



Karen Guadalupe Alvarez de la Cruz.

Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez.

Traumatismo torácico y abdominal.

Técnicas quirúrgicas básicas.

6to

“C”

Comitán de Domínguez Chiapas a 30 de mayo del 2025.

Traumatismos Toracicos

	Neumotorax simple	Neumotorax a tension	Neumotorax abierto	Hemotorax	Taponamiento cardiaco	Torax inestable	Diseccion traumatica de la aorta	Ruptura esofagica por trauma	Lesion del arbol traqueobronquial
Definicion	Entrada de aire al espacio pleural por laceracion pulmonar, con alteracion V/Q con hipoxia e hipercapnia	Lesion que ocurre cuando se filtra aire a traves de una valvula unidireccional desde el pulmon a traves de la pared toracica	Apertura de la pared toracica con intercambio entre presion intratoracica y atmosferica	Tipo de derrame pleural en el cual se acumula sangre (<1500 ml) y generalmente hay >50% de HTO en liquido pleural	Acumulacion de sangre en cavidad pericardica que dificulta llenado de cavidades	Producto de la fractura de 2 o mas costillas adyacentes con alteracion en cinetica de ventilacion	Desgarro de la capa intima de la aorta que permite la progresion de sangre entre las capas media y adventicia, formando un falso lumen	Trauma cerrado con desgarro lineal por aumento de presion intraabdominal hacia el esofago	Lesion que se da a 2.54 cm de la carina en donde el bronquio derecho es el mas afectado
Epidemiologia	17-2 casos por cada 100,000 personas al año Mas frecuente en hombres jovenes (15-34 años)	Mas frecuente en hombres Incidencia rara	20-25% de los traumatismos toracicos penetrantes Mas frecuente en hombres jovenes Entornos de violencia	60-70% de los taumatismos toracicos penetrantes 20-30% de los traumatismos toracicos cerrados Adultos jovenes hombres	Mas comun en hombres jovenes 2 por cada 100,000 ingresos hospitalarios Alta mortalidad	10-20% de mortalidad Poco fecuente 2-3% de todos los traumatismos toracicos Hombres jovenes adultos	1-2% de todas las lesiones por trauma toracico cerrado Segunda causa mas comun de muerte subita en traumatismos cerrados Adultos jovenes	Poco frecuente Hombres adultos jovenes	Incidencia muy baja Hombres jovenes Alta mortalidad
Etiologia	Fractura costal	Uso de ventilacion mecanica invasiva en pacientes con lesion pleural visceral	Herida penetrante de torax	Lesion de vasos intercostales, lesion de herida penetrante a vasos sitemicos o trauma cerrado	Trauma penetrante	Trauma asociado a multiples fracturas costales	Trauma por desaceleracion, caidas de gran altura o accidentes de transito	Trauma penetrante	Desaceleracion rapida en un trauma contundente, aplatastamiento o trauma cerrado
Clinica	Ausencia de ruidos respiratorios Timpanismo o hiperresonancia a la percusion	Ausencia unilateral de ruidos respiratorios Desviacion traqueal al lado opuesto a la lesion Distension de venas del cuello Taquicardia e hipotension	Herida que respira (dolor toracico) Timpanico a la percusion Hipoxia e hipercapnia	Ausencia de murmullo vesicular Matidez a la percusion	Triada de Beck: Hipotension arterial, disminucion de ruidos cardiacos, ingurgitacion yugular	Dolor durante movimiento respiratorio Movimiento asimetrico entre ambos hemitorax Crepitaciones en area costal	Dolor toracico agudo + hipotension refractaria	Se presenta como un hemotorax o neumotorax izquierdo, sin fracturas costales + golpe en la parte inferior del esternon a epigastrio con door o shock, sin una lesion aparente	Hemoptisis Neumotorax hipertensivo Enfisema subcutaneo cervical
Diagnostico	Clinico Radiografico: radiolucides en area afectada	Clinico	Clinico mas antecedente de trauma penetrante	Radiografia Toracocentesis (confirmatorio)	Clinico: triada de Beck Confirmatorio: USG FAST	Clinico	Inicial: Radiografia toracica (ensanchamiento mediastinal >8 cm, obliteracion de boton aortico, desviacion de traquea o esofago a la derecha Confirmatorio: Angiotomografia	Drenaje amplio del espacio pleural y mediastino con reparacion directa de la lesion	Clinico Broncoscopia gold standar y confirmatorio
Tratamiento	Pleurostomia con sonda endopleural de 28 fr en 5to espacio intercostar en linea axilar anterior	Inicial: Descompresion en 5to espacio intercostal en linea axilar anterior con aguja de 8 cm Definitivo: Sonda de pleurostomia de 28 a 32 fr en 5to espacion intercostal linea axilar anterior o medio axilar	Inicial: Valvula unidireccional (apósito oclusivo en solo 3 lados) Definitivo: Tubo pleural en 5to espacio intercostal linea media axilar (alejado de la lesion) y reparacion quirurgica del defecto	Toracocentesis	Inicial: Pericardiocentesis guiada por USG Definitivo: Toracotomia con ventana pericardica	Inicial: Oxigenacion, hidratacion y analgesia Definitivo: Quirurgico (fijacion interna)	Inicial: Controlar la TA con esmolol Definitivo: Drenaje amplio del espacio pleural y mediastino con reparacion directa de la lesion		Inicial: Colocacion de via aerea definitiva Definitivo: intervencion quirurgica temprana en pacientes estables hasta que se resuelva inflamacion y edema

Trauma Abdominal

	Trauma esplénico	Lesion duodenal	Lesion pancreatica
Definicion	El trauma esplénico es una lesión del bazo que puede variar desde una contusión leve hasta una ruptura completa, con posible hemorragia interna significativa.	Una lesión duodenal es cualquier tipo de daño que afecta al duodeno, la primera porción del intestino delgado, y puede ser causada por traumatismo, procesos inflamatorios, isquemia, o erosión química.	La lesión pancreática es una alteración en la integridad anatómica del páncreas como resultado de una fuerza externa (trauma cerrado o penetrante), inflamación severa, isquemia, o intervención médica, que puede comprometer el parénquima pancreático, el conducto pancreático principal o ambas estructuras.
Epidemiologia	Organo que se lesiona con mayor frecuencia 32% de los traumatismos abdominales cerrados 5-10% de mortalidad	3-5% de las lesiones del tracto gastrointestinal por trauma 0.2-0.6% de todos los traumatismos abdominales	Menos del 2% de las lesiones abdominales por trauma 0.2% – 4% de los traumatismos abdominales cerrados 1% – 12% de los traumatismos abdominales penetrantes
Etiologia	Traumatismo cerrado, accidentes de transito, caidas de gran altura	Impacto frontal, golpe directo en el abdomen	Golpe directo en epigastrio
Clinica	Hemorragia e irritacion peritoneal en area esplénica Signo de Kerh: Dolor en hombro izquierdo secundario a irritacion diafragmatica en la ruptura esplénica	Aspiracion de sangre por SNG Aire en retroperiotoneo en tomografia	Trauma cerrado con enzimas pancreaticas normales al inicio que posteriormente se elevan
Diagnostico	USG abdominal o tomografia computarizada	TAC de doble contraste	TAC de doble contraste
Tratamiento	Conservador: vigilancia y reposo Si hay inestabilidad hemodinamica o con USG FAST/LPD+: Laparotomia	Laparotomia	Laparotomia