



Anan Villatoro Jiménez

Dr. Erick Antonio Flores Gutierrez

Trauma de torax y abdomen

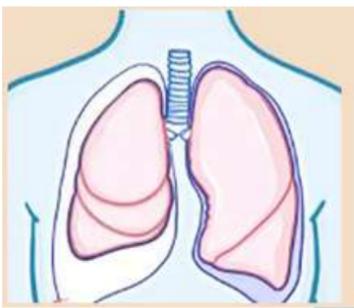
Técnicas Quirúrgicas II

Sexto

C

Comitán de Domínguez Chiapas al 30 de mayo del 2025

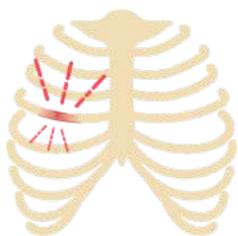
NEUMOTORAX SIMPLE



Entrada de aire al espacio pleural por laceración pulmonar, con alteración V/Q con hipoxia o hipercapnia

ETIOLOGÍA

Fractura costal



EPIDEMIOLOGÍA

35% de politraumatizados



CLINICA

- Ausencia de ruidos respiratorio
- Timpanismo/hiperesonancia a la percusión

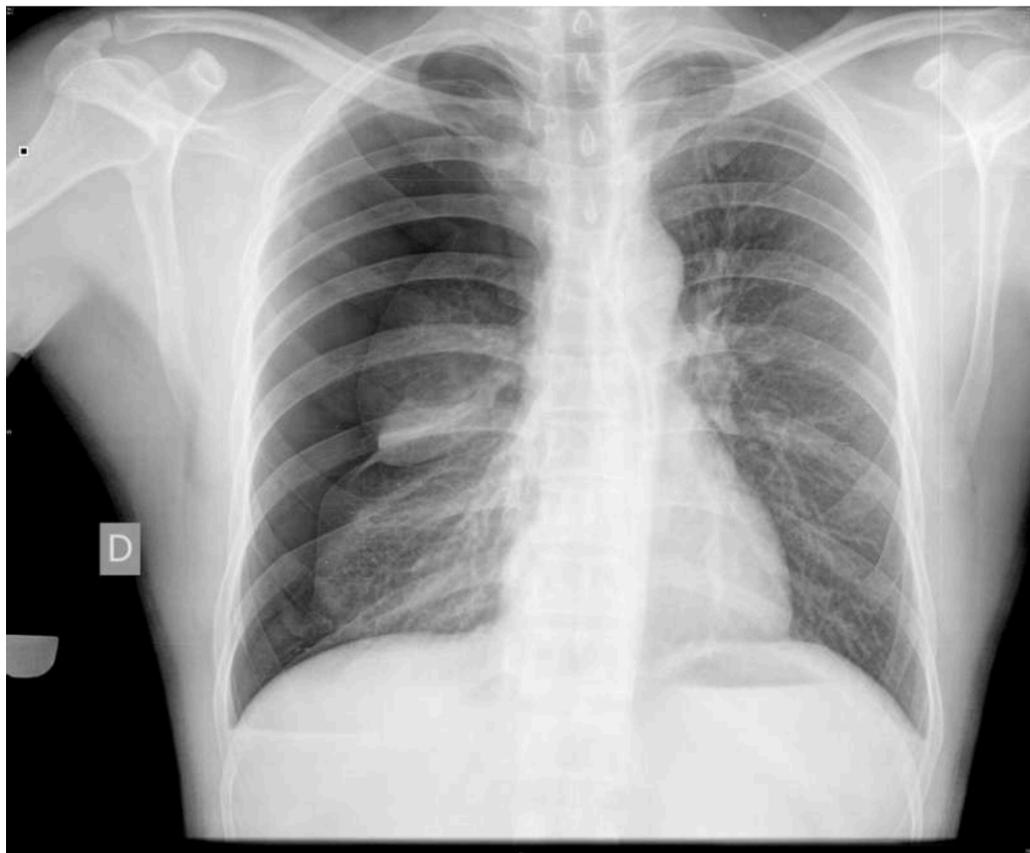
DX: Radiolucides en área afectada

Se considera neumotórax menor cuando la separación de pleura en la región apical es de <1.5 cm

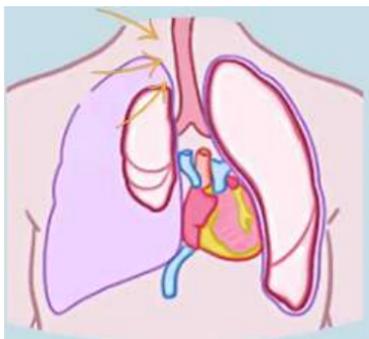
TRATAMIENTO

Neumotórax menor - Flujo oxígeno 15L/min

Definitivo: Pleurostomía con sonda endopleural de 29 fr EIC en línea axilar media



