

TRAUMATISMOS TORÁVICOS

CLASIFICACIÓN

CERRADO: hemotórax, neumotórax, enfisema subcutáneo, rotura bronquial, rotura aórtica, contusión.

ABIERTO: enfisema subcutáneo, hemotórax, neumotórax, laceración pulmonar, traqueal o bronquial, contusión pulmonar, lesión esofágica, diafragmática, cardíaca y de los grandes vasos.

El manejo inicial de estos pacientes es el mismo que el de un politraumatizado, consistiendo en la permeabilización de la vía aérea y la restauración hemodinámica. Posteriormente se valora la radiografía. Las patologías más frecuentes son:

Fractura costal: ¹

Es la más común, puede producir laceración de las dos pleuras y del pulmón.

Clínica: dolor, IResp y retención de secreciones.

Diagnóstico: placa de tórax y parrilla costal, la no observación inicial de la fractura no excluye su presencia. La IResp se valora por gasometría.

Tratamiento: analgesia habitual (nolotil, paracetamol, aspirina, opiáceos) y profilaxis de los riesgos que conlleva la hipoventilación tales como la atelectasia y acumulo de secreciones mediante la administración de mucolíticos y buena hidratación.

Fractura de esternón: ²

Sola o asociada a fracturas costales.

Clínica: dolor localizado de manera precisa por el paciente, puede presentar un hematoma en dicha región.

Diagnóstico: examen físico y confirmación en la placa de tórax. Descartar lesión miocárdica por medio de un EKG; y de grandes vasos mediante TAC y angiografía

Tratamiento: analgesia y observación.

Tórax Inestable o Volet Torácico: ³

Fractura de dos o más costillas contiguas en más de un lugar, dando lugar a una respiración paradójica (en la inspiración ese fragmento se hunde y en espiración sobresale)

¹ Ver imágenes 1 y 2 en Apéndice

² Ver imagen 3 en Apéndice

³ Ver imágenes 4 y 5 en Apéndice

Clínica: Insuficiencia respiratoria variable (desde leve disnea hasta toracoplastia traumática oculta por un gran hematoma)

Diagnóstico: por inspección, respiración paradójica y placa de tórax

Tratamiento: dependiendo de la gravedad: analgesia loco-regional, métodos quirúrgicos (métodos de tracción externa, osteosíntesis; en caso de hipoxia e hipercapnia progresiva será necesario la intubación con PEEP y posterior estabilización mecánica)

Aire Extranatómico:⁴

Incluye el aire subcutáneo o en el mediastino o en pericardio. Su presencia puede o no estar asociada a un neumotórax. Su presencia no indica de manera necesaria patología severa.

Clínica: el enfisema subcutáneo en la mayor parte de los casos se asocia con neumotórax.

Diagnóstico: radiología, a la palpación puede notarse crepitar.

Tratamiento: en el contexto de un traumatismo cerrado, requiere vigilancia y colocación de drenaje torácico con sello bajo agua, aunque el neumotórax no sea evidente.

Neumotórax:⁵

Simple: Acumulo de aire en la pleura pero sin desplazamiento mediastínico ni del diafragma ipsilateral.

Clínica: dependerá de la extensión del mismo, dolor, incapacidad para toser e insuficiencia respiratoria.

Diagnóstico: Placa de tórax en espiración forzada.

Tratamiento: si no requiere ventilación mecánica ni anestesia general y el tamaño del pulmón es como mínimo de un 3,5x3 puede tratarse de forma conservadora. Lo más efectivo es la colocación de un drenaje con sello bajo agua.

Existen 2 tipos de neumotórax:

- **A TENSION:** Desplaza el mediastino hacia el lado contralateral.

Clínica: dolor, incapacidad para toser, insuficiencia respiratoria y problemas para el retorno venoso.

Diagnóstico: Sospechase en traumatismo torácico, neumotórax o desplazamiento del latido de la punta. Se apreciará la disminución de los movimientos respiratorios, las vibraciones vocales, del murmullo vesicular y aumento del timpanismo. Placa de tórax.

⁴ Ver imágenes 6 y 7 en Apéndice

⁵ Ver imágenes 8, 9 y 10 en Apéndice

Tratamiento: Catéter en espacio intercostal y drenaje torácico.

- **ABIERTO:** Comunicación de la cavidad pleural con el exterior mediante una brecha en la pared torácica.

Clínica: herida en la pared torácica, dolor, insuficiencia respiratoria grave y severa.

Diagnóstico: Clínica, traumatopnea y bamboleo mediastínico. Placa de tórax.

Tratamiento: Cubrir la herida con un paño húmedo dejando libre el borde inferior del apósito, oxígeno, valorar la posibilidad de intubar, coger una vía y mantener las constantes del enfermo. Intervención quirúrgica de la brecha torácica.

