



Nombre del Alumno: Leonardo López Roque

Nombre del tema: Trauma torácica y abdominal

Parcial: 3ro

Nombre de la Materia: Clínicas quirúrgicas básicas

Nombre del profesor: Dr Flores Gutiérrez Erick
Antonio

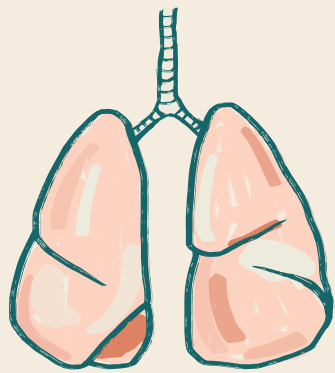
Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

Semestre: 6to

Grado y grupo: 6to B

Fecha de entrega: 24 de mayo del 2025

Comitan de dominguez, chiapas 24 de mayo del 2025



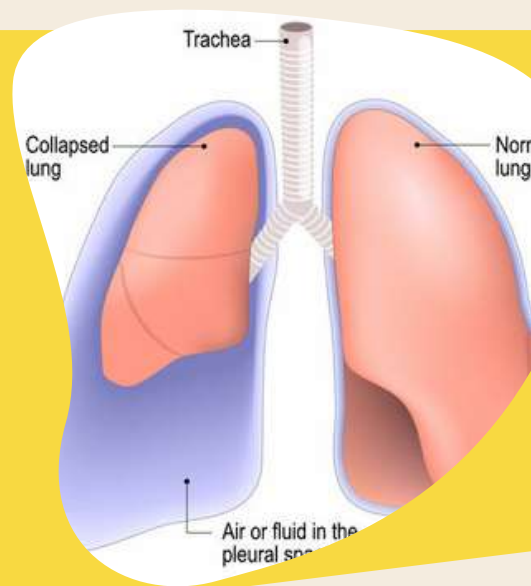
Neumotórax simple

Leonardo Lopez Roque

1 ¿QUÉ ES?

Secuencia de la entrada de aire al espacio virtual entre la pleura visceral y la parietal.

- Producida por un trauma penetrante o no
- Anómala de ventilación - perfusión



2 EPIDEMIOLOGIA

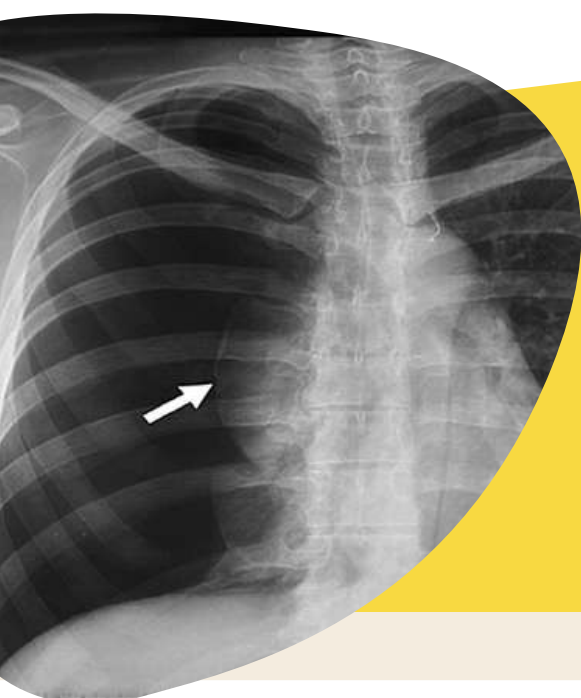
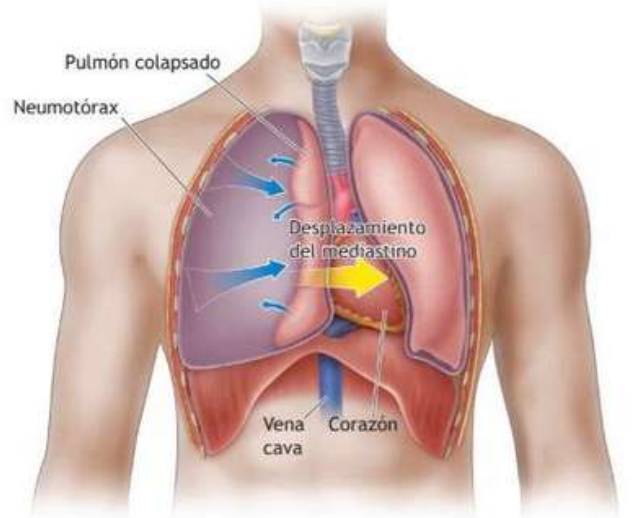
Causas comunes: La laceración del pulmón con fuga

- 25% predominio en hombre
- 35% causa penetrante
- 10% causa no penetrante



3 CLINICA

- Dolor torácico repentino
- Disnea
- Ruidos respiratorios disminuidos (lado afectado)
- Hiperresonancia
- Taquicardia
- Fatiga
- Cianosis

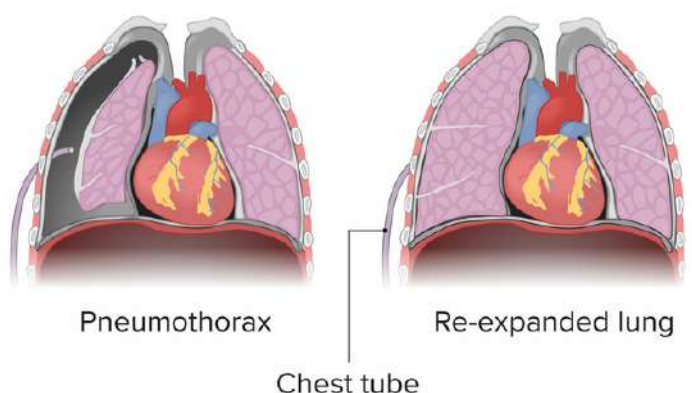


4 DIAGNOSTICO

- Se evalúan los movimientos de la pared torácica
- Evaluar los ruidos respiratorios
- Radiografía: hiperresonancia (radiopaco)
- Desviación de la línea traqueal y mediastino
- Pulmón colapsado

