

# ***Traumatismos torácicos y abdominales.***

Nombre del alumno:  
Katia Marlen Espinosa Sánchez.

Nombre del profesor:  
Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez.

Parcial: 3er. Parcial.

Semestre: 6to. Semestre. 6to. D

Nombre de la Materia:  
Técnicas quirúrgicas básicas.

Domingo 25 de Mayo del año 2025.

# Traumatismos TORACICOS.

Lesiones producidas en la pared torácica, órganos o estructuras intratorácicas por fuerzas externas de aceleración, desaceleración, compresión, impacto y electrocución.

## Epidemiología:

- Presentes en el 75% de los politraumatizados.
- 43% por accidentes de vehículos de motor.
- La HIPOXIA es la consecuencia torácica mas grave.

## Neumotórax a tensión.



Lesión que ocurre cuando se filtra aire a través de una válvula unidireccional desde el pulmón.

## Etiología:



- La causa mas común es el uso de ventilación mecánica invasiva en pacientes con lesión pleural visceral o secundario a un neumotórax simple.

## Clínica:



- Taquicardia e hipotensión.
- Desviación contralateral de la tráquea.
- Ausencia de ruidos respiratorios.
- Distensión yugular.
- Colapso pulmonar.



## Diagnostico:

- Clínico.
- Ausencia de ruidos respiratorios en hemitórax, timpánico o hiperresonante a la percusión.

## Tratamiento:

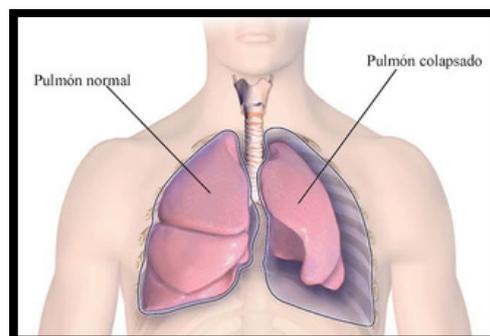
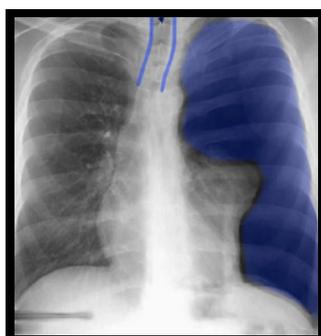


Tx inicial:

- Descompresión en 5to espacio intercostal en línea axilar anterior con aguja de 8cm.

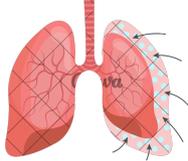
Tx definitivo:

- Sonda de pleurostomía de 28 a 32 fr en 5to espacio intercostal línea axilar media o línea axilar anterior.
- Sonda de pleurostomía de 14 fr.

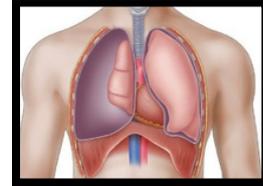


# Traumatismos TORACICOS.

## Neumotórax simple.



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



### Etiología:



- La causa mas común es una fractura costal.

### Clínica:



- Ausencia de ruidos respiratorios.
- Timpanismo.
- NO existe hipotensión ni distensión yugular.



### Diagnostico:

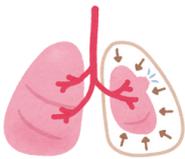
- Clínico.
- Radiografía (radiolúcidas en área afectada).

### Tratamiento:



- Considerar neumotórax menor cuando la separación de pleura en región apical es de menos 15cm (TX con alto flujo oxigeno mayor a 15L/min).
- Pleurostomia con sonda endopleural de 28fr en 5to espacio intercostal en línea axilar anterior.

## Neumotórax abierto.



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

### Etiología:



- Consecuencia de una herida penetrante.

### Clínica:



- Herida que respira.
- Dolor torácico.
- Timpánico a percusión.
- Hipoxia.
- Hipercapnia.

### Diagnostico:



- Clínico mas antecedente de trauma penetrante.

### Tratamiento:

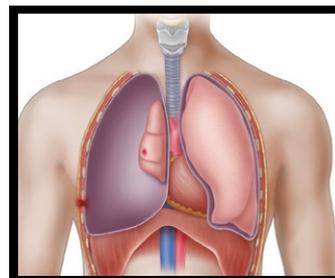


TX inicial:

- Válvula unidireccional.

