

HERIDAS TORACOABDOMINALES

Celmar Rodriguez Duran

Medico interno

Cirugía de Tórax

Tutor: Dr. Raúl vera



Lesiones traumáticas del diafragma.
Lesiones abdominales. vísceras

Signos ni síntomas específicos

El lavado peritoneal
Pruebas de Rayos X

La laparoscopia y la toracoscopia diagnósticas.

Consecuencia de traumatismo cerrado o abierto.

Hemitórax izquierdo

Conducta Qx
-Pleurostomía
-Laparotomía



División Parasimpática

Inervación Vagal Parasimpática Visceras Tóraco-abdominales

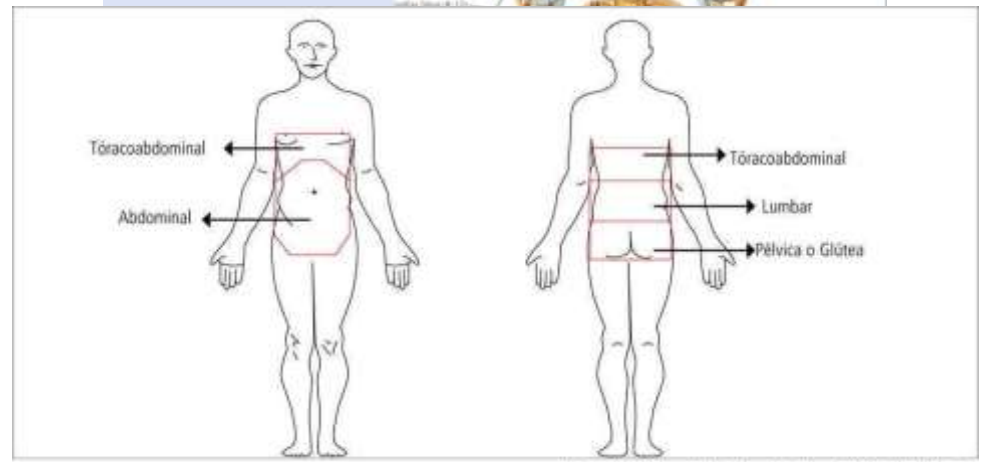
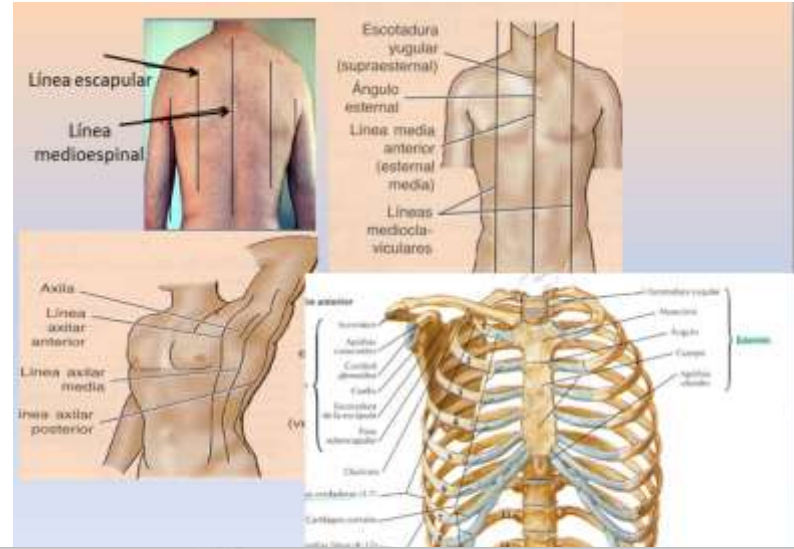


Salida Motora Visceral

Plexo pulmonar
Rama cardíaca
Rama gástrica

Plexo celíaco
Plexo mesentérico inferior

Sistema Viscer Medicina ULA 2015



Revista Médica Clínica Las Condes. 2011;22:623-30

ABDOMEN INTRATORACICO

Demarcada por la línea del pezón, bordes de las costillas y escápulas.

Vísceras abdominales D.



Hemitórax izquierdo.
Región anterior del hemitórax
derecho.

Herida pulmonar

Neumotórax
Hemotórax

90 % colocación de sondas
pleurales.

Sangramiento parenquimatoso cesa
a medida que avanza el colapso
pulmonar.

-Baja presión
sanguínea CP.
-Retracción
elástica del
parénquima y la
riqueza del
tejido pulmonar
en
tromboplastina

Cavidad abdominal

Hígado > incidencia de lesión,
topográficamente jaula torácica desde el 5to.
espacio intercostal.

