

**Universidad del Sureste
Campus Comitán**

Licenciatura en Medicina Humana

**Actividad: cuadro comparativo de traumatismo
Torácico y abdominal**

Materia: Clínica quirúrgica

Docente: Dr Erick flores

Alumno: Vázquez López Josué

6to "C"

Comitán de Domínguez Chiapas al día 26 de mayo de del 2025



	NEUMOTORAX SIMPLE	NEUMTORAX A TENSION	NEUMOTORAX INESTABLE	NEUMOTORAX ABIERTO	HEMOTORAX
DEFINICION	<ul style="list-style-type: none"> Es la entrada de aires al espacio pleural por laceración pulmonar, con alteración V/Q con hipoxia e hipercapnia. Es consecuencia de la entrada de aire al espacio virtual entre la pleura visceral y la parietal. 	Lesión que ocurre cuando se filtra aire a través de una válvula unidireccional desde el pulmón o a través de la pared torácica	Producto de la fractura de 2 o más costilla adyacente con alteración en cinética de ventilación.	Apertura de la pared torácica con intercambio entre presión intratorácica y atmosférica. El aire entra en el tórax a través de defecto impidiendo la adecuada expansión	Hemotorax: Es un tipo de derrame pleural el cuales acumula sangre <1500 ml y generalmente hay >50% de HTO en liquido ´pleural. Hemotora masivo: Acumulación de sangre >1500 ml o drenaje >200 ml/hr (durante 2 a 4 horas) o 1/3 o más de volumen sanguíneo en la cavidad torácica.
EPIDEMIOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> Es más común en hombres jóvenes Es más frecuente en mayores de 55 años 	<ul style="list-style-type: none"> Es menos común Tabaquismo Edad: primario (jóvenes) y secundario (mayores de 55 años) 	<ul style="list-style-type: none"> Incidencia: Es una lesión grave que puede comprometer la ventilación y requiere atención médica inmediata. Factores de riesgo: Más común en adultos mayores, especialmente aquellos con osteopenia u osteoporosis, debido a la fragilidad ósea. 	<ul style="list-style-type: none"> Es más común en jóvenes y adultos Edad 25- 45 años Punzocortante 	<ul style="list-style-type: none"> 70 % ocasionada por accidente de tráfico Hemotorax masivo: causa más frecuente de shock Más frecuente en hombres en adultos
ETIOLOGIA	Causa de fractura costal (más frecuente)	Uso de ventilación mecánica invasiva en Px con lesión pleural visceral	Consecuencia de un trauma asociado a múltiples fracturas costales	Lesión consecuencia de una herida penetrante del torax	Asociados lesión de vasos intercostales, lesión de herida penetrante a vasos sistémico o trauma cerrado
CLINICA	<ul style="list-style-type: none"> Ausencia de ruidos respiratorio Timpanismo o hiperresonancia a la percusión No hay hipotensión ni distensión yugular (como de neumotórax de tensión) 	<ul style="list-style-type: none"> Taquicardia e hipotensión Ausencia de ruidos respiratorios en hemitórax, timpánico o hiperresonante a la percusión Distensión yugular Desviación contralateral de tráquea En ventilación mecánica se presenta como colapso hemodinámico 	<ul style="list-style-type: none"> Dolor durante movimiento respiratorio Movimiento asimétrico entre ambos hemitórax: protruye durante exhalación y se hunde en inhalación. Crepitaciones en área costal 	<ul style="list-style-type: none"> Dolor torácico (herida que respira) Timpánico a percusión Hipoxia e hipercapnia 	<ul style="list-style-type: none"> Hemotorax masivo: Choque hipovolémico y venas del cuello aplanada Hemotorax: Ausencia murmullo vesicular y matidez a la percusión
DIAGNOSTICO	<ul style="list-style-type: none"> Es clínico Rx de tórax se encuentra radio lucidez en área afectada 	<ul style="list-style-type: none"> Es clínico Radiografía de tórax 	Es clínico y confirma con Rx del torax	Es clínico + antecedentes de trauma penetrante	<ul style="list-style-type: none"> Es clínico Rx en tórax: se observa matidez en el pulmón derecho Toracentesis (confirmatorio)
TRATAMIENTOS	<ul style="list-style-type: none"> Pleurostomia con sonda endopleural de 28 Fr en 5to espacio intercostal en la línea axilar anterior En caso un neumotórax menor: Adm de oxígeno con alto de oxigenación >15L/min 	<p>Tx inicial: Descompresión en 5to espacio intercostal en línea axila anterior con aguja de 8cm.</p> <p>Tx definitivo: Sonda de pleurostomia de 28 a 32 Fr en 5to espacio intercostal línea media axilar</p>	<p>Tx inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> O2, hidratación y analgésico En caso de hipoxemia: intubación endotraqueal <p>Tx definitivo: Quirúrgico</p>	<p>Tx inicial: válvula unidireccional (apósito oclusivo en solo 3 dedo).</p> <p>Tx definitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tubo pleural 5to espacio intercostal línea media axilar Reparación quirúrgica del defecto 	<p>Tx inicial en hemotorax masivo: Iniciar con toracotomía. Reposición de volumen + descompresión con sonda endopleural de 28 a 32 fr en 5to EIC LAA.</p> <p>Tx definitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hemotorax: sonda pleurostomia de gran calibre Hemotorax Masivo: Realizar toracotomía si presenta una evacuación de sangre >1500 ml o >200 ml/hr en 2 a 4 hora

**DISECCION
TRAUMATICA DE LA AORTA**

TAPONAMIENTO CARDIACO

RUPTURA ESOFAGICA POR TRAUMA

LESION DEL ARBOL TRAQUEOBRONQUIAL

DEFINICION	Diseción asociada a un trauma por desaceleración: Caídas de gran altura o accidentes de tránsito.	Acumulación de sangre en cavidad pericárdica que dificulta el llenado de cavidades, asociados a un trauma penetrante. Presenta como una actividad eléctrica sin pulso.	Trauma cerrado con desgarro lineal por un aumento de presión intraabdominal hacia el esófago. Suele ser más frecuente por trauma penetrante	Lesión de traque o bronquial de la cual se produce una pulgada (2.54 cm) de la Carina y en donde bronquiolo derecho es el más afectado.
EPIDEMIOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> • Incidencia: 1 por cada 100,000 persona al año • 80% de los paciente con lesión traumática de la aorta fallecen y 50% sobreviven 	<ul style="list-style-type: none"> • Incidencia: estima aprox 2 casos por cada 10,000 personas • No es tan común: 2% desarrollan taponamiento cardiaco • Es más frecuente en hombres con una mortalidad global de del 21.1 % en px con taponamiento cardiaco secundario 	<ul style="list-style-type: none"> • Incidencia: 3 por cada 100,000 persona al año más frecuente en honres en adultos mayores • El 70-80% por arma de fuegos y el 15-20% por arma blanca • Mortalidad: 10-50% 	<ul style="list-style-type: none"> • Incidencia: 0.4% ocurren en px politraumatizado • 84% en trauma contuso y 16% en trauma penetrante • En hombres de edad de 40 años son mas frecuente
ETIOLOGIA	Ensanchamiento mediastinal.	Presenta una actividad eléctrica sin pulso y ocasiona dolor del pecho	Golpe en la parte inferior del esternón o epigástrico con dolor Shock, sin lesión aparente	Es secundaria a desaceleración rápida en un trauma contundente, aplastamiento o trauma cerrado.
CLINICA	Dolor torácico agudo + hipotensión refractaria	Triada de Beck: Hipotensión arterial. Ingurgitación yugular (PVC) y disminución de ruidos cardiacos	Presentan Hemotorax y neumotórax izquierdo, sin fractura costales	Hemoptisis, Neumotórax hipertensivo, Enfisema subcutáneo cervical y Salida de grandes cantidades de aire posterior a la colocación de sonda endopleural
DIAGNOSTICO	Inicial: Rx torax (ensanchamiento mediastinal >8cm. Obliteración de botón aórtico, desviación de tráquea o esófago derecha. Confirmatorio: Angiotomografía	Inicial: clínico (triada de Beck) Confirmatorio: USG FAST	<ul style="list-style-type: none"> • Rx de tórax: Se observa aire en mediastino • Confirma con TAC centrada o endoscopia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es clínico • Broncos copia (Gold estándar) confirmatorio
TRATAMIENTOS	Tx inicial: controlar la TA con esmolol <80 LPM y TAM de 60-70 mmHg y alternativa: nicardipina. Nitroprusiato y nitroglicerina. Tx definitivo: Reparación endovascular	Tx inicial: Pericardiocentesis guiar por USG Tx definitivo: Toracotomia con ventana pericárdica	Tx definitivo: Drenaje amplio del espacio pleural y mediastino, con reparación directa de la lesión.	Tx inicial: colocación de vía aérea definitiva, en caso en px es difícil requiere asistencia endotraqueal con fibra óptica. Tx definitivo: intervención quirúrgica temprana

	TRAUMA CERRADA	TRAUMA ABIERTA O PENETRANTE	TRAUMA ESPLENICO	TRAUMA ABDOMINAL (LESION DEUDENAL)	TRAUMA ABDOMINAL (LESION PANCREATICA)
DEFINICION	Se producen sin existir solución de continuidad del peritoneo. Un impacto directo, como un golpe contra el borde inferior del volante o una puerta que se deforma por el impacto y golpea fuertemente a los pasajeros en una colisión vehicular lateral, puede causar compresión y lesión por aplastamiento de las vísceras abdominales y los huesos pélvicos.	Continuidad que pone en contacto la cavidad abdominal, generalmente causado por heridas por armas blancas o armas de fuego.	El bazo es el órgano que se lesiona con más frecuencia en más frecuencia abdominal cerrado, principalmente por su fragilidad y localización	<ul style="list-style-type: none"> Lesión duodenal: px con antecedentes de impacto frontal/golpe directo de abdomen (manubrio de bicicleta) 	<ul style="list-style-type: none"> Px con antecedentes del golpe directo en epigástrico
EPIDEMIOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> Accidentes de tránsito: 73% es causa más frecuente Sexo masculino Edad de 45- 60 años de edad 	<ul style="list-style-type: none"> Es más común en hombres jóvenes Mortalidad: 5-25% son factores de riesgo de edad avanzada, lesiones vasculares 	<ul style="list-style-type: none"> Incidencia: es el órgano más afectado y el 30-45% son más frecuente El 47% de os caso por accidentes de tráfico Es mas frecuenté en accidente de tránsito Mas frecuenté en ambos sexo 	<p>Incidencia: Las lesiones duodenales son raras, con una incidencia del 0.2% al 0.6% en pacientes politraumatizados y representan aproximadamente el 4% de las lesiones abdominales</p> <p>Mortalidad y morbilidad: La mortalidad varía entre el 5.3% y el 30%, con una media del 17%. La morbilidad incluye complicaciones como fistulas, sepsis y falla multiorgánica</p> <p>Mecanismos de lesión: El 80% de los casos se deben a trauma penetrante, como heridas por arma blanca o de fuego, y el resto a trauma cerrado, como accidentes de tránsito</p>	<p>Incidencia: 0.5 y 8% de todos lo traumatismo abdominales, es más frecuente en el trauma penetrante del 4-7%</p> <p>Mortalidad y morbilidad: La mortalidad varía entre el 9% y el 34%, y la morbilidad entre el 30% y el 60%, dependiendo de la gravedad de la lesión y las complicaciones asociadas</p>
ETOLOGIA	Todo Px que haya sufrido un trauma en el torso por un golpe directo, desaceleración, cizallamiento o que tenga una herida penetrante en abdomen o accidente de tránsito.	<ul style="list-style-type: none"> Herida por arma de fuego: balas por escopeta, pistola Herida por arma blanca: cuchillos, machete y punzocortante Fragmento de explosiones 	<ul style="list-style-type: none"> Trauma cerrado: accidente de tránsito, caídas desde altura, golpe directo al abdomen, aplastamiento, lesiones por cinturón de seguridad, explosiones Trauma abierto: herida por arma blanca, herida por arma de fuego y objetos punzocortante o fragmento de explosiones Trauma iatrogénico (durante el procedimiento): cirugía abdominal superior, laparoscopia mal realizada y colocación de drenaje o catéteres 	<ul style="list-style-type: none"> Trauma cerrado: accidente de tránsito, caídas desde altura, golpe directo al abdomen, aplastamiento, lesiones por cinturón de seguridad, explosiones