



## 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 delgado<sup>1</sup>.

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 18 h 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 infección<sup>2</sup>. 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<sup>3,4</sup>.
- 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 tardía<sup>5</sup>.

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, Hulstewé 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, Clarck 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

# Otras cuestiones de acentuación gráfica: la tilde en las vocales en mayúsculas



## Others matters of Spanish accentuation: The tilde in capital vowels

Sr. director:

Existe un error muy extendido, y es la creencia común en que las vocales escritas en letra mayúscula –tanto en posición inicial de palabra como en interior o final– quedan exentas de portar tilde, mientras que si estuvieran escritas en letra minúscula sí deben llevarla. Por esta creencia encontramos grafías erróneas, del tipo \*Oscar (en el ejemplo 1) o \*composicion y \*poblacion (en el ejemplo 2):

- (1) Dr. \*Oscar A. Mendiz<sup>1</sup>
- (2) TABLA 1: \*COMPOSICION POR EDAD Y SEXO DE LA \*POBLACION AFILIADA A OBRAS SOCIALES NACIONALES<sup>2</sup>

Sin embargo, la *Ortografía académica*<sup>3</sup> especifica claramente que «no existe motivo alguno por el que las palabras escritas en mayúsculas deban recibir distinto tratamiento en lo que al uso de la tilde [...] se refiere». Las reglas de acentuación –continúa– «rigen para todas las palabras, con independencia de la forma en que estén escritas». Es más: la Academia nunca ha tenido esa norma.

Pese a la regla de acentuación anterior, encontramos multitud de textos en los que antropónimos (nombres de pila, apellidos, hipocorísticos, alias, etc.) o palabras que deberían portar tilde no la llevan, por estar escritos en letra mayúscula. Sucede, como se acaba de comentar, con nombres propios (\*Oscar, en los ejemplos 1 y 3) o con cualquier palabra escrita con mayúscula (por ejemplo, con títulos de artículos, como las voces \*gestion, \*cirugia y \*toracica en el ejemplo 4):

- (3) [...] el doctor \*Oscar Cochlar pasó a analizar detenidamente los puntos y dudas más salientes<sup>4</sup>
- (4) \*GESTION DE RIESGO Y EVENTOS ADVERSOS EN \*CIRUGIA \*TORACICA<sup>5</sup>

De esta forma, las grafías anteriores son incorrectas, ya que las vocales mayúsculas han de llevar tilde si les corresponde según las reglas de acentuación, exactamente igual que si estuvieran escritas en minúsculas<sup>6</sup>. Y es que, como afirma la normativa académica<sup>3</sup>, «el empleo de la mayúscula no exime de poner la tilde cuando así lo exijan las reglas de acentuación gráfica». Como ejemplo de escritura correcta, podemos ver las grafías de las palabras *introducción*, *métodos*, *dieciséis* e *índice* en las documentaciones siguientes:

- (5) INTRODUCCIÓN Y FUNDAMENTOS; PACIENTES Y MÉTODOS<sup>7</sup>
- (6) MEDIASTINITIS NECROTIZANTE DESCENDENTE: DIECISÉIS AÑOS DE EXPERIENCIA<sup>8</sup>
- (7) Índice de Masa Corporal: 35,02 Kg/m<sup>2</sup><sup>9</sup>

Martínez de Sousa explica, de manera magistral, el origen de este error, debido a un impedimento especial en la composición tipográfica manual de tiempos pasados: «Los editores [...] en muchos casos tuvieron que renunciar a ella [la tilde en las mayúsculas], especialmente durante el periodo de la composición manual, debido a que en la impresión se rompían los acentos (sobre todo los de las primeras líneas de las páginas) y así se daban a lo largo de una obra mayúsculas acentuadas y sin acentuar. Con los modernos sistemas de composición (autoedición) e impresión (ófset), las tildes no pueden romperse (se imprime con una plancha grabada, no con un molde cuyos elementos estaban en relieve), razón por la cual los editores no se ven obligados a prescindir de un detalle tan importante [...].»<sup>10</sup>. Como se puede comprobar, nada impide en la actualidad, tanto en un texto escrito a mano como teclado en el ordenador, acentuar las vocales mayúsculas cuando les corresponda.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Mendiz ÓA, Fraguas H, Lev G, Valdivieso L, Fava C, Villagra L, et al. Beneficios y complicaciones del implante directo de prótesis aórtica autoexpandible para el tratamiento de la estenosis valvular aórtica grave. *Rev argent cardiol.* 2012;80:360-5 [consultado 19 Abr 2014]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1850-37482012000500007&script=sci.arttext>
2. Van der Kooy E, Pezzella H. Estimación del gasto necesario para garantizar la canasta asistencial del PMO. *Médicos.* 2012;71:30-4 [consultado 19 Abr 2014]. Disponible en: <http://www.revistamedicos.com.ar/numero71/medicos71.pdf>
3. Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española. *Ortografía de la lengua española*. Madrid: Espasa; 2010 [consultado 19 Abr 2014]. Disponible en: <http://www.rae.es/consultas/tilde-en-las-mayusculas>
4. Entre dudas y certezas. *Médicos.* 2012;68:26-30 [consultado 19 Abr 2014]. Disponible en: [http://www.revistamedicos.com.ar/numero68/medicos\\_68.pdf](http://www.revistamedicos.com.ar/numero68/medicos_68.pdf)
5. Algieri RD, Arribalzaga EB, Segura G, Ferrante MS, Nowydwor B, Fernández JP. Gestión de riesgo y eventos adversos en cirugía torácica. *Rev argent cir.* 2012;102:17-21 [consultado 19 Abr 2014]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S2250-639X2012000100003&script=sci.arttext>
6. García Negroni MM. *Escribir en español. Claves para una corrección de estilo*. Buenos Aires: Santiago Arcos; 2010. p. 145.
7. Rozanec JJ, Featherston M, Holst P, Ares J, Vallone C, Grassi A, et al. Evolución del tiempo de isquemia en 130 nefrectomías parciales laparoscópicas. *Rev Arg Urol.* 2012;77:184-90 [consultado 19 Abr 2014]. Disponible en: <http://www.revistasau.org/index.php/revista/article/view/3323>

8. Ruiz CA, Otero WG, Giacoia AD, Duza GE. Mediastinitis necrotizante descendente: dieciséis años de experiencia. *Rev argent cir.* 2012;102:7-11 [consultado 19 Abr 2014]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S2250-639X2012000100001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S2250-639X2012000100001&script=sci_arttext)
9. D'Addino JL, Pigni MM, Siguelboim D, Niepomniszcz H. Carcinoma papilar tiroideo variante esclerosante difuso. *Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo.* 2012;49:77-81 [consultado 19 Abr 2014]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-30342012000200004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-30342012000200004&lng=es&nrm=iso)
10. Martínez de Sousa J. Ortografía y ortotipografía del español actual. Gijón: TREA; 2008. p. 156.

Manuel José Aguilar Ruiz\*

*Universitat de València, Valencia, España*

*Autor para correspondencia.*

Correo electrónico: [mjaguilar@sohah.org](mailto:mjaguilar@sohah.org)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehah.2014.05.001>

2255-2677/© 2014 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.