TX definitivo:

- Tubo pleural 5to espacio intercostal línea axilar media y reparación QX del defecto.



# Traumatismos TORACICOS.

## Hemotórax.



Es un tipo de derrame pleural el cual se acumula sangre (menor 1500ml) y generalmente hay mas del 50% de HTO en liquido pleural.

**Hemotórax masivo:** Acumulación de sangre mayor 1500ml o drenaje mayor de 200ml/hr o mayor de  $\frac{1}{3}$  o mas del volumen sanguíneo en la cavidad torácica.

## Etiología:



- Asociados a lesión de vasos intercostales, lesión de herida penetrante a vasos sistémicos o a un trauma cerrado.

## Clínica:



Hemotórax:

- Ausencia de murmullo vesicular.
- Matidez a la percusión.

Hemotórax masivo:

- Choque hipovolémico.
- Venas del cuello aplanadas.



## Diagnostico:

Hemotórax:

- Radiografía.
- Toracocentesis.

Hemotórax masivo:

- Clínico.

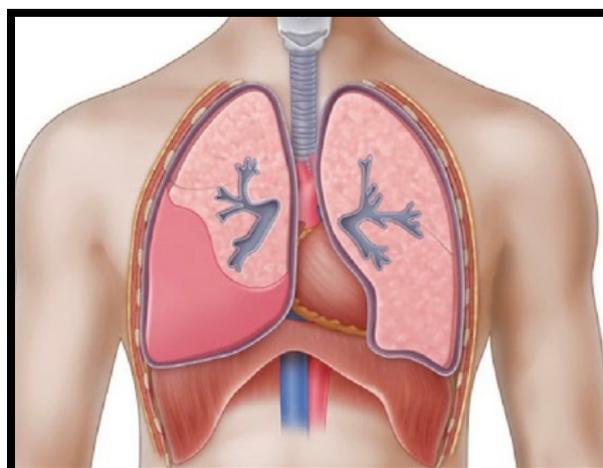
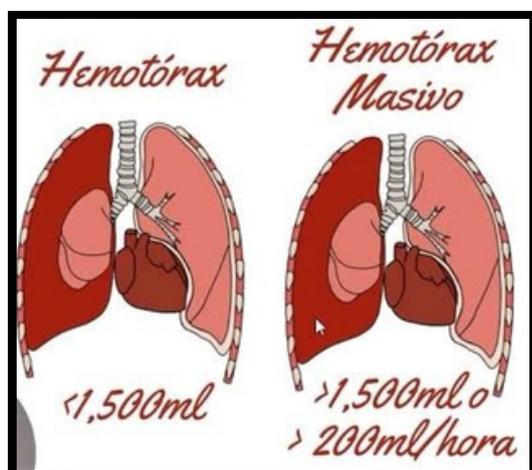
**Tratamiento:** Tx inicial de hemotórax masivo:



- Reposición de volumen mas descompresión con sonda endopleural de 28-32 fr en 5to espacio intercostal linea axilar anterior.
- Iniciar toracotomía.

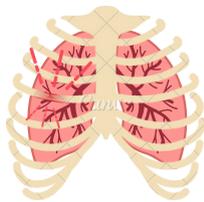
Tx definitivo:

- Hemotórax: Sonda de pleurostomia de gran calibre en linea axilar anterior 5to espacio intercostal.
- Hemotórax masivo: Realizar toracotomía si presenta una evacuación de sangre mayor de 1500ml o mayor de 200ml/hr en 2- 4 horas.



# Traumatismos TORACICOS.

## Tórax inestable.



Producto de la fractura de 2 o mas costillas adyacentes con alteración en cinética de ventilación.

**Etiología:** • Consecuencia de un trauma asociado a múltiples fracturas costales.



**Clínica:**

- Dolor durante movimiento respiratorio.
- Movimiento asimétrico entre ambos hemitórax.
- Crepitaciones en el área costal.



**Diagnostico:**



- Clínico.
- Radiografía.

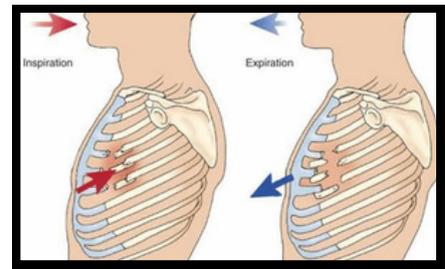
**Tratamiento:**

Tx inicial:

- Oxigenación, hidratación y analgesia.
- Intubación endotraqueal (hipoxemia).