Trauma abierto: herida por arma blanca, herida por arma de fuego y objetos punzocortante o fragmento de explosiones Trauma iatrogénico (durante el procedimiento): cirugía abdominal superior, laparoscopia mal realizada y colocación de drenaje o catéteres 	<ul style="list-style-type: none"> Trauma cerrado: accidente de tránsito, caídas desde altura, golpe directo al abdomen, aplastamiento, lesiones por cinturón de seguridad, explosiones Trauma abierto: herida por arma blanca, herida por arma de fuego y objetos punzocortante o fragmento de explosiones Trauma iatrogénico (durante el procedimiento): cirugía abdominal superior, laparoscopia mal realizada y colocación de drenaje o catéteres
CLINICA	<ul style="list-style-type: none"> Lesiones a estructura adyacentes (costillas inferiores, pelvis o columna) Conciencia o sensibilidad alterada Examen físico equivoco Signos del cinturón de seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> Lesiones a estructura adyacentes (costillas inferiores, pelvis o columna) Conciencia o sensibilidad alterada Examen físico equivoco Signos del cinturón de seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> Hemorragia e irritación peritoneal en área esplénica Signo de KEHR: dolor en hombro izquierdo secundario a irritación diafragmática en la ruptura esplénica 	<ul style="list-style-type: none"> Aspiración de sangre SNG Aire en retroperitoneal en tomografía 	<ul style="list-style-type: none"> Trauma cerrado con emima pancreático normales al inicio que posteriormente se elevan.
DIAGNOSTICO	<ul style="list-style-type: none"> Ultrasonido FAST TAC abdominal Lavado peritoneal 	<ul style="list-style-type: none"> Ultrasonido FAST TAC abdominal Lavado peritoneal Laparoscopia diagnostica 	<ul style="list-style-type: none"> Ultrasonido abdominal: en caso en paciente estable Tomografía computarizada: en caso en Px inestable 	TAC de doble contraste	TAC de doble contraste
TRATAMIENTOS	<ul style="list-style-type: none"> Observación y manejo conservador si es estable Sonda nasogástrica. Alivia una dilatación gástrica y descomprime antes de efectuar un LDP Sonda urinaria: Alivia la retención urinaria, identifica el sangrado, monitoreo del gasto urinario y descomprimirá vejiga antes del LDP Cirugía: Laparotomía 	<ul style="list-style-type: none"> Observación y manejo conservador si es estable Sonda nasogástrica. Alivia una dilatación gástrica y descomprime antes de efectuar un LDP Sonda urinaria: Alivia la retención urinaria, identifica el sangrado, monitoreo del gasto urinario y descomprimirá vejiga antes del LDP Cirugía: Laparotomía 	<ul style="list-style-type: none"> Observación intrahospitalaria (manejo conservador) por 5 días en niños Estabilidad hemodinámica en adultos <ul style="list-style-type: none"> Si: TAC y observación por 48 hra > si continua estable seguimiento por consulta Estabilizar y laparotomía: <ul style="list-style-type: none"> Si: esplenectomía parcial o esplenectorrafia Mo: esplenectomía total abierta o laparoscópica 	De elevacion con laparotomía	Laparotomía (elección)

Bibliografía

Ronald M. Stewart, M. F. (s.f.). Traumatismo Toracico y Traumatismo abdominal. En C. M. Peterson (Ed.), *ATLS. soporte vital avanzadi en trauma* (Decima ediccion ed., págs. 63-160). ediccion 4-5 y la guia practica clinica actualizada