Hemotórax:⁶

Sangre en la cavidad pleural.

Diagnóstico: Placa de tórax que muestra opacificación de la parte inferior con o sin nivel hidroaéreo en bipedestación (curva de Ellis-Damoiseau).

Tratamiento: Según el volumen y la velocidad de instauración de la hemorragia. Se considera pequeño hasta los 350cc y masivo a partir de los 1500cc. Si es pequeño se pinza

el seno costodiafragmático y se hace fisioterapia rehabilitadora. Si es mayor es necesario colocar un drenaje torácico y valorar toracotomía urgente.

Contusión Pulmonar⁷

Rotura alveolar con trasudado de líquido y extravasación de sangre, produciendo obstrucción localizada de la vía aérea y atelectasia.

Clínica: Insuficiencia respiratoria mayor o menos dependiendo del área pulmonar contusionada, hemoptisis.

Diagnóstico: Las lesiones radiológicas no aparecen hasta pasadas 12-24h de la lesión, hay opacificación parenquimatosa distribuida como parches y densidades peribronquiales. Gasometría arterial.

Tratamiento: instalación de oxigenoterapia o ventilación mecánica si fuera necesario.

Laceración Pulmonar

Acompaña a una lesión penetrante o fracturas costales, que se suelen acompañar de hemo neumotórax. Cuando se coloca un drenaje torácico la reexpansión del pulmón taponaa la laceración siendo en la mayor parte de las ocasiones efectivo.

⁶ Ver nota 5.

⁷ Ver imagen 11 en Apéndice.

Asfixia Traumática:

Rara secuela del traumatismo torácico cerrado en la que se fuerza la pared anterior del tórax hacia atrás comprimiendo el corazón contra la columna vertebral.

Clínica: hemorragias petequiales en la piel y mucosas resultando un aspecto azul-purpura en cabeza, cuello, tórax superior y pequeñas hemorragias conjuntivales.

Tratamiento: A pesar de los síntomas alarmantes, no suele requerir tratamiento adicional.

Lesión de los Grandes Vasos:⁸

Clínica: Hipovolemia y shock, insuficiencia respiratoria

Diagnóstico: hemorragia pleural masiva y/o continua con ensanchamiento mediastínico. Si la hemorragia es autolimitada se sospecha al aparecer un soplo nuevo. Esta lesión debe descartarse por angiografía o por DIVAS.

Tratamiento: quirúrgico.

Rotura Aórtica:⁹

Suele tener otras lesiones graves asociadas por lo que el **diagnóstico** de rotura aortica requiere sospecha clínica previa. Triada de signos:

- Amplitud del pulso y de la TA en EESS
- Descenso del pulso y de la TA en EEII
- Ensanchamiento mediastínico en la radiografía

Confirmar por aortografía o DIVAS

Tratamiento quirúrgico

Lesiones Cardiacas y Pericárdicas.

Varía desde contusión hasta rotura.

Clínica: roces, dolor torácico, taquicardia, soplos y arritmia.

Diagnóstico: EKG (cambios inespecíficos de la onda T y QRS. Alteraciones del ritmo si hay taponamiento).

⁸ Ver imagen 12 en Apéndice.

⁹ Ver imagen 13 en Apéndice

Tratamiento: contusión miocárdica=tto. como IAM. La digoxina solo debe usarse en caso de insuficiencia cardiaca o con FA con respuesta ventricular rápida.

Heridas y Roturas Diafragmáticas¹⁰

Ambas producen la solución de continuidad diafragmática pudiendo ocasionar hernias diafragmáticas. Son más frecuentes en el lado izquierdo.

Clínica: Resp de diversa gravedad. Puede haber lesiones torácicas asociadas como fracturas costales, dolor, hemoqueumotórax, etc. Paso de vísceras abdominales a la cavidad torácica.

Diagnóstico: Placa de tórax: elevación del hemidiafragma junto con rechazo mediastínico e hiperclaridad gaseosa torácica de límite superior convexo. Ecografía Abdominal. TAC toracoabdominal, tránsito baritado o enema opaco si estrangulación de vísceras. Presencia de SNG en la hiperclaridad torácica

Tratamiento: quirúrgico.

Drenaje Torácico:

Se usan trócares de diferente calibre, lo normal es 24-28.

Lugar de inserción: línea axilar media o anterior en su intersección con la línea mamilar en el varón. Se infiltra con anestesia local, se abre con un bisturí se disecciona con mosquito hasta penetrar en el espacio pleural. A continuación se coloca el trocar dirigido hacia arriba en caso de que sea predominantemente aire o hacia abajo si es sangre.

Sujeción del trocar con puntos de seda.

¹⁰ Ver imagen 14 en Apéndice.