Laparotomía
Toroscopia



TT son cerrados
TT abiertos
Arma de fuego

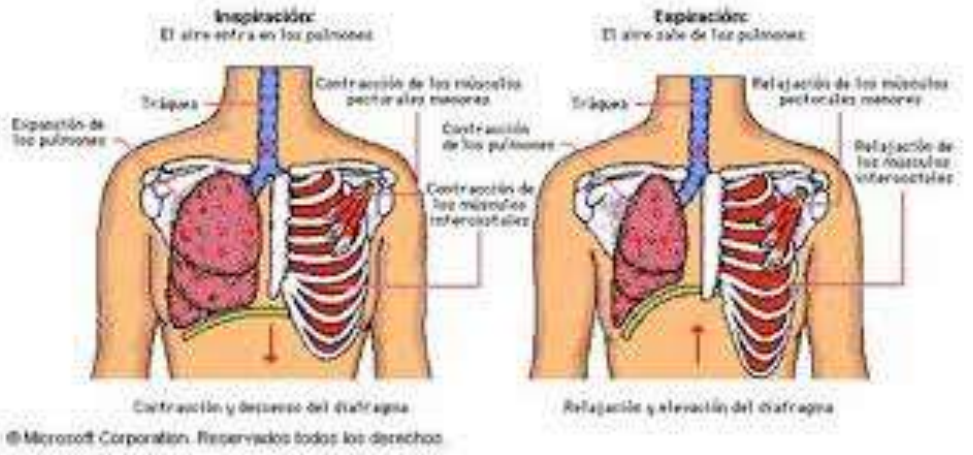
Intubación endotraqueal, asistencia ventilatorio, control del volumen sanguíneo , antibióticos, gases sanguíneos, imagenología y toracoscopia.

Cambio de volumen por el movimiento del diafragma (4- 5 espacio intercostal)

Decúbito dorsal detrás de la reja costal los órganos superiores del abdomen como el hígado, bazo y el estomago “toracoabdominal”

Superior grandes vasos que van hacia la zona del cuello

Lesiones abordaran incisiones cuello-tórax.
Las heridas en el tórax ocasionar lesiones de la columna con secuelas neurológicas.



MECANISMOS DE TRAUMA

TAT

Lesión atraviesa la pleura parietal
Heridas por arma blanca y por arma de fuego.

-En la herida por arma blanca la lesión se produce únicamente en el trayecto que compromete el tejido penetrado.

-No sólo hay afección por el trayecto del proyectil, EC que se transfiere a tejidos.

TCT

Aplicación de energía sobre los tejidos, lo cual los lesiona, sin violar su integridad. EC.



TRAUMA CERRADO (CONTUSO)

Resulta de la aplicación de energía sobre los tejidos, lo cual los lesiona, sin violar su integridad.

TRAUMA ABIERTO (PENETRANTE)

Corresponde a una lesión que viola la integridad de los tejidos; en el caso del trauma de tórax se define como la lesión que atraviesa la pleura parietal.



FISIOPATOLOGIA

SISTEMA CARDIOVASCULAR

Responsable de la oxigenación
Eliminación de CO₂
Aporte de sangre a los tejidos periféricos



Acidosis
Hipercapnia e hipoxia
tisular.

HIPOXEMIA

Hipovolemia secundaria a
sangrado.
Alteración secundaria a
diversos mecanismos como CP,
hematomas, CA y cambios p.
intratorácica (hemo- neumo).

HIPERCAPNIA

Venti. Cambios de la presión
intratorácica, alteración de
la conciencia.

ACIDOSIS

(-) perfusión de los tejidos, rta
acumulación intracelular de ácido
láctico + por elevación de la tensión
del CO₂.



MANEJO PREHOSPITALARIO

Valoración rápida de las funciones vitales



RESTITUCION SV: actuar y solucionar los problemas que se presentan en cada uno de los punto del ABC.

REVISION PRIMARIA

A: Vía aérea con control de la columna cervical.

B: Ventilación y oxigenación.

C: Tratamiento del shock y control de la hemorragia.

D: Rápida valoración neurológica.

E: Exposición total del paciente con control de la hipotermia.

Neumotórax a tensión, neumotórax abierto, tórax inestable, hemotórax masivo y taponamiento cardiaco.

REVISION SECUNDARIA

Valoración completa

Neumotórax simple, hemotórax, contusión pulmonar, lesiones del árbol traqueobronquial, trauma cardiaco cerrado, ruptura traumática de la aorta, lesión traumática del diafragma y heridas transmediastinales.



Valoración rápida de inspección

Respiración rápida y superficial.

Cianosis, ventilación asimétrica.

Distensión de venas del cuello (la ingurgitación yugular T.T).

TA pulsioximetría
RC
Rx torax (ap y L).
TAC
Eco transesofágico

COMPROMISO V.A

Neumotórax a tensión, neumotórax abierto, hemotórax masivo, taponamiento cardíaco, traumatismo de grandes vasos.

COMPROMISO P.C

Neumotórax y hemotórax simple, contusión pulmonar, fractura costal, rotura de vía aérea, traumatismo cardíaco, lesiones diafragmáticas, fracturas costales simples, traumatismo de esófago.



LESIONES ASOCIADAS A COMPROMISO VITAL

Neumotórax abierto

T: Traumatismo penetrante.
S: Lesión pondrá contacto con pleura con el exterior. (shock mecánico).

C: Orificio es dos tercios (tráquea: ventilación ineficaz y neumotórax a tensión).

TTO: cerrar herida apósito (no totalmente)

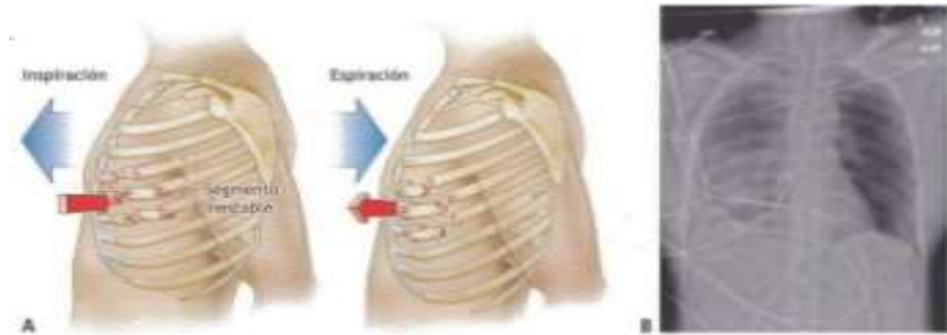
Hemotórax masivo

E: Entrada de aire a cavidad pleural.
D: Acumulación sangre > 1500ml espacio pleural.
n: Desplazamiento de estructuras mediastínicas lado contralateral.
I: Hipoventilación, matidez, distensión venas del cuello.

TTO: catéter en 5to intercostal línea medio clavicular (descomprimir).
E: n: TTO: reposición del volumen, drenaje torácico 4-5 espacio.
E: n: Ex se coloca tubo a tórax 4-5 y línea axilar 1500ml primero momentos o ritmo de D 200- 400 ml/h en 4h.



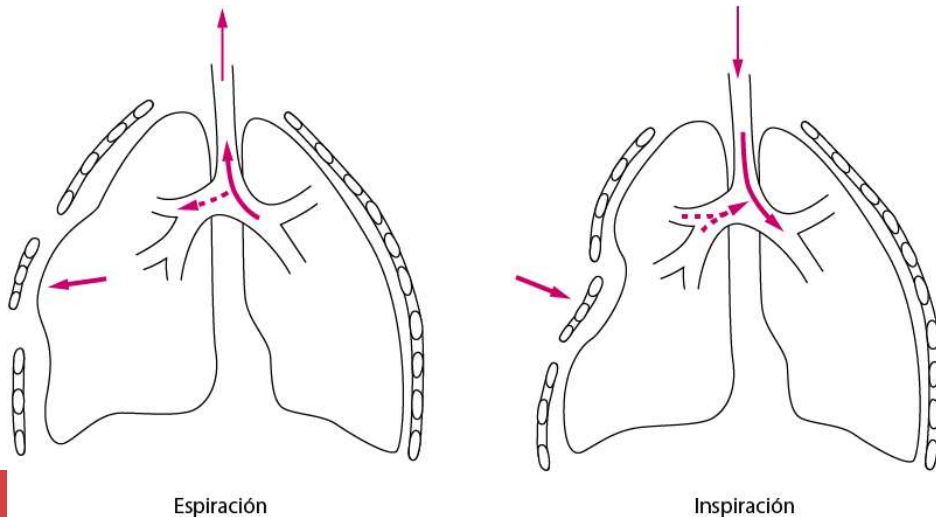
LESIONES POTENCIAL COMPROMISO VITAL



Lesión importante produce hipoxia severa
Dolor por movimiento + lesión subyacente pulmonar
HIPOXIA

onar

Traumatismo esofágico, cardiaco,
traumatismo de grandes vasos.
Fracturas costales, esternón.

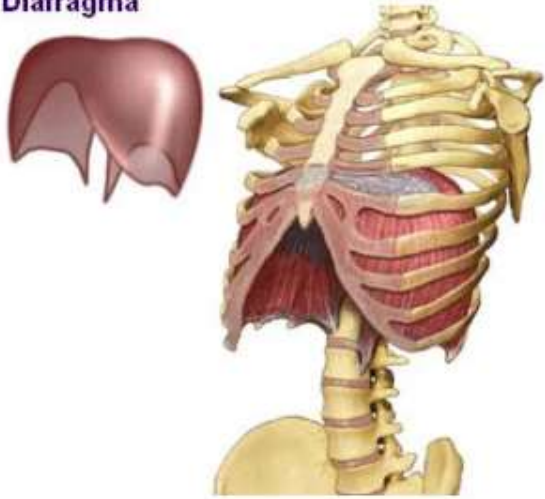


TRAUMA TORACOABDOMINAL

El diafragma

Convexo a la cavidad torácica y limita por abajo, donde es cóncavo, a la cavidad abdominal.

Diafragma



Porción anterior: apéndice xifoides y la aponeurosis del músculo transverso del abdomen.

SUPERIOR

Ramas que provienen de la arteria mamaria interna.

INFERIOR

Ramos que provienen generalmente de la aorta abdominal, ramos del tronco celíaco

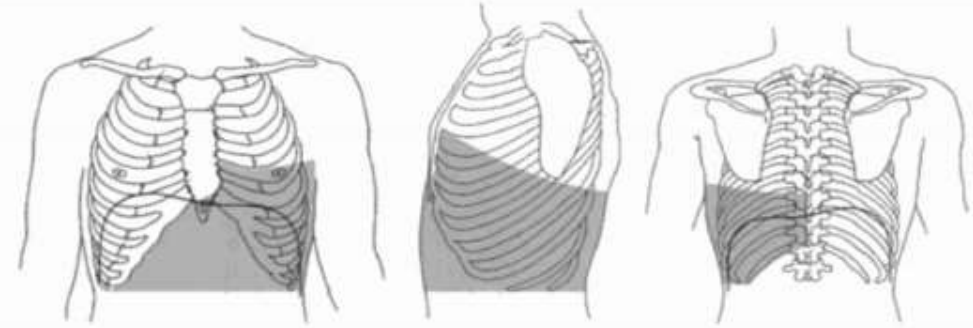
VENAS: encuentran en los troncos venosos lumbares ascendentes en los cuales drenan parte de las venas de la parte posteromedial.

NERVIOS: Frénico, emite ramas sensoriales a la pleura y al peritoneo. Las ramas motoras mas grandes se separan en 3 o 4 troncos nerviosos principales: (Eternal, Anterolateral, Postero-lateral y Crural).



AREA TORACOABDOMINAL

Sitúa anteriormente entre el 5to y 6to espacio intercostal, lateralmente entre el séptimo y octavo espacio intercostal y posteriormente entre el noveno y décimo espacio intercostal.



17% a 63% de los pacientes.
12% - 60% no es detectada a pesar de métodos dx.
7% al 13% puede presentar hernia diafragmática encarcelada o estrangulada. **36% mortalidad.**

MANIFESTACIONES CLINICAS

Asociada laceración de otros órganos intra-abdominales o hernias diafragmáticas traumáticas.

Depende principalmente de la ubicación de la lesión y el mecanismo de trauma.

La presencia de una lesión diafragmática, el gradiente de presión entre el tórax y el abdomen + movimientos respiratorios.

Complicaciones graves como: trastornos vasculares y gangrena de los órganos huecos, como el colon y el estómago.



DIAGNOSTICO

Retraso puede llevar a complicaciones, como la herniación de órganos abdominales en la cavidad torácica. **(4,4-48,1% M)**

Lesiones penetrantes rx tórax normal (%), rx anormales.
Hemotórax, neumotórax, herniación de órganos.

Radiografía de tórax, lavado peritoneal.

Excluir lesiones diafragmáticas

Rx: heridas por arma de fuego (tra) Tc no resultados óptimos.

LAPAROTIMIA

- Estables hemo dinámicamente con herida en región izquierda.-
- Heridas de arma blanca anterior con resultados inciertos de peritonitis.
- Hernia omental o del intestino.

quirúrgica pts herida por arma de fuego.

TORACOSCOPIA
Método dx y tto.



TRATAMIENTO

Pacientes inestables

Laparotomía:

- lesiones con evidencia clara de peritonitis.
- lesiones en esófago, vasculares, cardíaca.



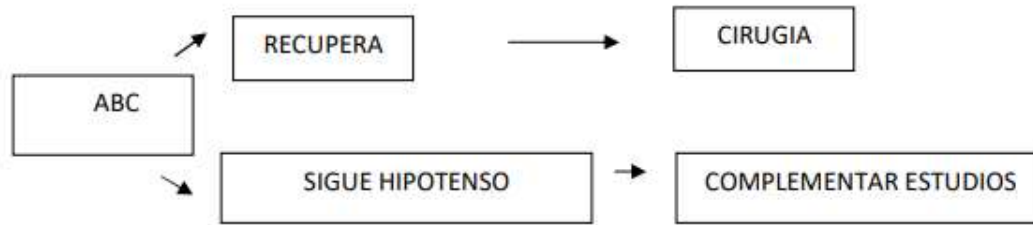
Herida por AF trayectoria inespecífica.



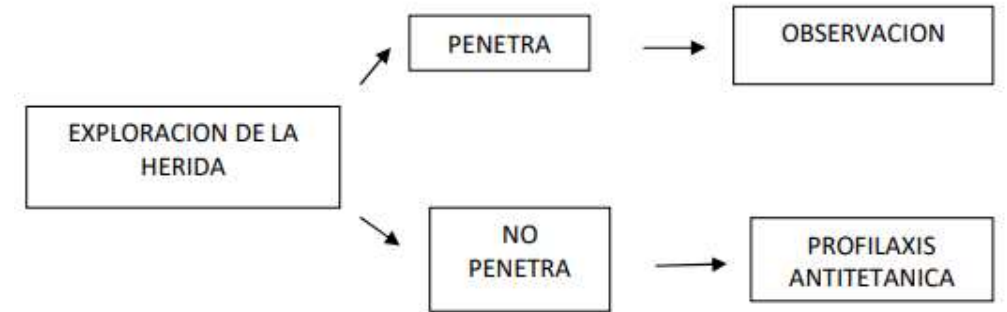
Descartar perforaciones en intestino delgado.



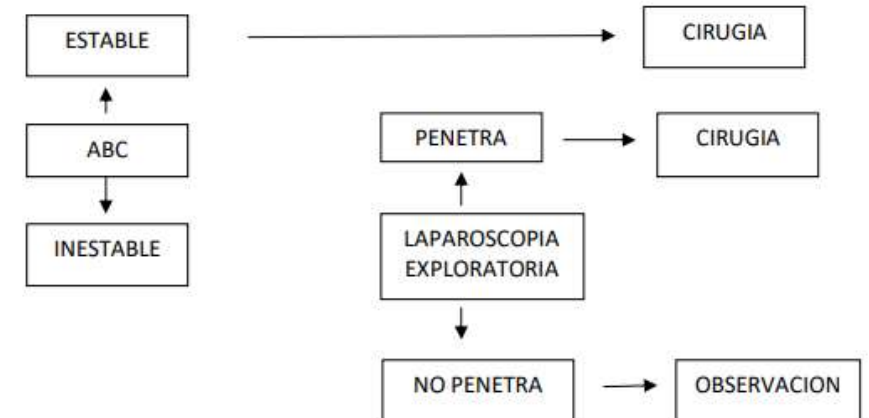
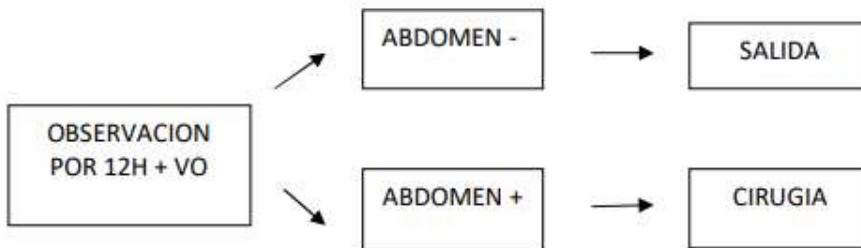
MANEJO DE PACIENTE INESTABLE



MANEJO HERIDA ABDOMINAL POR AC



MANEJO SELECTIVO TRAUMA PENETRANTE



BIBLIOGRAFIAS

1. <https://contenidos.usco.edu.co/salud/images/documentos/grados/T.G.Medicina/356.T.G-Carlos-Emilio-Polo-Rivera,-Sindi-Lorena-Ñañez-Aguirre-2011.pdf>.
2. Trauma Toracoabdominal DE: D. F. CURREA, MD; R. FERRADA, MD, SCC.
3. Heridas de la región toracoabdominal, Wounds in the thoracoabdominal región DE: Dr. Demetrio Mesa Pérez, Dr. Manuel Hidalgo Herrera, Dr. Félix Armando Cabrera Cárdenas, Dr. Alfonso Pérez Espinosa, Dra. Zinia Fernández Solares