Tx definitivo:

- Quirúrgico.



## Contusión pulmonar.

Lesión potencialmente letal mas frecuente en el tórax inestable y principal causa de muerte en trauma torácico.

## Taponamiento cardiaco.



Acumulación de sangre en cavidad pericárdica que dificulta llenado de cavidades.

**Etiología:** • Asociado a un trauma penetrante, puede presentarse como una actividad eléctrica sin pulso.

**Clínica:** Triada de BECK.

- Hipotensión arterial.
- Disminución de ruidos cardiacos.
- Ingurgitación yugular.



**Diagnostico:**



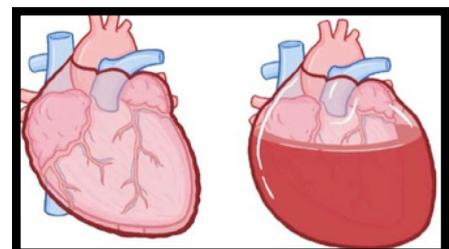
- Inicial: Clínico.
- Confirmatorio: USG FAST.

**Tratamiento:** Tx inicial:

- Pericardiocentesis guiada por USG.

Tx definitivo:

- Toracotomía con ventana pericárdica.



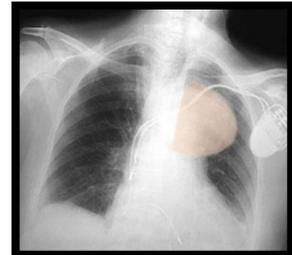
# Traumatismos TORACICOS.

*Diseción aortica.* Lesión en la capa intima de la aorta.



**Etiología:**

- Asociada a un trauma por desaceleración, caídas de gran altura o accidentes de tránsito.



**Clínica:**

- Dolor torácico agudo mas hipotensión refractaria.

**Diagnostico:**

- Radiografía toracica (ensachamiento mediastinal mayor de 8 cm, obliteracion de boton aortico, desviacion de traquea o esofago a la derecha).
- Angiotomografía.



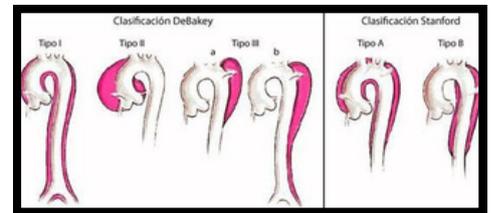
**Tratamiento:** Tx inicial:



- Controlar la TA con esmolol (meta de menos de 80 LPM y TAM de 60.70 mmHg).
- Alternativa: Nicardipino, nitroglicerina, nitroprusiato.

Tx definitivo:

- Drenaje amplio del espacio pleural y mediastino, con reparación directa de la lesión.



*Ruptura esofágica por trauma.*



Trauma cerrado con desgarro lineal por aumento de presión intrabdominal hacia el esófago.

**Etiología:**

- Consecuencia de un trauma penetrante.

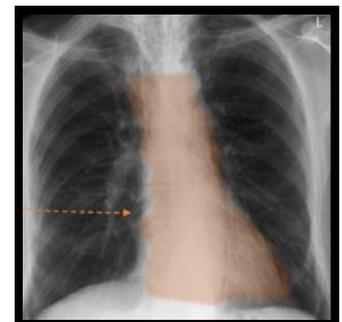
**Clínica:** Se presenta como un neumotórax izq. sin fracturas costales.



- Golpe en la parte inferior del esternón o epigastrio.
- Dolor o shock.

**Diagnostico:**

- Radiografía de tórax (aire en mediastino).
- TAC contrastada.
- Endoscopia.



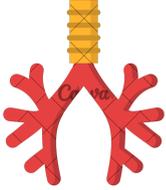
**Tratamiento:** Tx definitivo:



- Drenaje amplio del espacio pleural y mediastino, con reparación directa de la lesión.

# Traumatismos TORACICOS.

## Lesión del árbol traqueobronquial.



Se produce a 2.4 cm de la carina en donde el bronquio derecho es el mas afectado.

### Etiología:



- Secundaria a desaceleración rápida en un trauma contundente, aplastamiento o trauma cerrado.