5 TRATAMIENTO

- Colocación de un tubo de tórax en el quinto espacio intercostal - línea media axilar
- Observación y aspiración de un neumotórax
- Considerar neumotórax menor el tratamiento con alto flujo >15 L/min
- Pleurostomía con sonda endopleural de 28 fr en E.I.C - línea axilar anterior





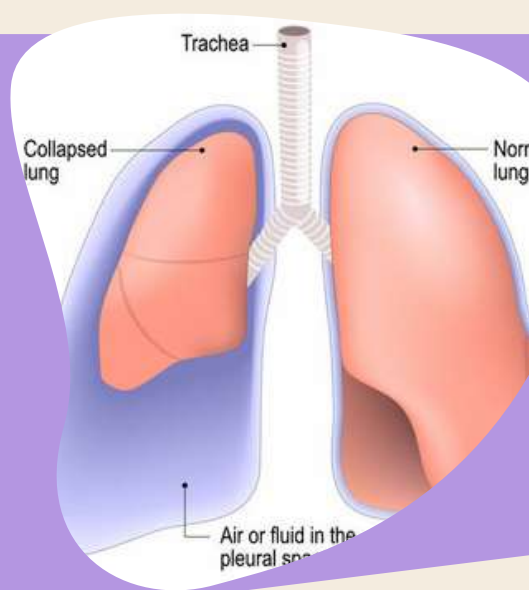
Neumotórax a tensión

Leonardo Lopez Roque

1 ¿QUÉ ES?

Lesión que ocurre cuando se filtra aire através de una válvula unidireccional donde el pulmón o a través de la pared torácica.

- El aire es forzado al espacio pleural sin tener vía de escape
- Comprimiendo el pulmón contralateral



2 EPIDEMIOLOGÍA

2

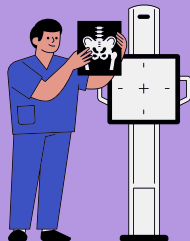
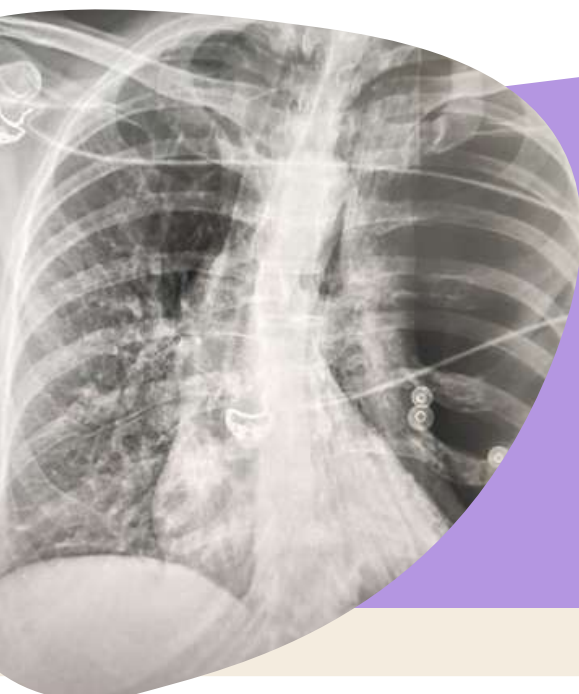
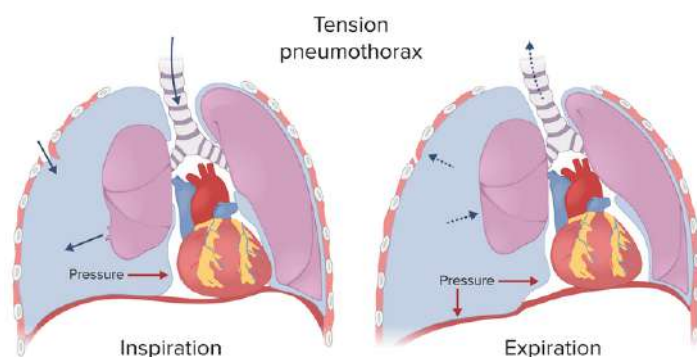
Principal causa: uso de ventilación mecánica invasiva en pacientes con lesión pleural visceral

- Pacientes jóvenes 20 - 40 años de edad
- Frecuencia: Ipsilateral 30% y 10% contralateral
- Fractura vertebral torácicas muy desplazadas
- Trauma penetrante



3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Dolor torácico
- Disnea
- Dificultad respiratoria
- Taquicardia
- Hipotensión
- Desviación traqueal hacia el lado opuesto a la lesión
- Ausencia unilateral de ruidos respiratorios
- Hemitórax elevado sin movimiento respiratorio
- Distensión de venas del cuello
- Cianosis



4 DIAGNOSTICO

4

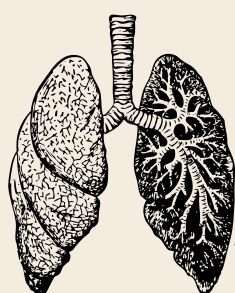
Clínica

- Tono hiperresonante a la percusión + venas del cuello distendidas
- Ruidos respiratorios ausentes
- Taquicardia + hipotensión
- Desviación contralateral de la tráquea
- Radiografía
- Ecografía FAST extendido

5 TRATAMIENTO

- Elección: Descompresión en 5to E.I.C en LAA con aguja de 8 cm.
- Sonda de pleurostomía de 28 a 32 fr en 5to E.I.C - LMA





Neumotórax abierto

Leonardo Lopez Roque

1 ¿QUÉ ES?

Apertura de la pared torácica con intercambio entre presión intratorácica y atmosférica.

