



NOMBRE DEL ALUMNO: **Lupita Melanie Toledo Alfaro**

TRAUMA TORÁCICA Y ABDOMINAL

MATERIA: **CLÍNICAS QUIRÚRGICAS BÁSICAS**

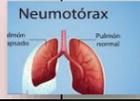
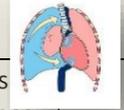
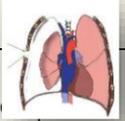
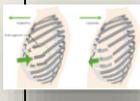
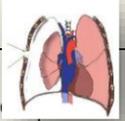
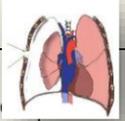
NOMBRE DEL DOCENTE: **Dr. Flores Gutiérrez Erick Antonio**

MEDICINA HUMANA

6D.

COMITAN DE DOMINGUEZ, CHIAPAS 24 DE MAYO DEL 2025

TIPO DE TRAUMA	LESION ESPLENICA	LESION PANCREATICA	LESION HEPATICA	Lesión de duodeno o vísceras huecas
CLASIFICACIÓN	TRAUMA CERRADO POR ABDOMEN	Trauma cerrado por abdomen	Trauma penetrante por abdomen	Trauma penetrante por abdomen
Clínica	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor del hipocondrio izquierdo - Fatiga - Ictericia 	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor abdominal - Taquicardia - Vómitos - Fiebre 	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor intenso en el hipocondrio derecho - Fatiga - Ictericia 	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor abdominal intenso - Vómitos y náuseas - Hematoquecia - Hematemesis
Evaluación primaria	<ul style="list-style-type: none"> - Control de la hemorragia - Empleo de cristaloides - Signos vitales 	<ul style="list-style-type: none"> - Grado 1 y 2 pueden ser tratados – conservador - Signos vitales - Estado hemodinámico 	<ul style="list-style-type: none"> - Signos vitales - Estabilidad hemodinámica - Ausencia de signos de irritación - Exclusión de lesiones de vísceras huecas 	<ul style="list-style-type: none"> - Control de hemorragia - Signos vitales - Control inmediato de contaminación gastrointestinal - Crepitación de la fascia
Causa	<ul style="list-style-type: none"> - Lesión contusa abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> - Trauma directa penetrante y contuso 	<ul style="list-style-type: none"> - Trauma por causa contuso penetrante 	<ul style="list-style-type: none"> - Colisiones vehiculares - Contusión y trauma penetrante
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> - Anamnesis: contusión, identificar mecanismo de trauma - Estudio Fast – método de elección - TAC abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo clínico - TAC - Elección; FAST (cuantificar líquido) - Colangiopancreatografía - Laparotomía (confirmación) 	<ul style="list-style-type: none"> - FAST - TAC abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> - Aspirado gástrico sanguinolento - Radiografía abdominal - TAC
Evaluación secundaria	<ul style="list-style-type: none"> - Casos avanzados: transfusión sanguínea - Manejo hemodinámico 	<ul style="list-style-type: none"> - Grado 3 se deriva a cirugía - Control de hemorragia - Drenaje externo 	<ul style="list-style-type: none"> - Extrasanguinación – intervención quirúrgica - Control de hemorragias - Fluidoterapia 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de doble capa - Manejo avanzado de reparación duodenal - Estabilización hemodinámica
Manejo quirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> - Esplenorrafia - Esplenectomía total laparoscópica 	<ul style="list-style-type: none"> - Pancreatectomía - Pancreatectomía distal + drenaje 	<ul style="list-style-type: none"> - Laparotomía suprainfraumbilical 	<ul style="list-style-type: none"> - Laparotomía de urgencia

	NEUMOTÓRAX SIMPLE	NEUMOTORAX A TENSION	NEUMOTÓRAX ABIERTO	NEUMOTORAX MASIVO	TAPONAMIENTO CARDIACO	TORAX INESTABLE	DISECCION TRAUMATICA DE LA AORTA	RUPTURA ESOFAGICA POR TRAUMA	LESION DEL ARBOL TRAQUEOBRONQUIAL
DEFINICION	<p>Secuencia de la entrada de aire al espacio virtual entre la pleura visceral y la parietal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Producida por un trauma penetrante o no. • Anómala de ventilación - perfusión 	<p>Lesión que ocurre cuando se filtra aire a través de una válvula unidireccional donde el pulmón o a través de la pared torácica.</p> <p>El aire es forzado al espacio pleural sin tener vía de escape Comprimiendo el pulmón contralateral</p> 	<p>Apertura de la pared torácica con intercambio entre presión intratorácica y atmosférica. Defecto impidiendo la adecuada expansión Conocida como herida torácica succiónate Tiende a seguir resistencia</p> 	<p>Es un tipo de derrame pleural el cual se acumula sangre <1500 ml</p> <p>Masivo: acumulación de sangre >1500 ml o drenaje >200 ml/hora (2 - 4 horas) o > del % volumen sanguíneo del tórax</p> 	<p>Acumulación de sangre en cavidad pericárdica que dificulta llenado cavidades, asociado a un trauma penetrante.</p> <p>Actividad eléctrica sin pulso Disminución ingreso de sangre al corazón Compresión por la acumulación de líquido al corazón</p> 	<p>Producto de la fractura de 2 o más costillas adyacentes con alteración en cinética de ventilación</p> <p>Segmento de la pared torácica no tiene continuidad ósea en el resto de la caja</p> 	<p>Disección asociada a un trauma por deceleración caídas de gran altura o accidentes de tránsito.</p> <p>Creación de una falsa luz por desgarro íntima con paso a la capa media de la pared aortica Separación de sus capas</p> 	<p>Se caracteriza por ser trauma cerrado con desgarro línea por aumento de presión intrabdominal hacia el esófago</p> <p>Suele ser más frecuente por trauma penetrante</p> 	<p>Es una lesión de tráquea o bronquial es inusual. Se produce a 1 pulgada (2.54 cm) de la Carina y en donde bronquio derecho es más afectado</p> <p>Lesiones asociadas a complicaciones Mayor índice de mortalidad</p> 
EPIDEMIOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> - Causas comunes: La laceración del pulmón con fuga 25% predominio en hombre - 35% causa penetrante y 10% causa no penetrante 	<ul style="list-style-type: none"> • Principal causa: uso de ventilación mecánica invasiva en pacientes con lesión pleural visceral • Pacientes jóvenes 20 - 40 años de edad Frecuencia : Ipsilateral 30% y 10% contralateral Fractura vertebral torácicas muy desplazadas Trauma penetrante 	<p>Causa común: herida penetrante del tórax</p> <p>Incidencia: mujeres 30% Cateterismo venoso central y aspiración de una aguja</p> 	<p>Principal causa: Asociación lesión de vasos intercostales Lesión de herida penetrante a vasos sistémicos Trauma cerrado Politraumatismo 60%.</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Causa común: lesiones penetrantes Lesiones contusas <p>Causa de trauma el 10%</p> 	<p>Principales causas: Trauma múltiples fracturas costales 15% puede provocar la muerte 7% ocurren en los traumáticos Fracturas costales concomitantes</p> 	<p>usa más común: caídas de gran altura o accidentes de tránsito</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aneurisma aortica torácica enfermedad del tejido conectivo • Valvulopatía diagnosticada 	<p>Causa común por trauma penetrante Puede ser mortal 10 - 40% Puede ser causado por procedimiento médico Es muy raro padecer de una ruptura esofágica</p> 	<p>Son pocos frecuentes Incidencia del 1 al 2% de los casos Pueden presentarse en <40 años Afectación más común: lóbulo derecho Tipo de lesión: cerrada</p> 
CUADRO CLINICO	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor torácico repentino • Disnea • Ruidos respiratorios disminuidos (lado) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor torácico • Disnea • Dificultad respiratoria • Taquicardia • Hipotensión • Desviación 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor torácico • Timpánico o a percusión • Hipoxia 	<ul style="list-style-type: none"> - Masivo - Choque hipovolémico - Venas el cuello aplanadas - Desviación del mediastino 	<p>Triada de Beck</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hipotensión arterial ○ Disminución de ruidos 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiencia respiratoria - Disnea - Taquipnea - Hemoptisis - Hipoxemia severa 	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor torácico + hipotensión refractaria - Pulso disminuido 	<ul style="list-style-type: none"> • Se presenta como un hemotórax - Golpe en la parte 	<p>Hemoptisis Neumotórax hipertensivo Enfisema subcutáneo cervical Salida de grandes cantidades de aire</p>

	<p>afectado)</p> <ul style="list-style-type: none"> Hiperresonancia Taquicardia Fatiga Cianosis 	<p>traqueal hacia el lado opuesto a la lesión</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausencia unilateral de ruidos respiratorios Hemitórax elevado sin movimiento respiratorio Distensión de venas del cuello <p>Cianosis</p>	<p>hipercapnia</p> <ul style="list-style-type: none"> Taquipnea Ruidos respiratorios disminuidos Dificultad para respirar 	<p>Ausencia de ruidos respiratorios</p> <ul style="list-style-type: none"> Hemotórax: <p>Ausencia murmullo vesicular Matidez a la percusión</p>	<p>cardiacos</p> <ul style="list-style-type: none"> Ingurgitación yugular. 	<ul style="list-style-type: none"> Movimientos anormales al respirar Dolor torácico 	<p>o ausente</p> <p>Déficit neurológico focal</p> <p>Murmullo de la regurgitación de válvula aórtica</p>	<p>inferior del esternón</p> <p>Epigastrio con dolor o shock</p> <p>Sin lesión aparente</p>	<p>posterior a la colocación de sonda endopleural</p>
DIAGNOSTICO	<ul style="list-style-type: none"> Se evalúan los movimientos de la pared torácica Evaluar los ruidos respiratorios <p>Radiografía: hiperresonancia (radiopaco)</p> <ul style="list-style-type: none"> Desviación de la línea traqueal y mediastino Pulmón colapsado 	<ul style="list-style-type: none"> Tono hiperresonante a la percusión + venas del cuello distendidas Ruidos respiratorios ausentes Taquicardia + hipotensión Desviación contralateral de la tráquea <p>Radiografía</p> <ul style="list-style-type: none"> Ecografía FAST extendido 	<ul style="list-style-type: none"> Clínico más antecedentes de trauma penetrante <p>Evaluación signos y síntomas</p> <p>Radiografía de tórax (determina la borde pleura visceral).</p>	<p>Masivo: clínica + radiografía</p> <p>Opacidad total</p> <p>Desplazamiento de las estructuras mediales al lado contralateral</p> <p>Hemotórax: radiografía</p> <p>Se confirma mediante Toracocentesis</p>	<ul style="list-style-type: none"> Clínica + USG FAST <p>Ecografía: identificar el taponade cardiaco</p> <p>FAST: presencia 90-95% liquido pericárdico</p> <p>Ultrasonografía: evaluar disfunción miocárdica y llenado ventricular</p>	<ul style="list-style-type: none"> Clinica + radiografía <p>Infiltrados alveolares</p> <p>Signo del gancho costal</p> <p>>3 costillas adyacentes y la 10V costilla anterolaterales</p> <p>Disrupción costal</p>	<p>Inicial: Radiografía torácica</p> <p>ensachamiento mediastinal >8 cm</p> <p>obliteración de botón aórtico + desviación de tráquea o esófago a la derecha</p> <p>Confirmatorio: anaiotomografía</p>	<ul style="list-style-type: none"> Radiografía: Se encuentra aire en mediastino Se confirma mediante: Tac con contraste Endoscopia 	<ul style="list-style-type: none"> Clínico + broncoscopia Estudio confirmatorio: broncoscopia (Gold estándar)
TRATAMIENTO	<p>Colocación de un tubo de tórax en el quinto espacio intercostal - línea media axilar</p> <p>Observación y aspiración de un neumotórax</p> <p>Considerar neumotórax menor el tratamiento con alto flujo >15 L/min</p> <p>Pleurostomía con sonda endopleural de 28 fr en E.I.C - línea axilar anterior</p>	<ul style="list-style-type: none"> Elección: Descompresión en 5to E.I.C en LAA con aguja de 8 cm. Sonda de pleurostomía de 28 a 32 fr en 5to E.I.C - LMA 	<ul style="list-style-type: none"> Inicia.: válvula unidireccional (apósito oclusivo en solo 3 lados) Tubo pleural 5to E.I.C L.M.A (alejado de la lesión) y reparación 	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento inicial: Masivo: Reposición de volumen + descompresión con sonda endopleural de 28 a 32 fr en 5to E.I.C LAA Tx definitivo <p>Hemotórax: sonda pleurostomía de gran calibre (28-36fr) 5to E.I.C LAA</p> <p>Masivo: Toracotomía si</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realizar toracotomía o esternotomía de emergencia Pericardiocentesis Pericardiocentesis con técnica de Seldinger 	<ul style="list-style-type: none"> Administración de oxígeno modificado, ventilación adecuada y reanimación con líquidos Administración de cristaloides IV Analgesia Fisioterapia ventilatoria 	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento inicial: controlar la TA con esmolol (meta <80 LPM y TAM de 60-70 mmhg) alternativa: nicardipino, nitroglicerina o nitropusiat 	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento definitivo: Drenaje amplio del espacio pleural y mediastino, con reparación directa de la lesión 	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento inicial: Colocación de vía aérea definitiva, generalmente en pacientes críticos si requieren asistencia endotraqueal con fibra óptica Tratamiento definitivo: Intervención quirúrgica

Bibliografía

- ✓ Dragonfly Media Group. (2018) Soporte Vital Avanzado en Trauma. Manual de curso para estudiantes. ATLS. 10ª edición
- ✓ Delany, H. M., & Jason, R. S. (2012). *Abdominal Trauma: Surgical and Radiologic Diagnosis* (1981a ed.). Springer.