

A PROPÓSITO DE UN CASO: UNA FRACTURA DE L2 Y UN SEROMA CRÓNICO POSTQUIRÚRGICO



Luis Antonio Ruiz Villanueva

Ana Lozano Muñoz
Fátima Juan Mangas
Celia Arribas Pinillos
Alba Hernández Ruiz



Introducción

Ante un exudado postquirúrgico tras una cirugía de raquis, las principales causas a descartar son infección y fístula de LCR. El diagnóstico se fundamenta en el aspecto y análisis del líquido y la analítica sanguínea.

Objetivos

Presentar un caso de fractura de L2 intervenida quirúrgicamente que presenta un seroma crónico postquirúrgico.

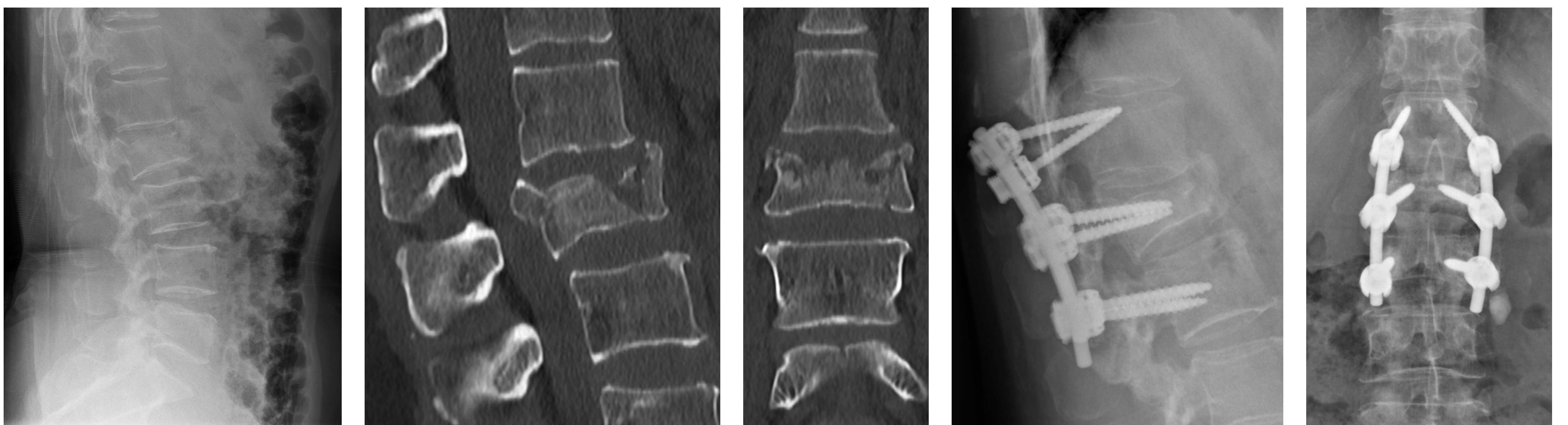
Material y metodología

Mujer de 53 años, que refiere caída desde escalera (2,5 m altura) con traumatismo directo en región lumbar. Sin antecedentes personales de interés.

En el examen físico presenta dolor a la palpación ósea de apófisis espinosas lumbares, junto a contractura y dolor a la palpación en musculatura paravertebral lumbar. No refiere dolor irradiador miembros inferiores. La exploración neurológica de miembros inferiores no presenta alteraciones: fuerza 5/5, sensibilidad conservada y reflejos osteotendinosos bilaterales y simétricos.

En radiografía y TC se observa fractura aguda inestable del cuerpo vertebral de L2 tipo aplastamiento, con afectación del platillo superior e inferior así como del muro posterior. Asocia retropulsión de un fragmento hacia el canal medular, visualizando a dicho nivel estenosis severa del canal (0,7 cm de diámetro máximo anteroposterior). Estos hallazgos se acompañan de discreto aumento de densidad y reticulación del espacio paravertebral, en relación con hematoma postraumático.

Se interviene quirúrgicamente realizándose reparación de la fractura vertebral y artrodesis L1-L2-L3, mediante procedimiento lateral transversal PLT. Se emplea injerto autólogo posterolateral de lecho quirúrgico más sustituto óseo sintético.



Resultados

Durante el postoperatorio mediato presenta seroma prolongado con analítica sin elevación de reactantes de fase aguda.

Un mes tras la intervención, acude por cuadro clínico de 2 días de evolución de dolor lumbar, que se exacerba con la deambulación y mejora con el reposo; junto a salida de líquido seroso (no purulento) por dehiscencia en 1/3 medio de herida quirúrgica, sin signos de infección. No fiebre ni otra clínica. Se realiza cirugía de desbridamiento subcutáneo sin signos de infección, presentando intolerancia al sustituto óseo sintético, retirándose éste del lecho quirúrgico. Toma de cultivos, que resultan negativos.

Conclusiones

Frente a un seroma crónico postquirúrgico idiopático, la cirugía puede ser una opción correcta tanto diagnóstica como terapéutica.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA