



Carlos Alberto Hernández Meza

DR. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Técnicas quirúrgicas

Grado: 6

PASIÓN POR EDUCAR

Grupo: B

traumatismo	Definición	Epidemiología	Etiología	Clínica signos y síntomas	Diagnostico	Tratamiento	Tratamiento definitivo
Neumotórax	Aire en espacio pleural sin compromiso hemorrágico	Frecuente en trauma cerrado (fractura costal)	Ruptura alveolar o pleural por trauma cerrado	Dolor torácico, disnea, murmullo vesicular disminuido	Rx de tórax, TAC, EFAST	Oxígeno, observación si pequeño.	Drenaje pleural si >20% de colapso o síntomas
Neumotórax atención	Aire atrapado en espacio pleural que colapsa el pulmón y desplaza estructuras mediastinales	Emergencia letal sin intervención	Lesión valvular en pleura por trauma penetrante o cerrado	Disnea grave, hipotensión, desviación traqueal, ingurgitación yugular	Diagnóstico clínico. Rx confirmatorio si tiempo lo permite	Descompresión con aguja (2° EIC), luego tubo de tórax.	Drenaje pleural continuo. Manejo hospitalario
Neumotórax abierto	Comunicación entre pleura y exterior	Trauma penetrante del tórax.	Arma blanca, proyectil u objeto penetrante	Succión audible, colapso pulmonar, hipoxia	Diagnóstico clínico. Rx de tórax.	Cierre parcial con apósito de 3 lados, oxígeno	Cierre quirúrgico, drenaje pleural.
Hemotórax simple	Acumulación de sangre en espacio pleural	Común en trauma cerrado/ penetrante.	Lesión vascular intercostal o parenquimatosa.	Disnea, matidez a la percusión, murmullo vesicular v	RX, EFAST, TAC	Drenaje pleural con tubo torácico	Seguimiento. Toracotomía si drenaje persistente.
Hemotórax masivo	>150 ml de sangre en pleura o >200 ml/h durante 2-4hrs	Alta mortalidad sin cirugía	Lesión de vasos mayores (arteria pulmonar, cava).	Shock, taquicardia, ingurgitación yugular, hipoventilación	RX, EFAST, TAC	Drenaje torácico, líquidos IV.	toracotomía urgente. Corrección quirúrgica del vaso lesionado.

Tórax inestable	Fractura mayor o igual 3 costillas en >2 sitio	Presente en traumas severos de tórax cerrado.	Choques vehiculares, caídas	Dolor intenso, disnea, movimiento paradójico.	Rx de tórax, TAC.	Analgesia, oxígeno, estabilización externa	Ventilación mecánica, fijación quirúrgica del segmento
Taponamiento cardíaco	Acumulación de sangre en pericardio que limita llenado cardíaco	Letal si no se trata. Común en trauma penetrante	Herida cardíaca (arma blanca/fuego).	Triada de Beck: hipotensión, ruidos cardíacos apagados, ingurgitación yugular.	EFAST, ecocardiograma	Pericardiocentesis	Toracotomía urgente y reparación cardíaca.
Contusión pulmonar	Hemorragia y edema del parénquima pulmonar sin laceración	30-70% de traumatismos torácicos cerrados	Choques de alta energía.	Disnea, hipoxia, estertores, hemoptisis	RX, TAC, gasometría.	Oxígeno, analgesia, soporte respiratorio.	Ventilación mecánica si grave. Fisioterapia respiratoria.
Lesión de árbol traqueobronquial	Ruptura de tráquea o bronqueo primario	Rara (<2%) pero grave. Alta mortalidad si no se detecta	traumatismo cerrado con compresión torácica.	Enfisema subcutáneo, hemoptisis, dificultad respiratoria	TAC, broncoscopía.	Vía aérea segura, oxígeno.	Cirugía reparadora urgente.
Disección de aortica traumática	Ruptura o desgarró de la aorta	80-90% mortalidad si no se trata	Desaceleración súbita (accidentes).	Dolor torácico severo, shock, diferencia de pulsos.	TAC con contraste, Rx: ensanchamiento mediastinal	Estabilización hemodinámica.	Reparación endovascular o quirúrgica.
Ruptura esofágico traumático	Desgarro del esófago por trauma	Muy raro. Grave si no se detecta.	Golpe directo, instrumental, explosiones.	Dolor retroesternal, disfagia, fiebre, sepsis.	TAC, esofagografía, endoscopia.	Ayuno, antibióticos, soporte vital.	Reparación quirúrgica urgente

	directo o iatrogénico						
--	--------------------------	--	--	--	--	--	--

Tipo / Lesión	Definición	Epidemiología	Etiología	Clínica (Signos y Síntomas)	Diagnóstico	Tratamiento
Traumatismo cerrado de abdomen	Lesión interna abdominal sin ruptura de la piel	Común en accidentes de tránsito (50-75% de trauma abdominal)	Accidentes vehiculares, caídas, agresiones	Dolor abdominal, defensa muscular, distensión, equimosis (signo de cinturón de seguridad), signos de shock	FAST, TAC abdominal, Rx, laboratorios	Inicial: ABC, líquidos IV, estabilización hemodinámica. Definitivo: Conservador o cirugía si hay hemorragia o perforación
Traumatismo penetrante de abdomen	Lesión que atraviesa la piel y penetra la cavidad abdominal	Mayor incidencia en áreas urbanas y en hombres jóvenes	Armas blancas (cuchillos), armas de fuego	Hemorragia externa, evisceración, dolor, signos peritoneales, hipotensión	Primaria: Evaluación ABCDE. Secundaria: TAC, LPD, exploración bajo anestesia	Inicial: Estabilización, líquidos, antibióticos. Definitivo: Cirugía exploratoria si hay inestabilidad, evisceración o peritonitis
Lesión esplénica	Lesión traumática del bazo, común en trauma cerrado	40% de lesiones viscerales en trauma cerrado	Accidente de tránsito, caídas, deportes de contacto	Dolor en hipocondrio izquierdo, signo de Kehr, hipotensión	FAST, TAC con contraste	Inicial: Estabilización. Definitivo: Conservador si estable; esplenectomía si inestable
Lesión hepática	Daño al hígado por trauma	15-45% de las lesiones abdominales	Trauma cerrado, heridas penetrantes	Dolor en hipocondrio derecho, signos de shock,	TAC, FAST, enzimas hepáticas	Inicial: Manejo hemodinámico. Definitivo: Conservador en lesiones leves;

				distensión abdominal		cirugía en casos graves
Lesión de duodeno / vísceras huecas	Perforación o contusión de intestino delgado o colon	Menos frecuente, pero de alta morbilidad si no se detecta	Golpe directo, desaceleración, armas penetrantes	Dolor abdominal difuso, peritonitis, fiebre, vómitos, íleo	TAC con contraste oral/IV, radiografía de abdomen, LPD	Inicial: ABC, antibióticos. Definitivo: Cirugía urgente (resección, anastomosis o cierre)
Lesión pancreática	Traumatismo que compromete el páncreas, a menudo asociado a otras lesiones	Infrecuente (<5%), difícil de diagnosticar temprano	Golpes directos epigástricos, accidentes de tráfico	Dolor epigástrico, náuseas, vómitos, signos de irritación peritoneal	Amilasa/lipasa elevadas, TAC, CPRE	Inicial: Estabilización. Definitivo: Cirugía si hay lesión ductal o necrosis