- Defecto impidiendo la adecuada expansión
- Conocida como herida torácica succionante
- Tiende a seguir resistencia



2 EPIDEMIOLOGIA

2

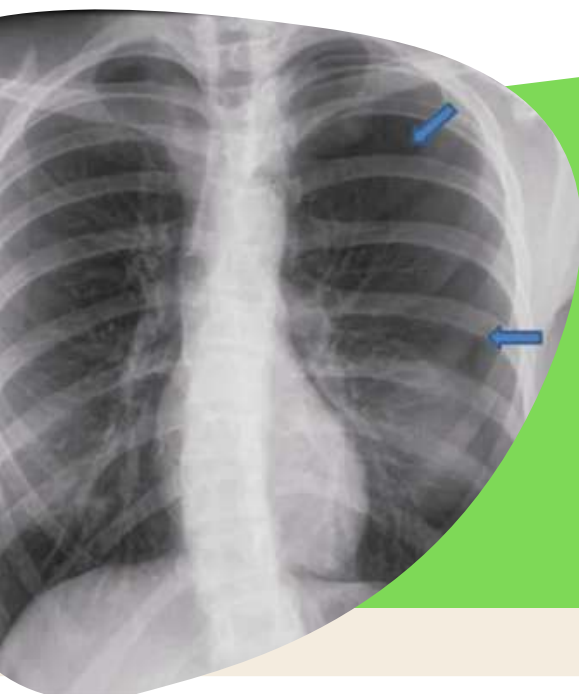
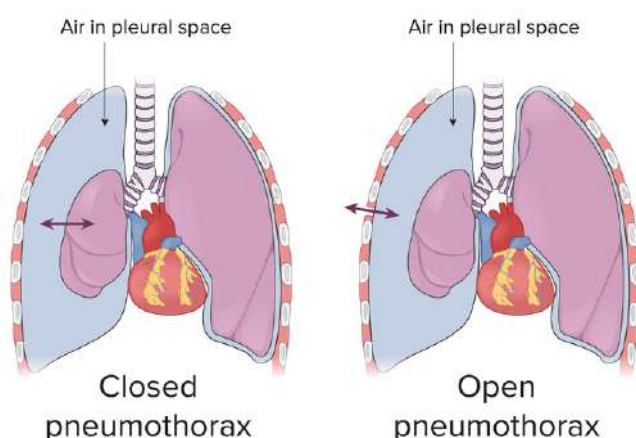
Causa común: herida penetrante del toráx

- Incidencia: mujeres 30%
- Cateterismo venoso central y aspiración de una aguja



3 CUADRO CLÍNICO

- Dolor torácico
- Timpánico a percusión
- Hipoxia e hipercapnia
- Taquipnea
- Ruidos respiratorios disminuidos
- Dificultad para respirar



4 DIAGNOSTICO

4

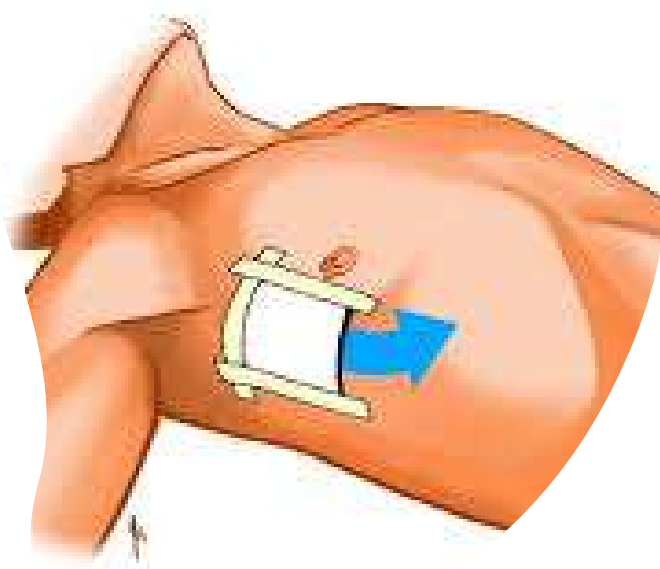
Clínico más antecedentes de trauma penetrante

- Evaluación signos y síntomas
- Radiografía de tórax (determina la borde pleura visceral)

5 TRATAMIENTO

Inicia.: válvula unidireccional (apósito oclusivo en solo 3 lados)

- Tubo pleural 5to E.I.C L.M.A (alejado de la lesión) y reparación quirúrgica del defecto
- Drenaje pleural (prevenir neumotórax)





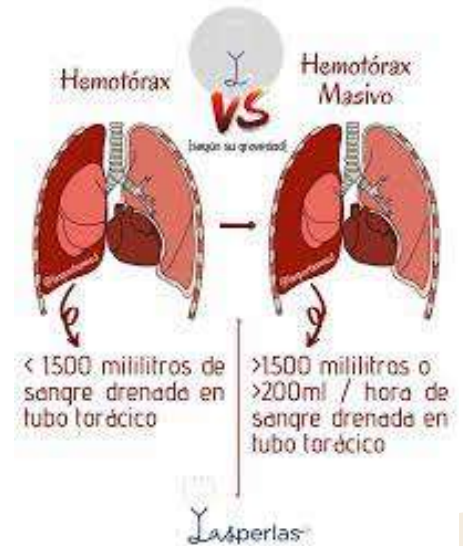
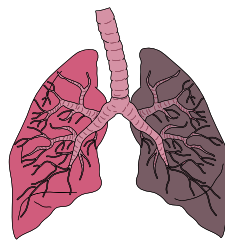
Hemotórax masivo

Leonardo Lopez Roque

1 ¿QUÉ ES?

Hemotórax: Es un tipo de derrame pleural el cual se acumula sangre <1500 ml

Masivo: acumulación de sangre >1500 ml o drenaje >200 ml/hora (2 - 4 horas) o > del % volumen sanguíneo del tórax



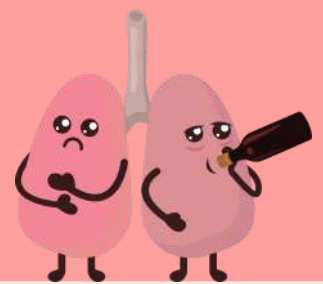
ETIOLOGÍA

2



Principal causa: Asociación lesión de vasos intercostales

- Lesión de herida penetrante a vasos sistémicos
- Trauma cerrado
- Politraumatismo 60%



