



Oscar Eduardo Guillén Sánchez

Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Técnicas quirúrgicas básicas

PASIÓN POR EDUCAR

Cuadro comparativo

6to

“B”

Comitán de Domínguez Chiapas a 01 de junio del 2025

Trauma torácico	Definición	Epidemiología	Etiología	Clínica (signos y síntomas)	Diagnostico	Tratamiento inicial	Tratamiento definitivo
Neumotórax simple	Presencia de aire en el espacio pleural sin efecto de válvula	Común en trauma torácico cerrado	Fractura costal, ventilación mecánica, lesiones pulmonares	Disnea, dolor torácico, hipoventilación, disminución murmullo vesicular	Rx tórax, USG (EFAST), TAC	O2 suplementario, observación	Toracostomía con tubo
Neumotórax a tensión	Aire entra al espacio pleural y no puede salir, aumentando presión intratorácica	Potencialmente mortal	Ventilación mecánica, trauma penetrante, costillas fracturadas	Disnea severa, hipotensión, desviación traqueal, ingurgitación yugular	Diagnóstico clínico	Descompresión con aguja	Toracostomía con tubo
Neumotórax abierto	Comunicación directa entre pleura y el exterior (herida penetrante)	En trauma penetrante torácico	Heridas por arma blanca o fuego	Respiración paradójica, succión de aire por herida, hipoxia	Diagnóstico clínico	Cierre estéril 3 lados (válvula), O2	Toracostomía + cierre quirúrgico
Hemotórax	Acumulación de sangre en cavidad pleural	Frecuente en trauma torácico	torácico Lesión de vasos intercostales o pulmonares, fractura costal	Disnea, hipotensión, matidez a la percusión, ausencia de ruidos respiratorios	Rx tórax, EFAST, TAC	Toracostomía con tubo	Toracotomía si >1500 mL inicial o sangrado activo
Tórax inestable	2 o más fracturas en 2 o más costillas contiguas	Común en poli trauma	Trauma cerrado de alta energía (accidentes)	Respiración paradójica, dolor, hipoxia	Rx tórax, TAC	O2, analgesia, estabilización	Fijación quirúrgica en casos severos

Taponade cardiaco	Acumulación de líquido (sangre) en el saco pericárdico que compromete llenado cardíaco	Más frecuente en trauma penetrante	Trauma penetrante (heridas precordiales)	Triada de Beck: hipotensión, ruidos apagados, ingurgitación yugular	EFAST, ecocardiograma	Pericardiocentesis	Toracotomía urgente
Contusión pulmonar	Hemorragia e inflamación del parénquima pulmonar sin laceración	Frecuente en trauma cerrado	Choque directo (accidente, golpe)	Disnea, hipoxemia, hemoptisis, taquipnea	Rx tórax, TAC (mejor sensibilidad)	Oxigenación, restricción de líquidos	Soporte ventilatorio, fisioterapia
Lesión del árbol bronquial	Disrupción parcial o total de bronquios principales	Rara, grave	Trauma cerrado o penetrante	Enfisema subcutáneo, neumotórax persistente, hemoptisis	TAC, broncoscopia (diagnóstico definitivo)	Asegurar vía aérea, O ₂	Reparación quirúrgica
Diseción aortica traumática	Desgarro de la íntima de la aorta (generalmente en el istmo)	Mortal en trauma cerrado de alta velocidad	Desaceleración súbita (choques)	Dolor torácico, hipotensión, diferencia de pulsos	TAC con contraste, Rx tórax (ensanchamiento mediastínico)	Estabilización hemodinámica	Reparación quirúrgica endovascular o abierta
Ruptura esofágica	Laceración del esófago que permite fuga de contenido al mediastino	Muy rara, alta mortalidad si no se trata	Trauma penetrante, iatrogénica, vómito intenso (síndrome de Boerhaave)	Dolor torácico, fiebre, disnea, enfisema subcutáneo	Esofagograma, TAC con contraste oral	Ayuno, antibióticos, soporte	Reparación quirúrgica

Traumatismos abdominales	Definición	Epidemiología	Etiología	Clínica (signos y síntomas)	Diagnostico	Tratamiento inicial	Tratamiento definitivo
Traumatismo abdominal cerrado	Lesión intraabdominal sin penetración de la piel	Más común que el penetrante; jóvenes y hombres predominan	Accidentes automovilísticos, caídas, deportes de contacto	Dolor abdominal, distensión, defensa, signos de hipovolemia	EFAST, TAC con contraste, paracentesis	ABCD del trauma, líquidos IV, vigilancia	Quirúrgico si hay inestabilidad; manejo conservador en lesiones leves
Traumatismo abdominal penetrante	Herida que penetra la cavidad abdominal (arma blanca o fuego)	Mayor riesgo de lesión a órganos huecos	Arma blanca, proyectiles de arma de fuego, objetos punzocortantes	Herida visible, evisceración, signos de irritación peritoneal, shock	Exploración física, EFAST, TAC si estable, laparotomía exploradora	Estabilización hemodinámica, cobertura antibiótica	Laparotomía exploradora en caso de signos peritoneales o inestabilidad
Lesión esplénica	Ruptura o laceración del bazo con sangrado	Órgano sólido más frecuentemente lesionado en TAC	Trauma cerrado (choques, caídas)	Dolor en hipocondrio izquierdo, signo de Kehr (dolor referido al hombro), hipotensión	TAC con contraste, EFAST	Reposición de volumen, transfusión si necesario	Conservador si estable; esplenectomía o esplenografía si inestable
Lesión hepática	Laceración o hematoma del parénquima hepático	2do órgano sólido más lesionado	Trauma cerrado o penetrante	Dolor en HD, shock, distensión abdominal	EFAST, TAC con contraste	Reposición de volumen, vigilancia	Embolización selectiva o cirugía (hepatorrafia,

							resección) si inestable
Lesión de víceras hueca	Perforación o contusión que permite salida de contenido intestinal	Menos común que lesión de órganos sólidos; alta morbimortalidad si se retrasa	Más común en trauma penetrante; también por desaceleración	Dolor abdominal difuso, irritación peritoneal, fiebre, leucocitosis	TAC (neumoperitoneo, líquido libre), Rx abdomen, laparotomía	ABCD del trauma, antibióticos, líquidos	Reparación quirúrgica urgente (sutura, resección, anastomosis)
Lesión duodenal	Lesión específica del duodeno (víscera hueca retroperitoneal)	Rara; común en trauma cerrado (5% de trauma abdominal cerrado)	Golpes en epigastrio (volante, bici, riñas)	Dolor epigástrico, vómito, distensión, aire retroperitoneal	TAC contrastado (retardo de diagnóstico común), Laparotomía	Soporte hemodinámico, antibióticos	Reparación quirúrgica; según tipo (suturas, drenaje, derivaciones)
Lesión pancreática	Contusión, laceración o transección del páncreas	Infrecuente; 1-2% de traumatismos abdominales	Trauma cerrado con golpe epigástrico (volante, manubrio bici)	Dolor epigástrico, náuseas, vómitos, elevación amilasa/lipasa	TAC con contraste, amilasa sérica	Soporte, líquidos IV, ayuno, antibióticos	Conservador si sin conducto lesionado; cirugía si lesión ductal (drenaje o resección)