥ 3 costillas consecutivas en ≥ 2 puntos, que causa movimiento paradójico del segmento.	Lesión común en trauma cerrado con impacto directo.	Accidentes de tránsito, caídas, golpes directos.	Dolor torácico intenso, disnea, movimiento paradójico del tórax.	Clínico, radiografía, tomografía.	Analgesia, soporte ventilatorio si necesario, oxígeno.	Fijación quirúrgica en casos graves o con falla respiratoria.

Aspecto	Trauma Esplénico	Trauma Hepático	Trauma Duodenal	Trauma Pancreático
Definición	Lesión del bazo por trauma contuso o penetrante.	Lesión del hígado por trauma contuso o penetrante.	Lesión del duodeno por trauma contuso o penetrante.	Lesión del páncreas por trauma contuso o penetrante.
Epidemiología	Segundo órgano más lesionado en trauma abdominal; común en niños.	Órgano más frecuentemente lesionado en trauma abdominal.	Lesiones poco frecuentes; representan <5% de traumas abdominales.	Lesiones raras; representan 0.2–12% de traumas abdominales.
Etiología	Trauma contuso (accidentes vehiculares, caídas); trauma penetrante.	Trauma contuso (accidentes vehiculares); trauma penetrante.	Trauma contuso (accidentes vehiculares); trauma penetrante.	Trauma contuso (accidentes vehiculares); trauma penetrante.
Clínica	Dolor en cuadrante superior izquierdo; signos de hipovolemia; signo de Kehr.	Dolor en cuadrante superior derecho; signos de hipovolemia; distensión abdominal.	Dolor epigástrico; vómitos; signos de peritonitis.	Dolor epigástrico; náuseas; vómitos; signos de peritonitis.
Diagnóstico	Ecografía FAST; TC abdominal con contraste; hemograma.	Ecografía FAST; TC abdominal con contraste; hemograma.	TC abdominal con contraste; estudios endoscópicos; laboratorio.	TC abdominal con contraste; niveles de amilasa/lipasa; CPRE o colangiorresonancia si se sospecha lesión ductal.
Tratamiento Inicial	Estabilización hemodinámica; reposo; transfusiones si es necesario.	Estabilización hemodinámica; reposo; transfusiones si es necesario.	Estabilización hemodinámica; antibióticos; preparación para cirugía.	Estabilización hemodinámica; ayuno; analgesia; antibióticos.
Tratamiento Definitivo	Conservador en lesiones leves; embolización o esplenectomía en casos graves.	Conservador en lesiones leves; embolización o hepatorrafia en casos graves.	Reparación quirúrgica primaria; duodenostomía o derivaciones en casos complejos.	Conservador en lesiones leves; resección pancreática o drenaje en lesiones graves.