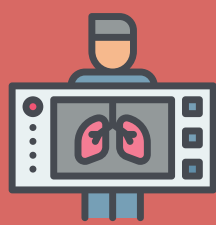
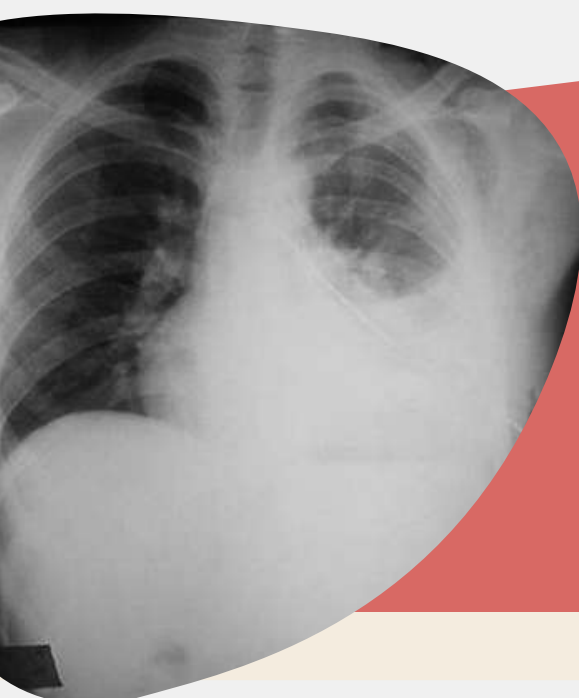
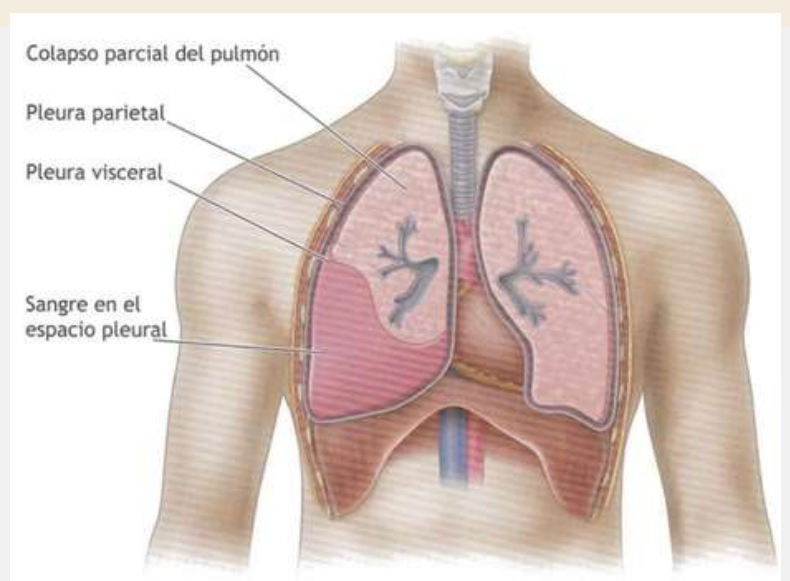
3 CUADRO CLÍNICO

Masivo

- Choque hipovolémico
- Venas el cuello aplanadas
- Desviación del mediastino
- Ausencia de ruidos respiratorios

Hemotórax:

- Ausencia murmullos vesiculares
- Matidez a la percusión



DIAGNOSTICO

4

Masivo: clínica + radiografía

- Opacidad total
- Desplazamiento de las estructuras mediales al lado contralateral

Hemotórax: radiografía

- Se confirma mediante Toracocentesis

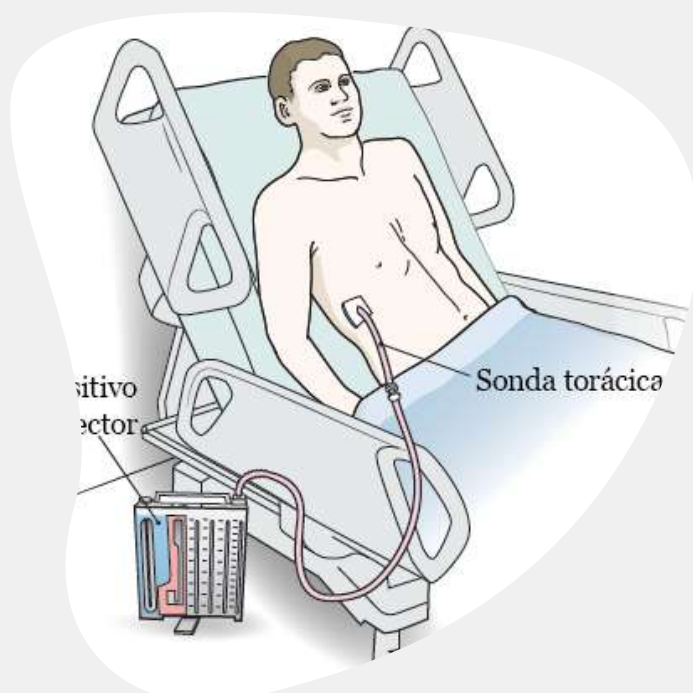
TRATAMIENTO

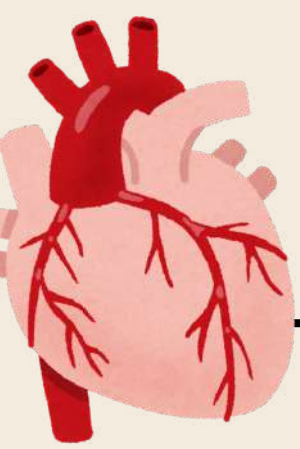
Tratamiento inicial:

- Masivo: Reposición de volumen + descompresión con sonda endopleural de 28 a 32 fr en 5to E.I.C LAA

Tx definitivo

- Hemotórax: sonda pleurostomía de gran calibre (28-36fr) 5to E.I.C LAA
- Masivo: Toracotomía si presenta >1500 ml de sangre/ 2 - 4 horas





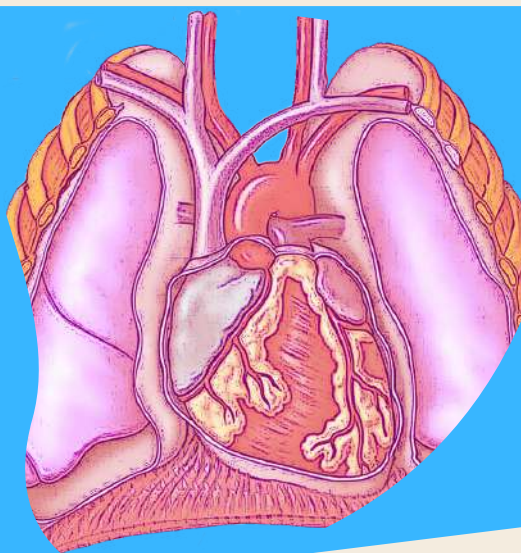
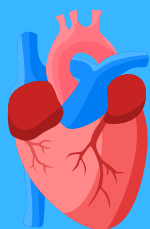
Taponamiento cardiaco

Leonardo Lopez Roque

1 ¿QUÉ ES?