### Clínica:

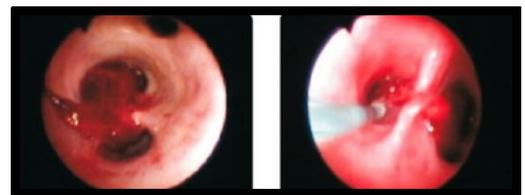


- Hemoptisis.
- Neumotórax hipertensivo.
- Enfisema subcutáneo cervical.
- Salida de grandes cantidades de aire posterior a la colocación de sonda endopleural.



### Diagnostico:

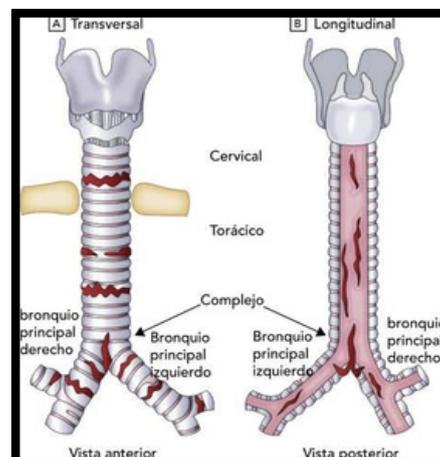
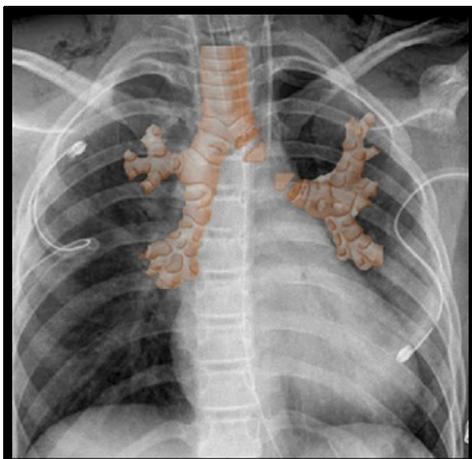
- Clínico.
- Broncoscopia (GOLD STANDAR).

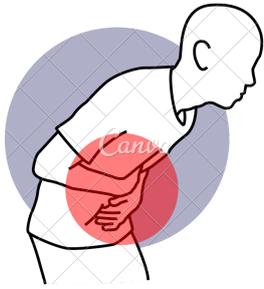


### Tratamiento: Tx inicial:



- Colocación de VA definitiva (se requiere asistencia endotraqueal con fibra óptica).
- Tx definitivo:
- Intervención QX temprana en pacientes estables e inestables hasta que se resuelva inflamación y edema.





# TRAUMATISMOS ABDOMINALES.

## **Trauma cerrado.**

Sin solución de continuidad en peritoneo (accidentes vehiculares, caídas).

## **Trauma abierto.**

Con solución de continuidad en peritoneo que pone en contacto la cavidad abdominal con el exterior.

### **Trauma cerrado.**

- Bazo 40-55%.
- Hígado 35-45%.
- Riñón 15%.
- Intestino delgado 5-10%.

### **Trauma abierto/penetrante..**

Herida por arma blanca.

- Hígado 40%.
- Intestino delgado 30%.
- Diafragma 20%.

Herida por arma de fuego.

- Hígado 30%.
- Intestino delgado 50%.
- Colon 40%.

Estabilidad hemodinámica?

Inestable.

Indicaciones para laparotomía.

SI.

NO

TAC

USG FAST.

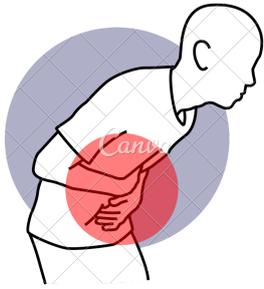
Sin disponibilidad.

Lavado peritoneal.

Cualquier estudio positivo.

- Trauma cerrado con LP (positiva).
- Trauma cerrado con USG FAST (positivo).
- TAC: con daño a órgano comprobado.
- Datos de peritonitis.
- Herida por arma de fuego.
- Herida por arma blanca mas inestabilidad.
- Evisceración.





# TRAUMATISMOS ABDOMINALES.

## **Lesión duodenal**

Herida en la primer parte del intestino delgado, el duodeno.

**Etiología:**

- Antecedente de impacto frontal, golpe directo de abdomen.

**Clínica:**

- Aspiración de sangre por SNC.
- Aire en retroperitoneo en tomografía.

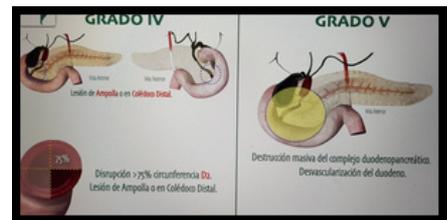


**Diagnostico:**

- TAC de doble contraste.

**Tratamiento:**

- Laparotomía (de elección).



## **Lesión pancreática.**



Paciente con antecedente de golpe directo en epigastrio.

**Etiología:**

- Accidentes automovilístico.

**Clínica:**

- Trauma cerrado.
- Enzimas pancreáticas normales (se elevan).

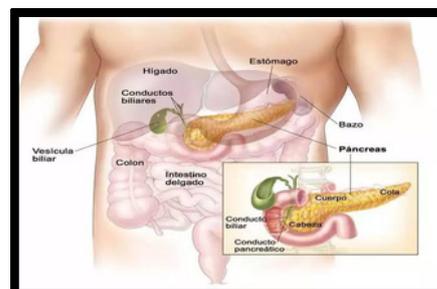
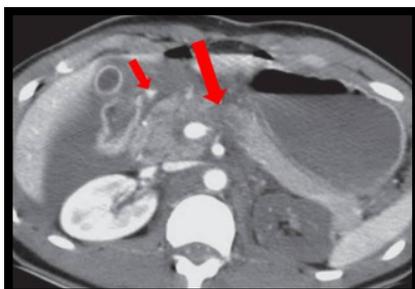
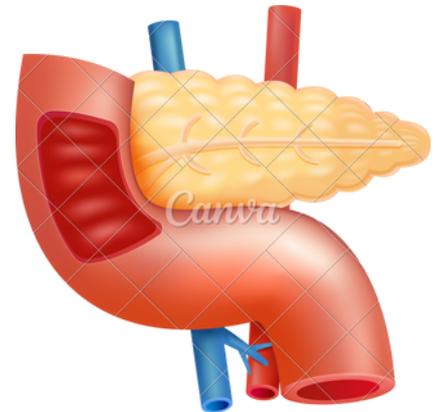
**Diagnostico:**

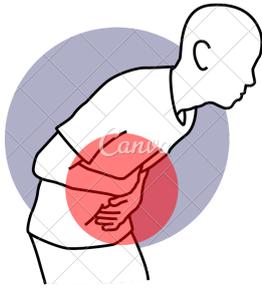
- TAC de doble contraste.



**Tratamiento:**

- Laparotomía (de elección).





# TRAUMATISMOS ABDOMINALES.



## Lesión esplénica.

Órgano mas afectado en traumatismos penetrantes.

**Etiología:**

- Ocurre cuando el bazo es lesionado debido a un golpe o trauma, por un impacto externo.

## Clínica:



- Hemorragia e irritación peritoneal en área esplénica.
- **Signo de Kehr:** Dolor en hombro izq. secundario a irritación diafragmática en la ruptura esplénica.

## Diagnostico:



- Ultrasonido abdominal.
- Tomografía computarizada.

## Tratamiento:

- TX conservador (vigilancia y reposo).
- Laparotomía.

Escala AAST de Lesión Esplénica	
I	• Hematoma subcapsular < 10% de superficie. • Desgarro capsular < 1cm de profundidad
II	• Hematoma subcapsular 10-50% de superficie. • Desgarro capsular 1-3 cm de profundidad
III	• Hematoma subcapsular > 50% de superficie. • Desgarro capsular > 3 cm de profundidad
IV	• Hematoma roto con afectación de vasos segmentarios o hiliares / Desvascularización > 25%
V	• Avulsión completa • Lesión hilar que desvasculariza el vaso

## Lesión hepática.



- Daño al hígado, resultado de una lesión penetrante.

**Etiología:**

- Trauma cerrado o penetrante por arma de fuego.



## Clínica:



- Dolor abdominal.
- Sensibilidad a la palpación.
- Signos de shock.
- Distensión abdominal.

## Diagnostico:



- Ecografía abdominal.
- Radiografía abdominal.

**Tratamiento:** TX definitivo:



- Drenaje guiado por imagen.
- Cirugía.

