



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 242/2862 - CEFALEA POSQUIRÚRGICA

S. Díaz Molina<sup>a</sup>, S. García Martín<sup>a</sup>, S. Casarrubios Elez<sup>b</sup>, A. Alarcón Escalonilla<sup>c</sup>, M. García Panero<sup>d</sup> y C. Sánchez Muñoz<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Mocejón. Toledo. <sup>b</sup>Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sillería. Toledo. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa María de Benquerencia. Toledo. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Mocejón. Toledo.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 44 años, sin tratamiento habitual y con los siguientes antecedentes; fractura de clavícula en 1983, fractura de tobillo derecho en 1994, osteocondritis disecante de cúpula astragalina derecho en 1997, hernia discal C5-C6 y hernia discal L4-L5-S1 intervenida hace 3 días, realizándose laminectomía y artrodesis, que consulta por cefalea bifrontal, de tipo opresivo no irradiado de 2 días de evolución, mejora con el decúbito y empeora con la bipedestación. A la exploración de la herida quirúrgica presenta seroma con exudado abundante y salida de líquido claro amarillento. Ante la sospecha de fístula del LCR como complicación de la cirugía se deriva a Urgencias. Tras reevaluación en Urgencias, se realiza resonancia.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración lumbar: seroma en la herida quirúrgica con exudado abundante y salida de líquido claro amarillento. En la resonancia se objetivó en el área de la laminectomía colección epidural, que muestra un trayecto lineal por debajo de la apófisis espinosa de L3 que se continua con colección fusiforme de 84 mm, localizada en tejido celular subcutáneo, craneal a la sutura quirúrgica. A nivel intrarraquídeo, se observa fina colección epidural posterior, por encima del área de acceso quirúrgico.

**Juicio clínico:** Fístula del LCR posquirúrgica.

**Diagnóstico diferencial:** Infección, fístula del LCR, pseudomeningocele, hematoma epidural.

**Comentario final:** La aparición de cefalea en un paciente intervenido quirúrgicamente debe hacernos sospechar en una complicación derivada del proceso quirúrgico.

### Bibliografía

1. Guerin P, El Fegoun AB, Obeid I, Gille O, Lelong L, Luc S, et al. Incidental durotomy during spine surgery: Incidence, management and complications. A retrospective review. *Injury*. 2012;43(4):397-401.
2. Menon SK, Onyia CU. A short review on a complication of lumbar spine surgery: CSF leak. *Clin Neurol Neurosurg*. 2015;139:248-51.

**Palabras clave:** Cefalea. Cirugía. Fístula.