Acumulación de sangre en cavidad pericárdica que dificulta llenado cavidades, asociado a un trauma penetrante.

- Actividad eléctrica sin pulso
- Disminución ingreso de sangre al corazón
- Compresión por la acumulación de líquido al corazón



2

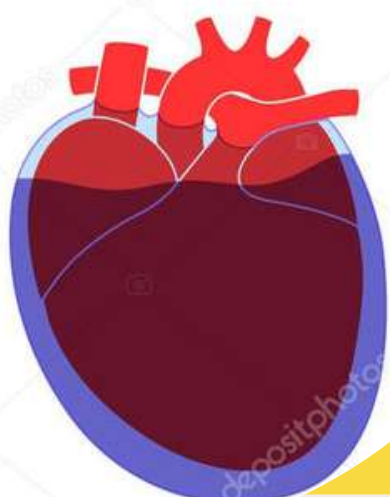
ETIOLOGÍA

Causa común: lesiones penetrantes

- Lesiones contusas
- Causa de trauma el 10%



PERICARDIAL EFFUSION



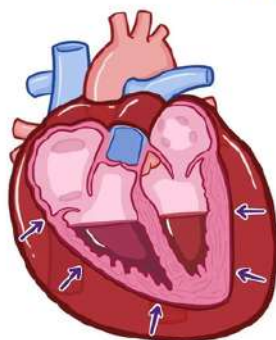
3 CUADRO CLINICO

Triada de Beck

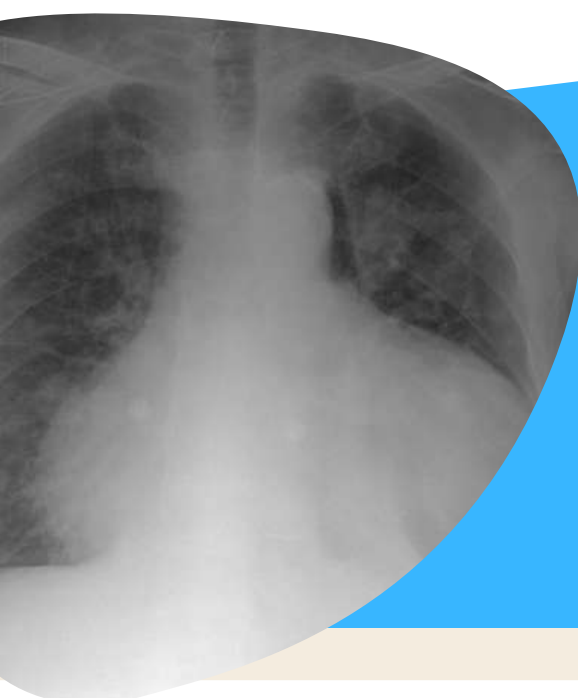
- Hipotensión arterial
- Disminución de ruidos cardiacos
- Ingurgitación yugular



CARDIAC TAMPONADE



EXCESSIVE FLUID ACCUMULATION
in PERICARDIAL SAC
↓
FILLING of CARDIAC CHAMBERS
↓
CARDIAC OUTPUT



4 DIAGNOSTICO

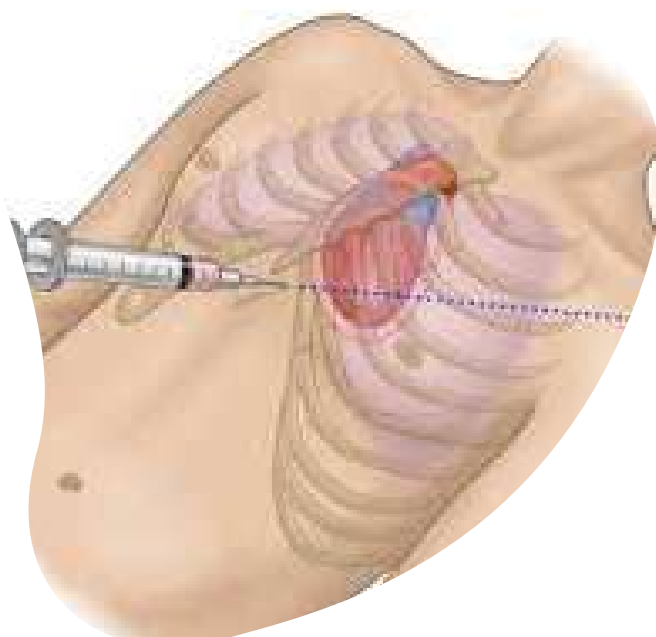
Clínica + USG FAST

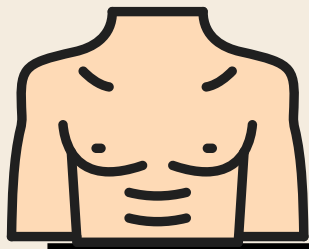


- Ecografía: identificar el taponade cardiaco
- FAST: presencia 90-95% liquido pericárdico
- Ultrasonografía: evaluar disfunción miocárdica y llenado ventricular

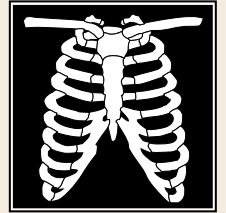
5 TRATAMIENTO

- Realizar toracotomía o esternotomía de emergencia
- Pericardiocentesis
- Pericardiocentesis con técnica de Seldinger





Toráx inestable



Leonardo Lopez Roque

1 ¿QUÉ ES?

Producto de la fractura de 2 o más costillas adyacentes con alteración en cinética de ventilación

- Segmento de la pared torácica no tiene continuidad ósea en el resto de la caja torácica



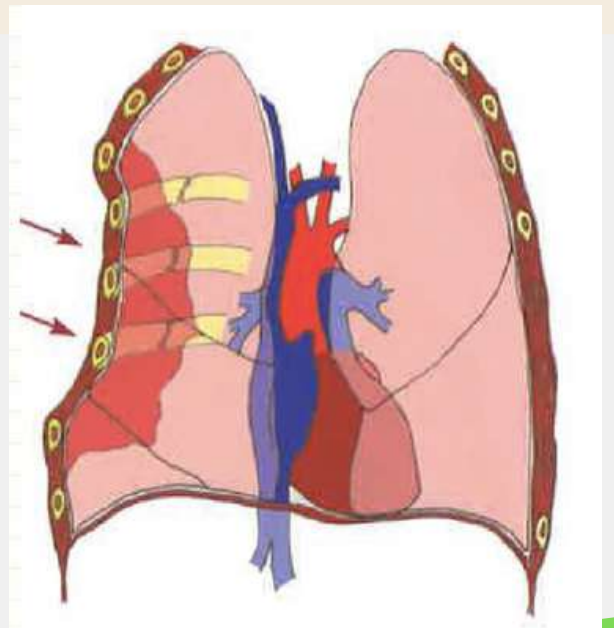
2 EPIDEMIOLOGIA

Principales causas:

- Trauma múltiples fracturas costales
- 15% puede provocar la muerte
- 7% ocurren en los traumáticos
- Fracturas costales concomitantes

3 CUADRO CLINICO

- Insuficiencia respiratoria
- Disnea
- Taquipnea
- Hemoptisis
- Hipoxemia severa
- Movimientos anormales al respirar
- Dolor torácico



4 DIAGNOSTICO

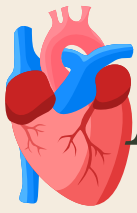
Clinica + radiografía

- Infiltrados alveolares
- Signo del gancho costal
- >3 costillas adyacentes y la 10ª costilla anterolaterales
- Disrupción costo condral

5 TRATAMIENTO

- Administración de oxígeno modificado, ventilación adecuada y reanimación con líquidos
- Administración de cristaloides IV
- Analgesia
- Fisioterapia ventilatoria





Dissección traumática de la aorta

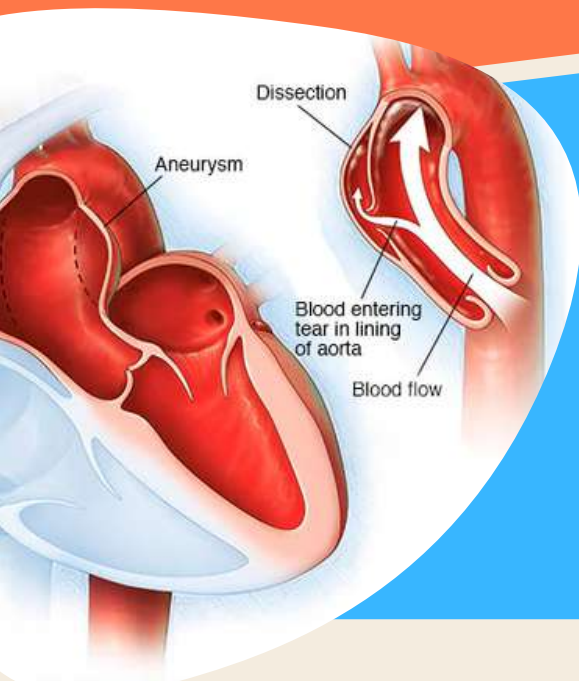
Leonardo Lopez Roque



1 ¿QUÉ ES?

Dissección asociada a un trauma por deceleración caídas de gran altura o accidentes de tránsito.

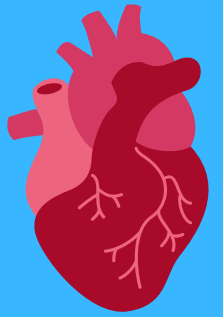
- Creación de una falsa luz por desgarro íntima con paso a la capa media de la pared aortica
- Separación de sus capas



EPIDEMIOLOGIA 2

Causa más común: caídas de gran altura o accidentes de tránsito

- Aneurisma aortica torácica
- enfermedades del tejido conectivo
- Valvulopatía diagnosticada



3 CUADRO CLINICO

Dolor torácico + hipotensión refractaria

- Pulso disminuido o ausente
- Déficit neurológico focal
- Murmullo de la regurgitación de válvula aórtica

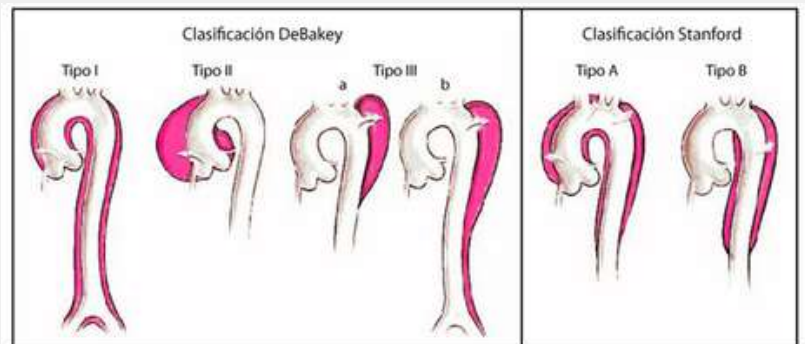
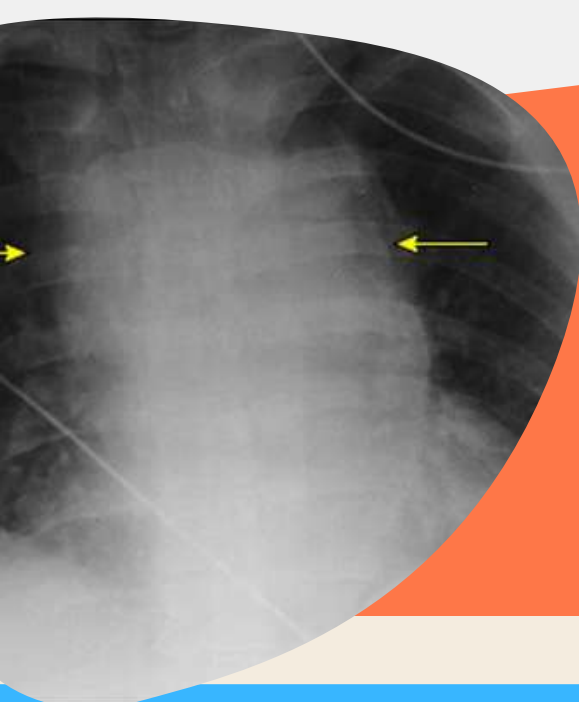


Figura 2. Clasificación de DeBakey y de Stanford de la discción aórtica (reproducido con autorización de: Kouchoukos, Dougenis, Medical Progress: Surgery of the Thoracic Aorta. N Eng J Med 1997; 336: 1876 – 1888, todos los derechos reservados).



DIAGNOSTICO

Inicial: Radiografía torácica
ensachamiento mediastinal >8 cm
obliteración de botón aórtico + desviación de tráquea o esófago a la derecha

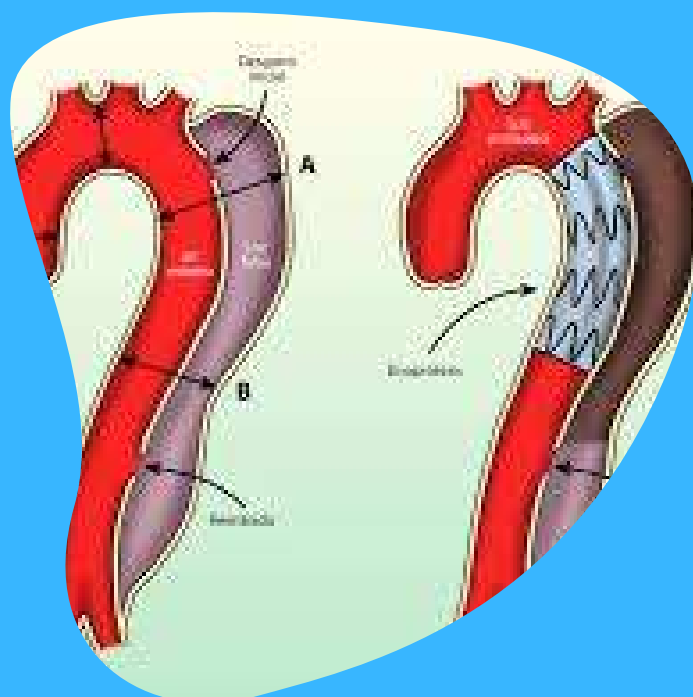
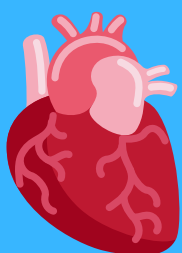
- Confirmatorio: anaiotomografia



5 TRATAMIENTO

Tratamiento inicial: controlar la TA con esmolol (meta <80 LPM y TAM de 60-70 mmhg) alternativa: nicardipino, nitroglicerina o nitropusiato

- Definitivo: drenaje amplio espacio pleural y mediastino con reparación directa de la lesión



Rutura esofágica por trauma

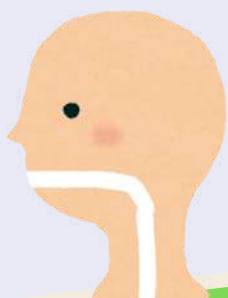
Leonardo Lopez Roque



1 ¿QUÉ ES?

Se caracteriza por ser trauma cerrado con desgarro línea por aumento de presión intraabdominal hacia el esófago

- Suele ser más frecuente por trauma penetrante



ETIOLOGÍA

2

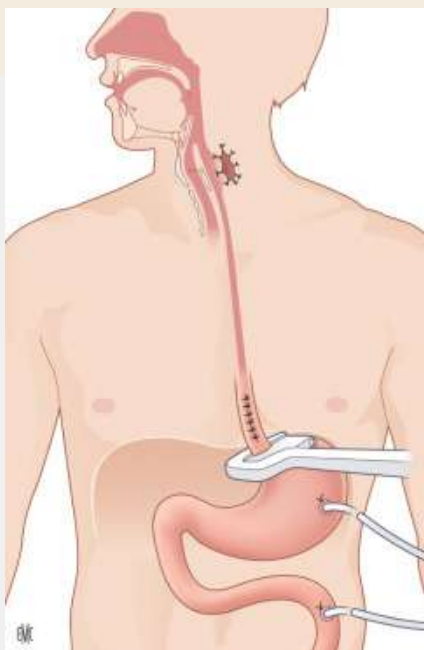
Causa común por trauma penetrante

- Puede ser mortal 10 - 40%
- Puede ser causado por procedimiento médico
- Es muy raro padecer de una ruptura esofágica

3 CUADRO CLÍNICO

Se presenta como un hemo o neumotórax

- Golpe en la parte inferior del esternón
- Epigastrio con dolor o shock
- Sin lesión aparente



DIAGNOSTICO

4

Radiografía:

- Se encuentra aire en mediastino

Se confirma mediante:

- Tac con contraste
- Endoscopia

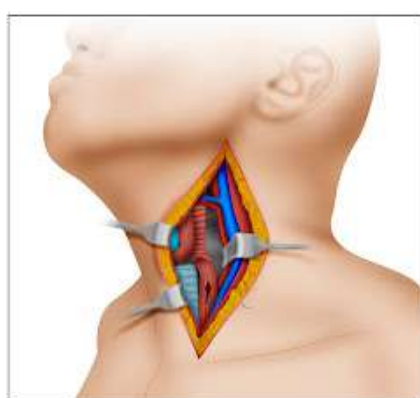


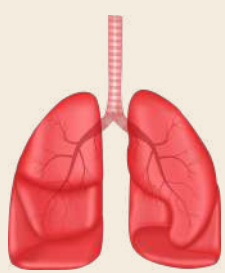
TRATAMIENTO

5

Tratamiento definitivo:

- Drenaje amplio del espacio pleural y mediastino, con reparación directa de la lesión





Lesión del árbol traqueobronquial



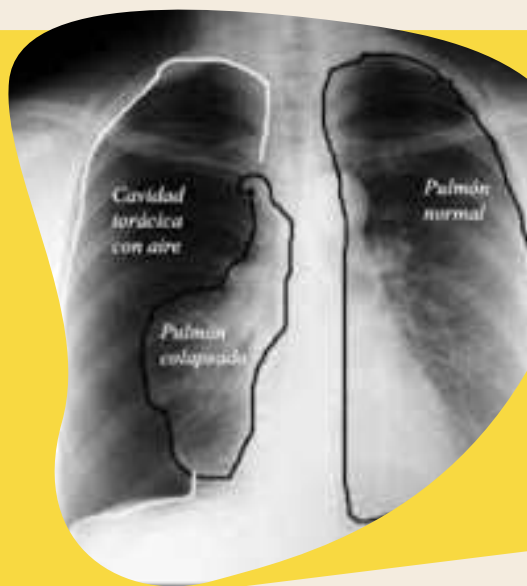
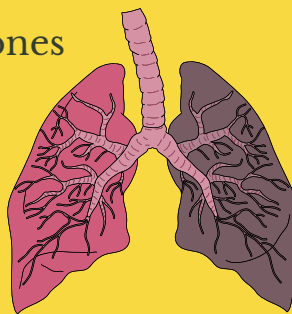
Leonardo Lopez Roque

1

¿QUÉ ES?

Es 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 más afectado

- Lesiones asociadas a complicaciones
- Mayor índice de mortalidad



EPIDEMIOLOGIA

2

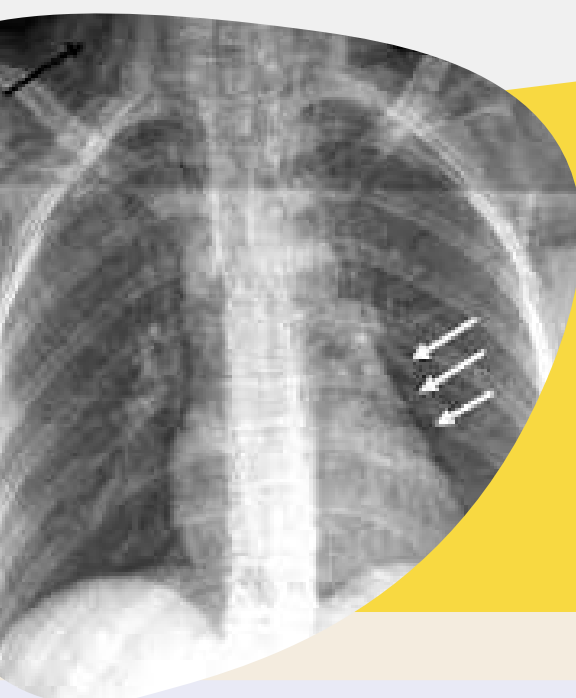
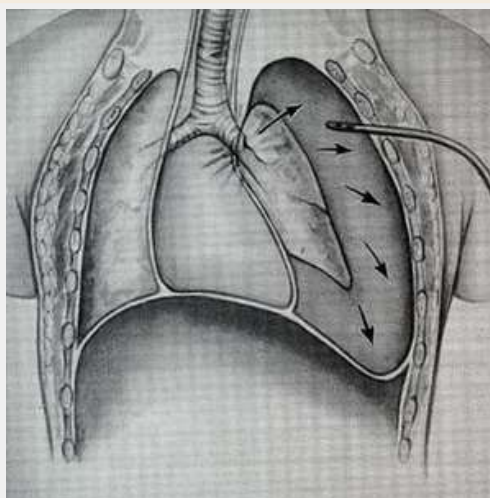
Son pocos frecuentes

- Incidencia del 1 al 2% de los casos
- Pueden presentarse en <40 años
- Afectación más común: lóbulo derecho
- Tipo de lesión: cerrada



3 CUADRO CLINICO

- Hemoptisis
- Neumotórax hipertensivo
- Enfisema subcutáneo cervical
- Salida de grandes cantidades de aire posterior a la colocación de sonda endopleural



DIAGNOSTICO

4

Clínico + broncoscopía

- Estudio confirmatorio: broncoscopía (Gold estándar)



5 TRATAMIENTO

Tratamiento inicial:

- Colocación de vía aérea definitiva, generalmente en pacientes críticos si requieren asistencia endotraqueal con fibra óptica

Tratamiento definitivo:

- Intervención quirúrgica temprana en pacientes estables y inestables - resolver inflamación y edema



Tipo de trauma	Lesión esplénica	Lesión pancreática	Lesión hepática	Lesión de duodeno o vísceras huecas
Clasificación	Trauma cerrado por abdomen	Trauma cerrado por abdomen	Trauma penetrante por abdomen	Trauma penetrante por abdomen
Clínica	- Dolor del hipocondrio izquierdo - Fatiga - Ictericia	- Dolor abdominal - Taquicardia - Vómitos - Fiebre	- Dolor intenso en el hipocondrio derecho - Fatiga - Ictericia	- Dolor abdominal intenso - Vómitos y náuseas - Hematoquecia - Hematemesis
Evaluación primaria	- Control de la hemorragia - Empleo de cristaloides - Signos vitales	- Grado 1 y 2 pueden ser tratados – conservador - Signos vitales - Estado hemodinámico	- Signos vitales - Estabilidad hemodinámica - Ausencia de signos de irritación - Exclusión de lesiones de vísceras huecas	- Control de hemorragia - Signos vitales - Control inmediato de contaminación gastrointestinal - Crepitación de la fascia
Causa	- Lesión contusa abdominal	- Trauma directa penetrante y contuso	- Trauma por causa contuso penetrante	- Colisiones vehiculares - Contusión y trauma penetrante
Diagnóstico	- Anamnesis: contusión, identificar mecanismo de trauma - Estudio Fast – método de elección - TAC abdominal	- Manejo clínico - TAC - Elección; FAST (cuantificar líquido) - Colangiopancreatografía - Laparotomía (confirmación)	- FAST - TAC abdominal	- Aspirado gástrico sanguinolento - Radiografía abdominal - TAC
Evaluación secundaria	- Casos avanzados: transfusión sanguínea - Manejo hemodinámico	- Grado 3 se deriva a cirugía - Control de hemorragia - Drenaje externo	- Extrasanguinación – intervención quirúrgica - Control de hemorragias - Fluidoterapia	- Técnica de doble capa - Manejo avanzado de reparación duodenal - Estabilización hemodinámica
Manejo quirúrgico	- Esplenorrafia - Esplenectomía total laparoscópica	- Pancreatectomía - Pancreatectomía distal + drenaje	- Laparotomía supraumbilical	- Laparotomía de urgencia

Bibliografía

Dragonfly Media Group. (2018) Soporte Vital Avanzado en Trauma. Manual de curso para estudiantes. ATLS. 10ª edición

Delany, H. M., & Jason, R. S. (2012). *Abdominal Trauma: Surgical and Radiologic Diagnosis* (1981a ed.). Springer.