NEUMOTORAX A TENSIÓN



Lesión que ocurre cuando se filtra aire a través de una "válvula unidireccional" desde el pulmón a través de la pared torácica

ETIOLOGÍA

Uso de ventilación mecánica invasiva

EPIDEMIOLOGÍA

3% de neumotórax espontáneo



CLINICA

- **Taquicardia** e hipotensión + desviación contralateral de tráquea
- Ausencia de ruidos respiratorios, timpánico y **distensión yugular**
- Colapso hemodinámico

DX: Rx desviación de tráquea y corazón

TRATAMIENTO

INICIAL: Descompresión en 5to E.I.C en LAA con aguja de 8 cm

DEFINITIVO: Sonda de pleurostomía de 28-32 fr en 5to E.I.C en LMA o LAA



• Sx Dificultad Respiratoria
• Hipotensión/ Choque

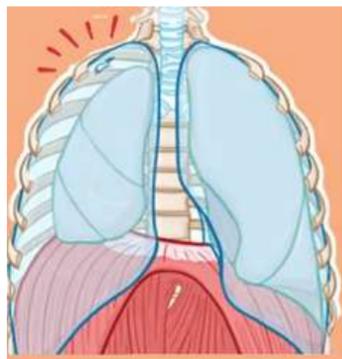


• Distensión Yugular
• Mediastino desplazado
• Tráquea desplazada



• ↓ Movimientos y ruidos respiratorios
• **Hiperresonancia** a la percusión

NEUMOTORAX ABIERTO



Apertura de la pared torácica con intercambio entre presión intratorácica y atmosférica

ETIOLOGÍA

Herida penetrante del tórax

EPIDEMIOLOGÍA

35% de politraumatizados



CLÍNICA

Lado afectado:

herida que respira, ausencia de movimientos respiratorios, timpánico a la percusión, ruidos respiratorios abolidos, herida que respira, hipoxia e hipercapnia

DX: Clínico

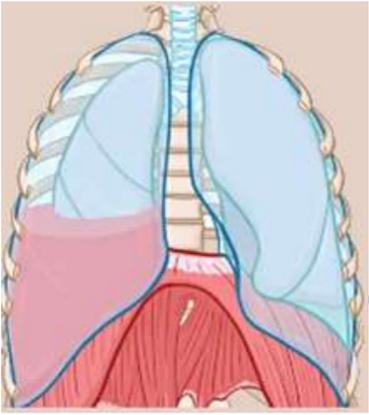
TRATAMIENTO

INICIAL: Colocación de válvulas unidireccional (Apósito de oclusión de 3 lados)

DEFINITIVO: Tubo pleural 5to EIC línea media axilar y reparación quirúrgica



HEMOTÓRAX



Derrame pleural en el cual se acumula sangre <1500 ml

ETIOLOGÍA

Herida penetrante del tórax

EPIDEMIOLOGÍA

73% de casos por hemotorax cerrado



CLINICA

Lado afectado:

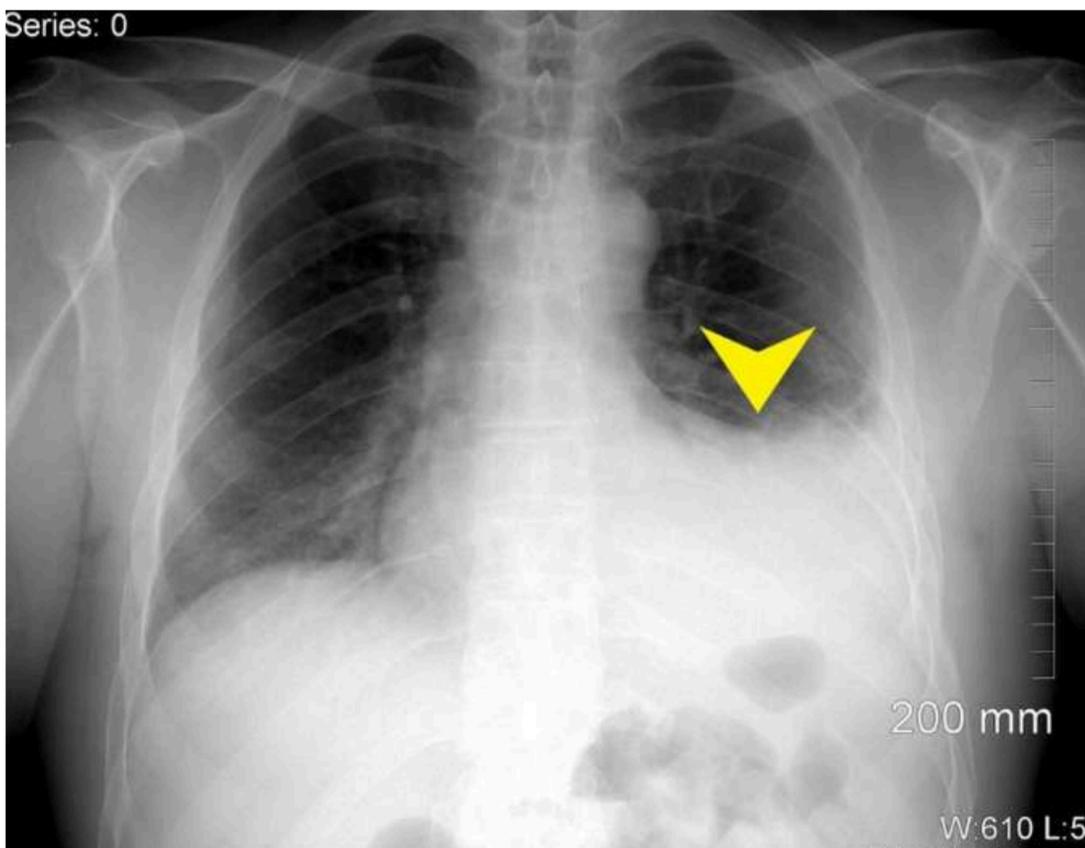
- Datos de choque hipovolémico.
- Lado afectado: matidez, ruidos, ausencia de murmullo vesicular, matidez a la percusión

DX: Clínico y radiografía radiolucides en $\frac{1}{3}$ del tórax

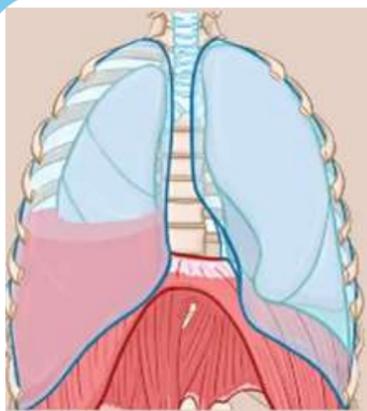
TRATAMIENTO

INICIAL: Sello endopleural (28-36f) 5to espacio intercostal línea media axilar + reposición de volumen

DEFINITIVO: Sonda de pleurostomía de gran calibre (28-36 fr) en línea axilar anterior en 5to espacio intercostal



HEMOTÓRAX MASIVO



Derrame pleural en el cual se acumula sangre >1500 ml ó drenaje 200 ml/hora (durante $2-4$ hrs) o acumulación de $1/3$ en cavidad torácica

ETIOLOGÍA

Herida penetrante del tórax



CLINICA

Lado afectado:

matidez, ruidos respiratorios abolidos, venas del cuello aplanadas

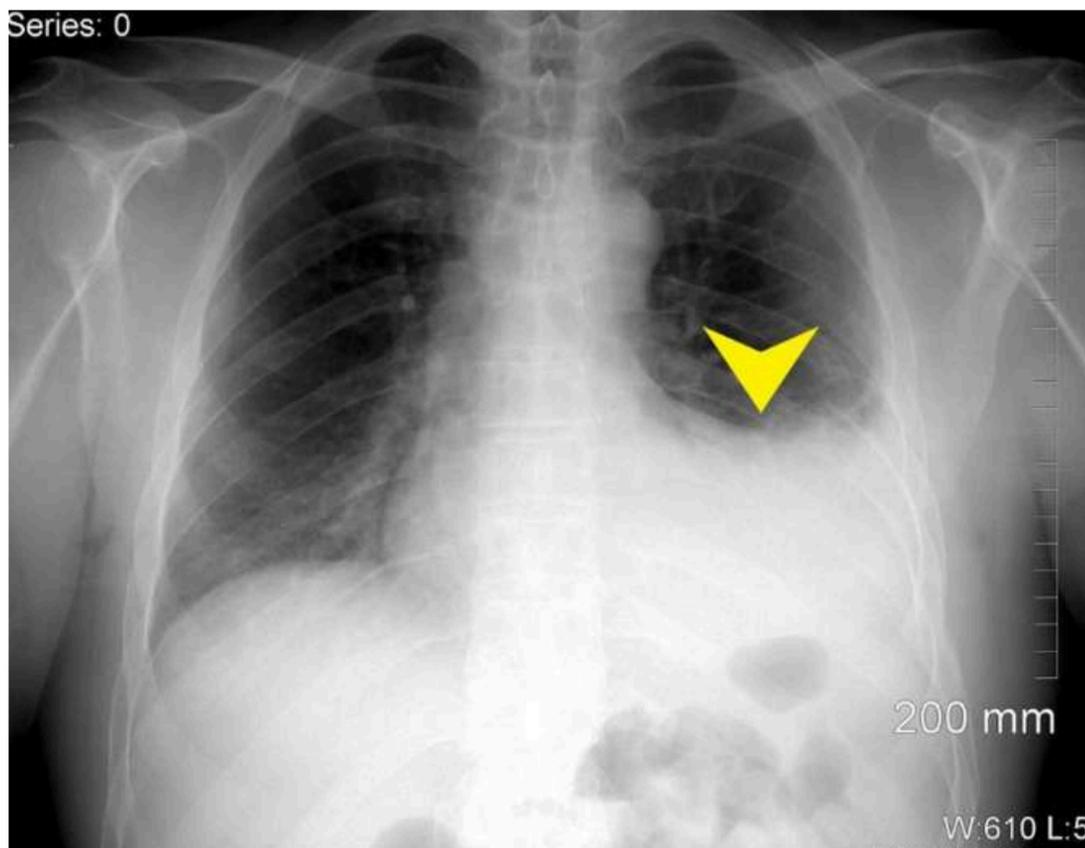
Datos marcados de choque hipovolémico.

DX: Clínico Y Radiografía

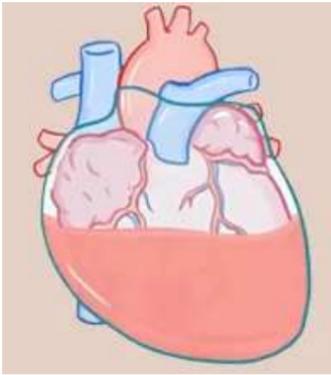
TRATAMIENTO

INICIAL: Reposición de volumen + descompresión con sonda endopleural de $28-32$ fr en 5to EIC en línea media axilar

DEFINITIVO: GPC - Toracotomía



TAPONADE CARDIACO



Acumulación de sangre en cavidad pericárdica que dificulta llenado de cavidades

ETIOLOGÍA

Trauma penetrante

EPIDEMIOLOGÍA

27.1% de casos por trauma



CLINICA

Tríada de Beck:

1) hipotensión, 2) distensión yugular, 3) ruidos cardíacos ausentes.

EKG: alternancia eléctrica, ritmo de paro eléctrica sin pulso actividad

DX: Clínico y USG FAST

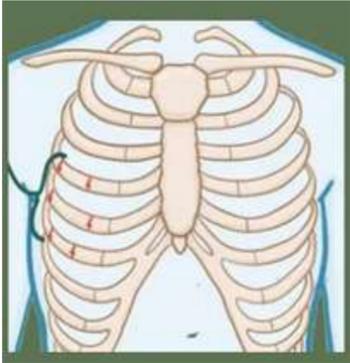
TRATAMIENTO

INICIAL: Pericardiocentesis ecoguiada con aguja 16-18 Ft

DEFINITIVO: Resolución quirúrgica



TORAX INESTABLE



Fractura en ≥ 2 costillas consecutivas en ≥ 2 sitios de ésta misma.

ETIOLOGÍA

Trauma asociada a múltiples fracturas costales

EPIDEMIOLOGÍA

5-13% de pacientes con lesión de pared torácica



CLINICA

Respiración paradójica, dolor, crepitación.

Movimiento asimétrico entre ambos hemitórax

Crepitación en área costal

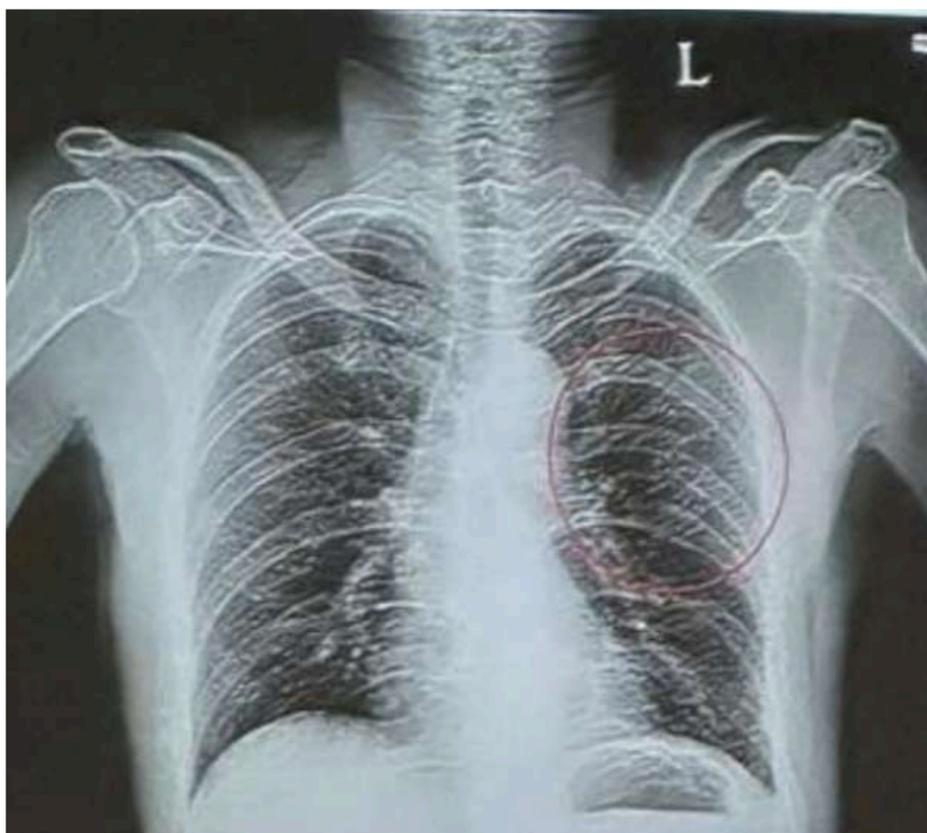
DX: Clínico y radiografía

TRATAMIENTO

INICIAL: Oxigenación, hidratación y analgesia

Hipoxemia: Intubación endotraqueal

DEFINITIVO: Quirúrgico - Fijación interna



DISECCION DE LA AORTA

Separación de las capas de la pared aórtica, formando un falso lumen - Inserción del ligamento arterioso



CLINICA

ETIOLOGÍA

Hipertensión crónica
Trauma torácico
Enf del tejido conectivo

Dolor torácico agudo + hipotensión refractaria

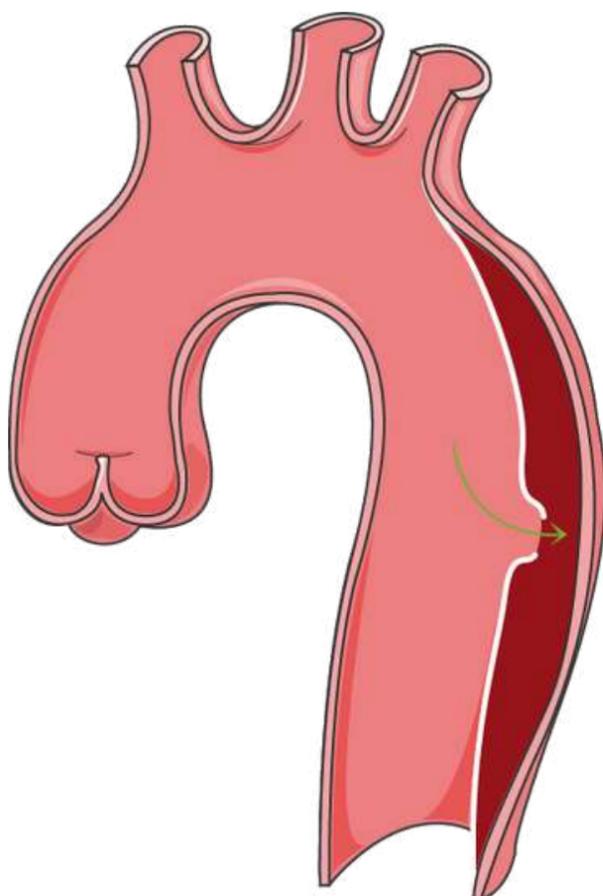
Porcentaje	60 %	10-15 %	25-30 %
Tipo	DeBakey I	DeBakey II	DeBakey III
	Stanford A		Stanford B
	Proximal		Distal
Clasificación de la disección aórtica.			

DX: ensanchamiento mediastinal
INICIAL: Radiografía torácica
INICIAL: ensanchamiento mediastinal >8 cm, obliteración de botón aórtico, desviación de tráquea o esófago a la derecha
Confirmatorio: Angiotomografía

TRATAMIENTO

INICIAL: Controlar TA con esmolol (nicardipino o nitroglicerina)

DEFINITIVO: Drenaje amplio del espacio pleural y mediastino con reparación directa en la lesión



LESION DEL ARBOL TRAQUEOBRONQUIAL

Lesión de tráquea o bronquios. Producidas a 1 pulgada de la carina

ETIOLOGÍA

Desaceleración rápida en trauma
Aplastamiento
Trauma cerrado



CLINICA

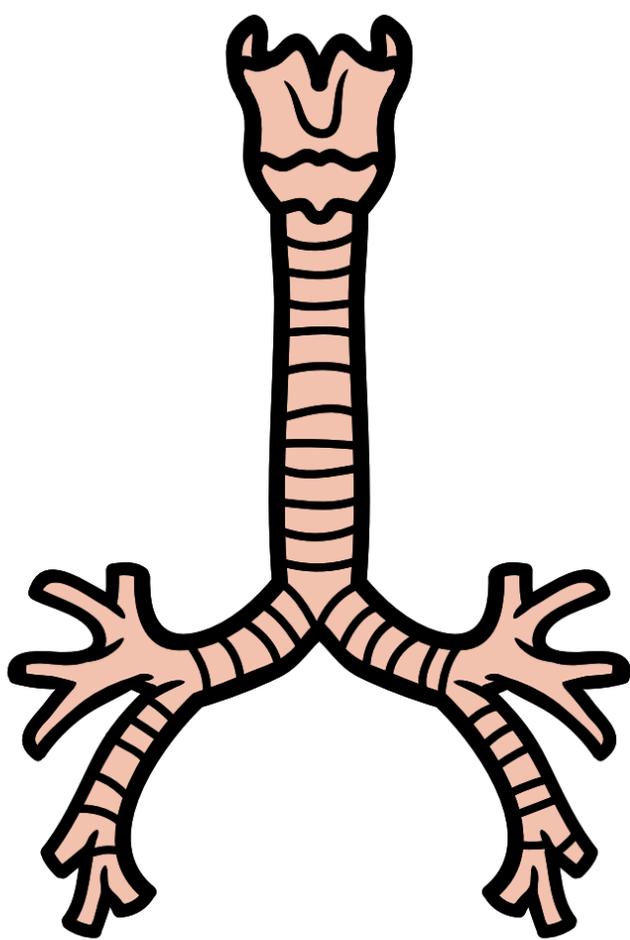
Hemoptisis
Enfisema subcutáneo cervical
Neumotórax hipertensivo
Salida de grandes cantidades de aire post. colocación de sonda endopleural

DX: Clínico y broncoscopía

TRATAMIENTO

INICIAL: Vía aérea definitiva con fibra óptica

DEFINITIVO: Quirúrgico



RUPTURA ESOFÁGICA POR TRAUMA

Trauma cerrado con desgarro lineal por aumento de presión intraabdominal hacia el esofago

ETIOLOGÍA

Trauma penetrante



CLINICA

Hemo o neumotórax izquierdo sin fracturas costales + golpe en parte inferior del esternón o epigastrio con dolor o shock

Complicación: Mediastinitis → Empiema

DX: Clínico, radiografía: Aire en mediastino y TAC contrastada Endoscopia

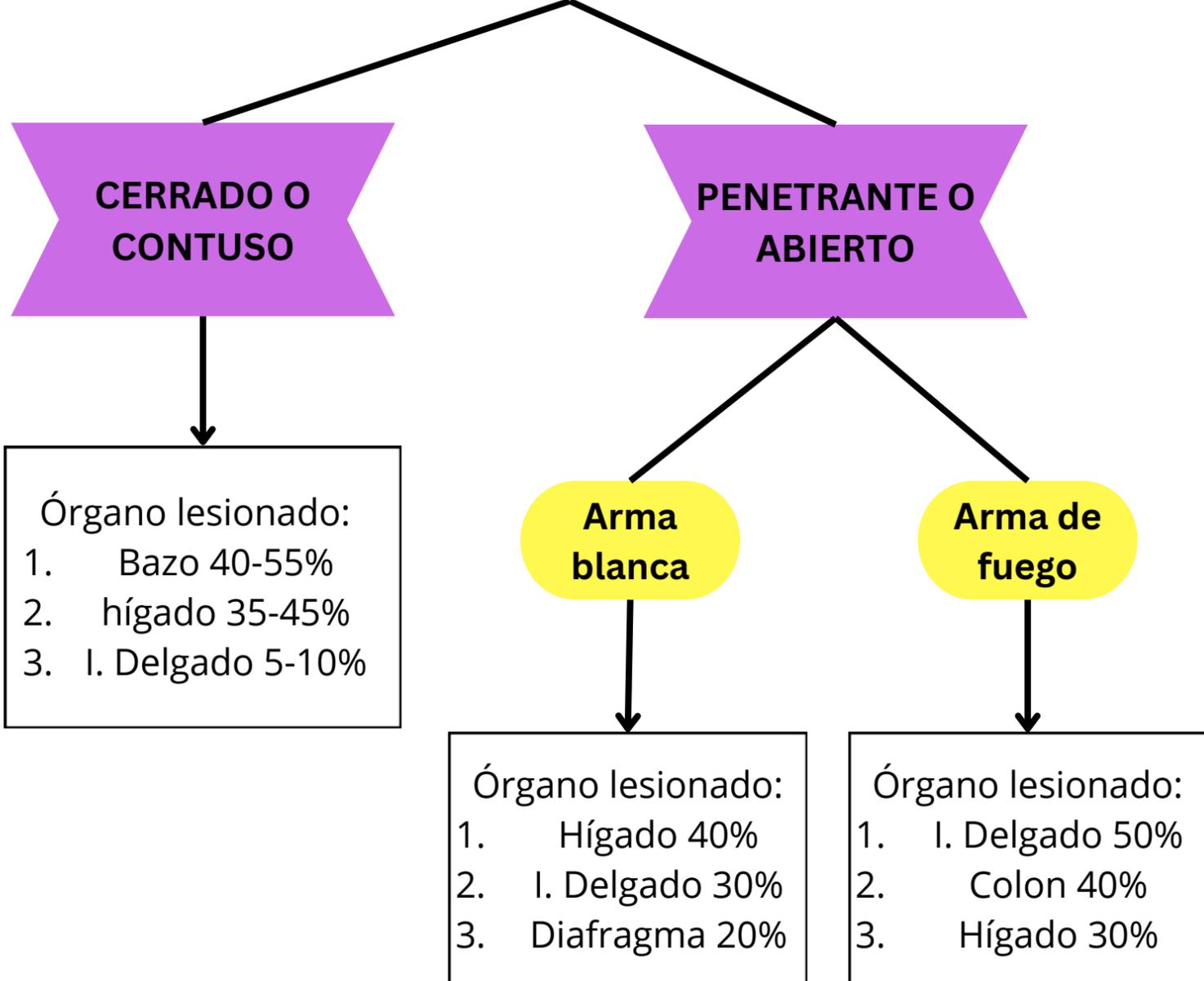
TRATAMIENTO

DEFINITIVO: Drenaje amplio del espacio pleural y mediastino, con reparación directa de la lesión

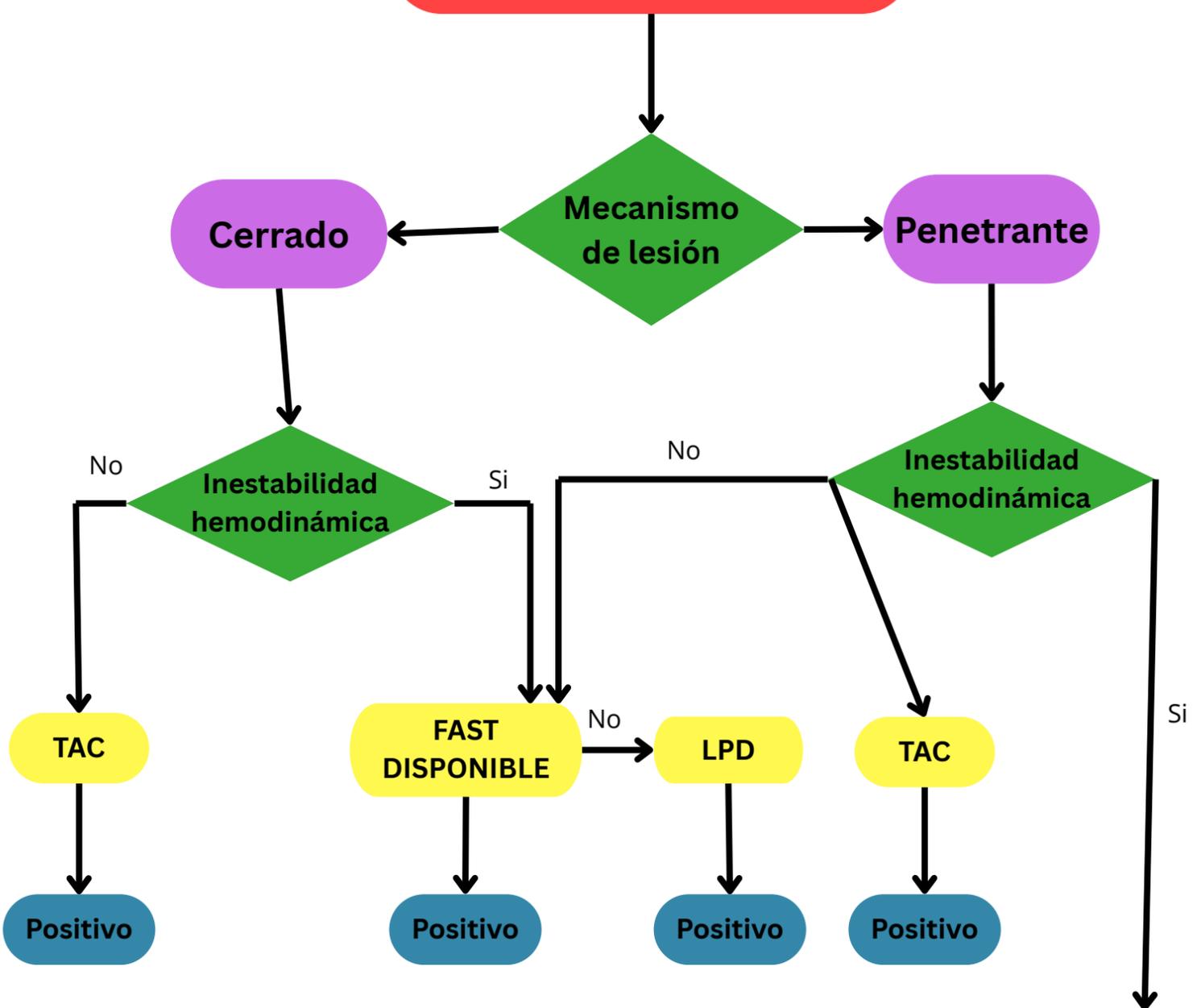


TRAUMA ABDOMINAL

Cualquier tipo de lesión que afecta al abdomen



ABORDAJE DE TRAUMA ABDOMINAL



INDICACIONES PARA LAPARATOMÍA:

- Trauma cerrado de LP positivo (>100,00 eritrocitos. Leucos >500 o tinción Gram +)
- Trauma cerrado con USG FAST positivo
- TAC con daño a órgano
- Aire libre, retroperitoneal o rotura hemidiafragmatica
- Peritonitis
- Herida por arma de fuego
- Herida por arma blanca + inestabilidad
- Evisceración

TRAUMA ESPLÉNICO

Lesión del bazo producida por trauma y a la fragilidad y localización de este

ETIOLOGÍA

Desaceleración rápida en trauma
Aplastamiento
Trauma cerrado



CLÍNICA

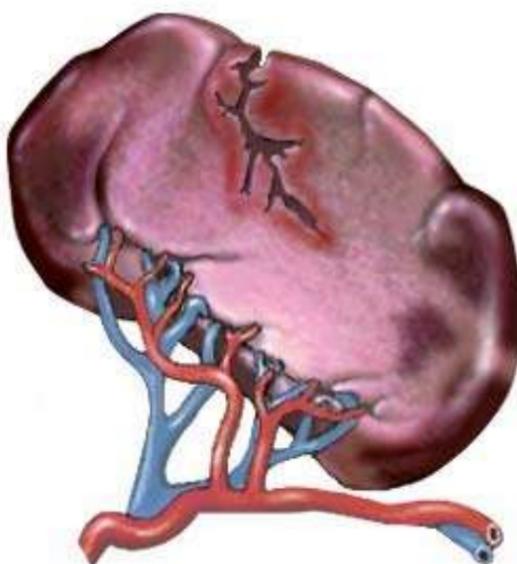
Hemorragia e irritación peritoneal en área esplénica
Signo de Kehr: Dolor en hombro izquierdo secundario a irritación diafragmática

DX: Clínico y ultrasonido abdominal o tomografía computarizada

Escala de lesión orgánica de bazo (AAST)		
 Grado I	<ul style="list-style-type: none">Hematoma subcapsular < 10% de superficie.Desgarro capsular < 1cm de profundidad.	Electrocauterio o sutura absorbible.
 Grado II	<ul style="list-style-type: none">Hematoma subcapsular 10-50% de superficie.Desgarro capsular 1 - 3 cm de profundidad.	
 Grado III	<ul style="list-style-type: none">Hematoma subcapsular > 50% de superficie.Desgarro capsular > 3 cm de profundidad.	Sutura quirúrgica
 Grado IV	Hematoma roto con afectación de vasos segmentarios o hiliares / Desvascularización > 25%	Ligadura de vasos.
 Grado V	<ul style="list-style-type: none">Avulsión completa.Lesión hilar que desvasculariza el vaso.	Esplenectomía.
 Grado III		
		 Grado IV

TRATAMIENTO

- La mayoría responde a tratamiento conservador
- Si hay inestabilidad hemodinámica o con USG FASR/LPD +: Laparotomía + esplenectorrafia/esplenectomía parcial o total



LESION DUODENAL

ETIOLOGÍA

Paciente con antecedente de impacto frontal
Golpe directo en abdomen (manubrio bicicleta)

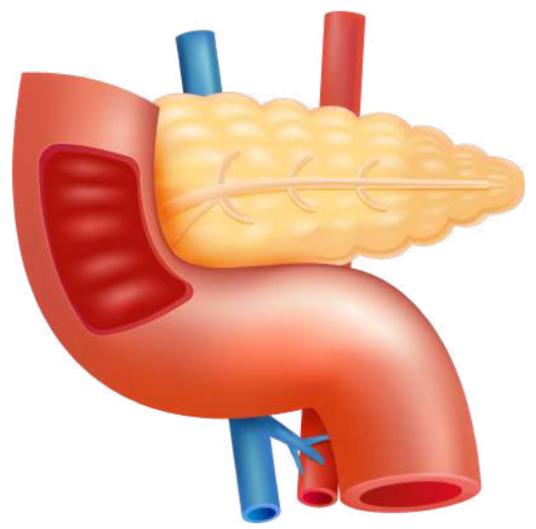
CLINICA



Aspiración de sangre por SNG
Aire en retroperitoneo en TAC

DX: Clínico y TAC de doble contraste

TX: Laparotomía



LESION PANCREÁTICA

ETIOLOGÍA

antecedente de golpe directo en epigástrico

CLINICA



Trauma cerrado con enzimas pancreáticas normales que se elevan

DX: Clínico y TAC de doble contraste

TX: Laparotomía

