CIR ESP. 2020;98(Espec Congr 1):1197

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-662 - PERFORACIÓN INTESTINAL: COMPLICACIÓN INFRECUENTE TRAS DISCECTOMÍA LUMBAR

Fernández Candela, Alba; López Rodríguez-Arias, Francisco; Curtis Martínez, Carolina; Bosch Ramírez, Marina; Triguero Cánovas, Daniel; Lario Pérez, Sandra; Lillo García, Cristina; Arroyo Sebastián, Antonio

Hospital General Universitario de Elche, Elche.

Resumen

Introducción: La discectomía simple para el tratamiento de la hernia discal lumbar es actualmente la intervención más frecuente sobre el raquis en los servicios de Neurocirugía, con escasa morbilidad y buenos resultados. No obstante, no es una cirugía libre de complicaciones, las cuales, aun que poco frecuentes, pueden ser muy graves. Entre estas complicaciones destaca la lesión de órganos intraabdominales, como son el intestino, la vejiga, el uréter, el páncreas o los grandes vasos. Su incidencia afortunadamente es muy baja (1,6-6 casos cada 100.000 pacientes intervenidos), sin embargo, pueden poner en grave peligro la vida del paciente, con tasas de mortalidad que oscilan entre el 15% en los casos de lesión de víscera hueca, y ascienden hasta el 61% en los casos de lesión vascular.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 42 años de edad sin antecedentes de interés que es intervenido de hernia discal lumbar de manera programada y se realiza microdiscectomía y foraminotomía L5-S1 derecha. A las 48h postoperatorias el paciente comienza con dolor y distensión abdominal, que en un principio se trata como íleo paralítico dada la baja sospecha de lesión intraabdominal. No obstante, el paciente empeora clínica y analíticamente, por lo que se solicita TAC abdominopélvico urgente en el que se demuestra la presencia de neumoperitoneo. Se decide intervención quirúrgica urgente realizando laparoscopia exploradora que se reconvierte al objetivar abundante líquido intestinal y plastrón epiploico que bloquea la cavidad. Se realiza laparotomía media y se objetiva una perforación puntiforme en la cara lateral de yeyuno distal-íleon proximal, con un plastrón en el mesenterio adyacente al promontorio, justo debajo de la bifurcación aórtica. Dado el tamaño de la lesión se decide realizar un ojal para desbridar los bordes y se cierra con puntos simples. Se colocan dos drenajes con lavado. El paciente presenta un postoperatorio favorable desde el punto de vista abdominal: al segundo día de su estancia en planta inicia tolerancia y se retiran los drenajes al 4º día postoperatorio. Sin embargo, en los siguientes días el paciente sufre una pielonefritis aguda seguida de una neumonía basal, las cuales precisan antibioterapia endovenosa prolongada para su resolución. Finalmente, el paciente es dado de alta el 22º día postoperatorio con control en consultas externas por parte de Neurocirugía y de Cirugía General.

Discusión: Las lesiones viscerales tras una discectomía son muy poco frecuentes (3,8 pacientes de cada 10.000 intervenidos), no obstante, es precisamente en L5-S1 dónde se producen con más

frecuencia las lesiones intestinales. Esto se debe a que en esta localización se colocan las asas en íntima relación con el ligamento vertebral común anterior, especialmente si el paciente es colocado en decúbito prono. Desafortunadamente, es algo frecuente que no se sospeche esta lesión intraoperatoriamente y pase desapercibida. Es por esto que los cirujanos generales debemos de ser conocedores de ella y sospecharla en un paciente con dolor y distensión abdominal en las primeras 24-48h del postoperatorio de una discectomía L5-S1.

0009-739X © 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados