



Cartas al director

Importancia del signo del cinturón de seguridad en las hernias traumáticas de pared abdominal



Importance of the seat belt sign in traumatic abdominal wall hernias

Sr. director:

Las hernias traumáticas de pared abdominal son una realidad cada vez más frecuente, como consecuencia del aumento de los accidentes de tráfico. Su frecuencia real es desconocida e infravalorada por falta de registros adecuados. El manejo de un paciente tras traumatismo abdominal cerrado es muy complejo, y pone a prueba la capacidad de los profesionales implicados y del sistema. Aunque el uso del cinturón de seguridad (CS) es un requisito obligatorio, no está exento de problemas. El «síndrome del cinturón de seguridad» fue publicado por McCarthy en 1996, y contempla una fractura-subluxación de la primera vértebra lumbar, perforación del yeyuno y laceración mesentérica del intestino delgado¹.

Presentamos el caso de una mujer de 30 años que llegó al servicio de urgencias tras un accidente frontal de coche en el que ella era el copiloto y llevaba puesto el CS (fig. 1). Tras la adecuada reanimación y valoración de lesiones, se le realizó una tomografía que descartó lesiones internas, y tras ser estabilizada, pasó a hospitalización. A las 18h avisaron por dolor abdominal y se volvió a valorar a la paciente. En la exploración se advirtió un abdomen defendido y distendido. A pesar de la tomografía inicial se decidió repetir otra con urgencia, con la que se demostró la presencia de neumoperitoneo y líquido libre intraabdominal, y se concluyó como posible una lesión de víscera hueca. Se indicó una laparotomía urgente, que confirmó una peritonitis intestinal por rotura antimesentérica de intestino medio y laceración de su meso (fig. 2). Se realizó una resección segmentaria y una anastomosis termino-terminal. Al empezar el cierre se advirtió «de forma casual» una rotura completa de la pared abdominal izquierda infraumbilical (músculo recto abdominal y su vaina) (fig. 3). Se realizó una reconstrucción anatómica primaria sin malla, como aconsejan Lane et al., dado el alto riesgo de infección². La paciente evolucionó bien y fue alta a los 4 días para control domiciliario.

De este caso aprendemos 3 lecciones que no podemos olvidar:

- 1) Cualquier trauma por accidente de tráfico debe ser monitorizado de forma adecuada durante al menos 72 h, a pesar de que la tomografía inicial sea normal. Este hecho no excluye una lesión visceral. Ante cualquier duda, debe repetirse a las 24 h^{3,4}.
- 2) La sola presencia del signo del CS debe considerarse como predictiva de lesión intraabdominal, y por tanto, debe actuarse con el adecuado control hospitalario.



Figura 1 – Exploración física de la paciente. Se advierte claramente el signo del cinturón de seguridad sobre la cresta ilíaca (herida cutánea, abrasión y hematoma regional en el trayecto del cinturón) tras un accidente de tráfico.



Figura 2 – Detalle de la exploración quirúrgica, donde se encuentra una peritonitis con una clara perforación intestinal antimesentérica (lesión visceral asociada al accidente).



Figura 3 – Detalle de la rotura completa de la pared abdominal, a nivel infraumbilical izquierdo, que incluye músculo recto del abdomen y su vaina aponeurótica.

pared abdominal antes del cierre quirúrgico. El paciente debe seguirse al alta, y repetir la exploración a los 3 y 6 meses para descartar una hernia traumática, una vez desaparecido el hematoma inicial. Así se puede evitar su presentación tardía⁵.

En los próximos años, los cirujanos deberán estar preparados para afrontar, cada vez con mayor frecuencia, este tipo de problemas, y solo un alto índice de sospecha clínica mejorará el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes. El correcto diagnóstico debe ser esencial para poder planificar la técnica de reparación parietal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carbonell-Tatay F, Moreno-Egea A, editores. *Eventraciones. Otras hernias de pared y cavidad abdominal*. Picanya: Ed. Vimar; 2012.
2. Lane CT, Cohen AJ, Cinat ME. Management of traumatic abdominal wall hernia. *Am Surg*. 2003;69:73-6.
3. Belgers HJ, Hulswé KW, Heeren PA, Hoofwijk AG. Traumatic abdominal wall hernia: Delayed presentation in two cases and a review of the literature. *Hernia*. 2005;9:388-91.
4. Bender JS, Dennis RW, Albrecht RM. Traumatic flank hernias: Acute and chronic management. *Am J Surg*. 2008;195:414-7.
5. Liasis L, Tierris I, Lazarioti F, Clark CC, Papaconstantinou HT. Traumatic abdominal wall hernia: Is the treatment strategy a real problem? *J Trauma Acute Care Surg*. 2013;74:1156-62.

Alfredo Moreno-Egea*, Álvaro Campillo-Soto
y Benito Flores-Pastor

Servicio de Cirugía General y Digestivo, Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

* Autor para correspondencia: Avda. Primo de Rivera 7, 5.º D, 3008 Murcia, España. Tel.: +639662113.

Correo electrónico: morenoegeaalfredo@gmail.com
(A. Moreno-Egea).

2255-2677/\$ – see front matter

© 2013 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehah.2014.01.004>

- 3) Las hernias traumáticas pueden pasar desapercibidas, tanto durante la exploración clínica y tomografía inicial como durante la laparotomía. Cuando se vean erosiones del CS, sería obligatoria una cuidadosa inspección de la