



Córdova Morales Adonis Omar

Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

Técnicas quirúrgicas básicas

Cuadro comparativo de traumas

6to. semestre

“C”

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas a 28 de mayo del 2025

Patología	Definición	Epidemiología	Clinica	Fisiopatología	Diagnostico	Tratamiento
Hemotórax masivo	Acumulación >1.5L de Sangre en la cavidad pleural	5-10% de los traumatismos torácicos cerrados o penetrantes Mortalidad traumática evitable	Disnea, hipotensión, matidez a la percusión, ausencia de ruidos resp.	compromiso ventilatorio + hipovolemia por pérdida sanguínea	Radiografía de tórax desplazamiento del mediastino * Ecografía (FAST torácico) * Tomografía (TAC de tórax)	* Estabilización inicial * Drenaje pleural inmediato * Cirugía (toracotomía) urgente →
Hemotórax a tensión	El aire entra al espacio pleural pero no puede salir y crea una presión + progresiva	* RARA * pequeña fracción (<1%) de los traumas torácicos	Disnea severa, hipotensión, desviación traqueal, dolor torácico unilateral	Sangre a presión (colapso al pulmón y desplazamiento mediastinal)	Diagnostico clínico, no debe retrasarse esperando estudios de imagen	* Descompresión inmediata * punción descompresiva * Toracostomía con tubo de tórax
Hemotórax Simple	acumulación de sangre en el espacio pleural menor a 1,500 ml	Alrededor del 30-50% con traumatismos subdiagnosticados si es pequeño y asintomático	Tos seca, Dolor torácico unilateral, Disnea leve o moderada, Sensación de presión torácica	Sangrado limitado en costillas, vasos pequeños	* Radiografía de tórax * Ecografía torácica (puede) * TAC de tórax * Toracocentesis	* Drenaje pleural * Videotoracoscopia (VATS)
Neumotórax abierto	comunicación directa entre el espacio pleural y el aire exterior	* 20-40% de los neumotórax traumáticos * heridas por arma blanca y de fuego * raro en pa no traumáticos	Succión de aire, sonido en la respiración, hipoxia, enfisema subcutáneo	Aire entra y sale del tórax libremente y causa colapso pulmonar	* Clínico * Radiografía de tórax * Ecografía (pocus)	cubrir con apósito de 3 lados, luego tubo torácico

Patología	Causa	Epidemiología	Clínica	Hallazgos Clave	Diagnóstico	Tratamiento Inicial
Taponade cardíaco	Acumulación de líquido, sangre o gas dentro del saco pericárdico q	Ocurre en el 1-2% de los pacientes con trauma torácico penetrante . Es más raro en trauma cerrado, pero posible en desaceleraciones severas.	Triada de Beck: hipotensión, ingurgitación yugular, ruidos cardíacos apagados	Pulso paradójico, ECG con alternancia eléctrica, ecocardiograma con líquido pericárdico	Ecocardiograma FAST (pericardio)	Pericardiocentesis urgente, drenaje quirúrgico luego cirugía
Lesión del árbol traqueobronquial	Ruptura, laceración o desgarro del árbol bronquial (bronquio derecho)	Muy baja: ocurre en aproximadamente 0.5-2% de todos los traumatismos torácicos cerrados y en <1% de los traumatismos torácicos penetrantes .	Enfisema subcutáneo, disnea, hemoptisis, neumotórax persistente o recidivante tras drenaje	Aire subcutáneo, colapso pulmonar que no se expande con tubo torácico	*Neumomediastino * Enfisema subcutáneo * TÁC torácico * Permite visualización directa de la lesión * También se usa para guía quirúrgica o terapéutica	Manejo de vía aérea, estabilización, cirugía,
Ruptura esofágica traumática	Trauma torácico severo o iatrogénico	Muy rara; representa menos del 1% de las lesiones torácicas traumáticas .	Dolor torácico, fiebre, disnea, enfisema subcutáneo	Neumomediastino, hidrotórax izquierdo, signo de Hamman (crepitación precordial)	Esofagografía con contraste hidrosoluble, TAC	Ayuno, antibióticos, cirugía urgente
Disección traumática de aorta	Disección aórtica con una rotura en la capa interna de la aorta	Es una lesión poco frecuente pero grave, ocurre en aproximadamente 1-2% de todos los pacientes con trauma cerrado torácico de alta energía .	Dolor torácico súbito, pulsos diferenciales, soplo en tórax	Mediastino ensanchado en RX, hemitórax izquierdo	Angio-TAC torácico y RX de tórax	Control de P/A urgente, cirugía endovascular o abierta

Tipo de Trauma	Definición	Mecanismo de Lesión	Epidemiología	Clínica	Diagnóstico	Tratamiento
Trauma Cerrado Abdominal	Lesión sin solución de continuidad en la piel	Golpes directos, accidentes automovilísticos, caídas	Representa aproximadamente el 75-90% de todos los traumas abdominales Mayor incidencia en adultos jóvenes (15 a 40 años), principalmente hombres (alrededor del 70-80%)	Dolor abdominal, distensión, signos de peritonitis, equimosis (Signo de Cullen o Grey-Turner)	Ecografía (FAST), TAC, Rx	Manejo conservador o quirúrgico según gravedad
Trauma Abierto Abdominal	Lesión penetrante con ruptura de la piel y entrada al abdomen	Heridas por arma blanca o arma de fuego	Constituye entre el 10% y el 25% de los traumas abdominales Afecta predominantemente a adultos jóvenes (entre 15 y 40 años). Al igual que el trauma cerrado, hay una fuerte prevalencia en hombres (80-90%)	Hemorragia externa, evisceración, dolor intenso	TAC si estable, laparotomía exploratoria si inestable	Cirugía de emergencia, control de daños
Trauma Esplénico	Lesión del bazo por trauma	Común en trauma cerrado (accidente vehicular, caída)	Representa entre el 25% y 45% de todas las lesiones abdominales por trauma cerrado Más común en adultos jóvenes entre 15 y 40 años.	Dolor en hipocondrio izquierdo, signo de Kehr (dolor en hombro izquierdo), shock	TAC abdominal con contraste, ecografía FAST	Observación o esplenectomía según clasificación AAST
Trauma Duodenal	Lesión del duodeno, a menudo asociada a trauma cerrado	Compresión contra columna vertebral (accidente de tránsito)	Representa solo entre el 3% y el 5% de todos los traumatismos abdominales . Más frecuente en el contexto de trauma cerrado (alrededor del 75% de los casos)..	Dolor epigástrico, vómitos, signos de obstrucción, hematoma retroperitoneal	TAC con contraste, retroperitoneografía	Cirugía, reparación primaria o derivación según localización
Trauma Pancreático	Lesión del páncreas, común en trauma cerrado	Golpes directos al epigastrio (manubrio del volante)	Representa entre el 0.2% y 12% de los traumas abdominales, dependiendo del tipo de trauma y la población estudiada. Predomina en adultos jóvenes (15 a 40 años) .	Dolor epigástrico, náuseas, aumento de amilasa/lipasa, retroperitoneal	TAC con contraste, amilasa sérica, CPRE	Manejo conservador o quirúrgico; depende si hay daño al conducto pancreático

BIBLIOGRAFRIAS

Subcomité, ATLS y Grupo de Trabajo Internacional ATLS. (2013). Soporte vital avanzado en trauma (ATLS®): novena edición. *Revista de traumatología y cirugía de cuidados agudos* , 74 (5), 1363-1366.

Williams, MJ, Lockey, AS, y Culshaw, MC (1997). Mejora del manejo del trauma con capacitación en soporte vital avanzado para traumas (ATLS). *Emergency Medicine Journal* , 14 (2), 81-83.