

Rotura de colon sigmoideo con peritonitis séptica en abordaje lumbar anterior

Ricou Mur E^a; De Miguel Pérez A^b; López Arévalo C^b; Maldonado Fuentes V^a; Torrents Orrit R^a; Moya Molinas I^a
Jefe de servicio: Miquel Sales Pérez^a



Consorci Sanitari Integral – Hospital de Sant Joan Despi Moisès Broggi

^AServicio Cirugía Ortopédica y Traumatología
^BServicio de Cirugía General y Digestiva

INTRODUCCIÓN

Para el tratamiento del dolor lumbar bajo causado por discopatía degenerativa, la fusión intersomática sigue considerándose *gold standard*.

Las fusiones realizadas por vía anterior (ALIF) han obtenido una importancia creciente, llegando a conseguir resultados clínicos y radiológicos similares a las técnicas posteriores. Existe evidencia científica sobre la disminución del tiempo quirúrgico y pérdida de sangre de las ALIF, que asociado a la rápida recuperación postoperatoria, les ha propiciado más popularidad.¹

No obstante, hay complicaciones descritas con elevada morbilidad debido a la proximidad de las estructuras abdominales durante el abordaje.²

MATERIAL Y MÉTODO

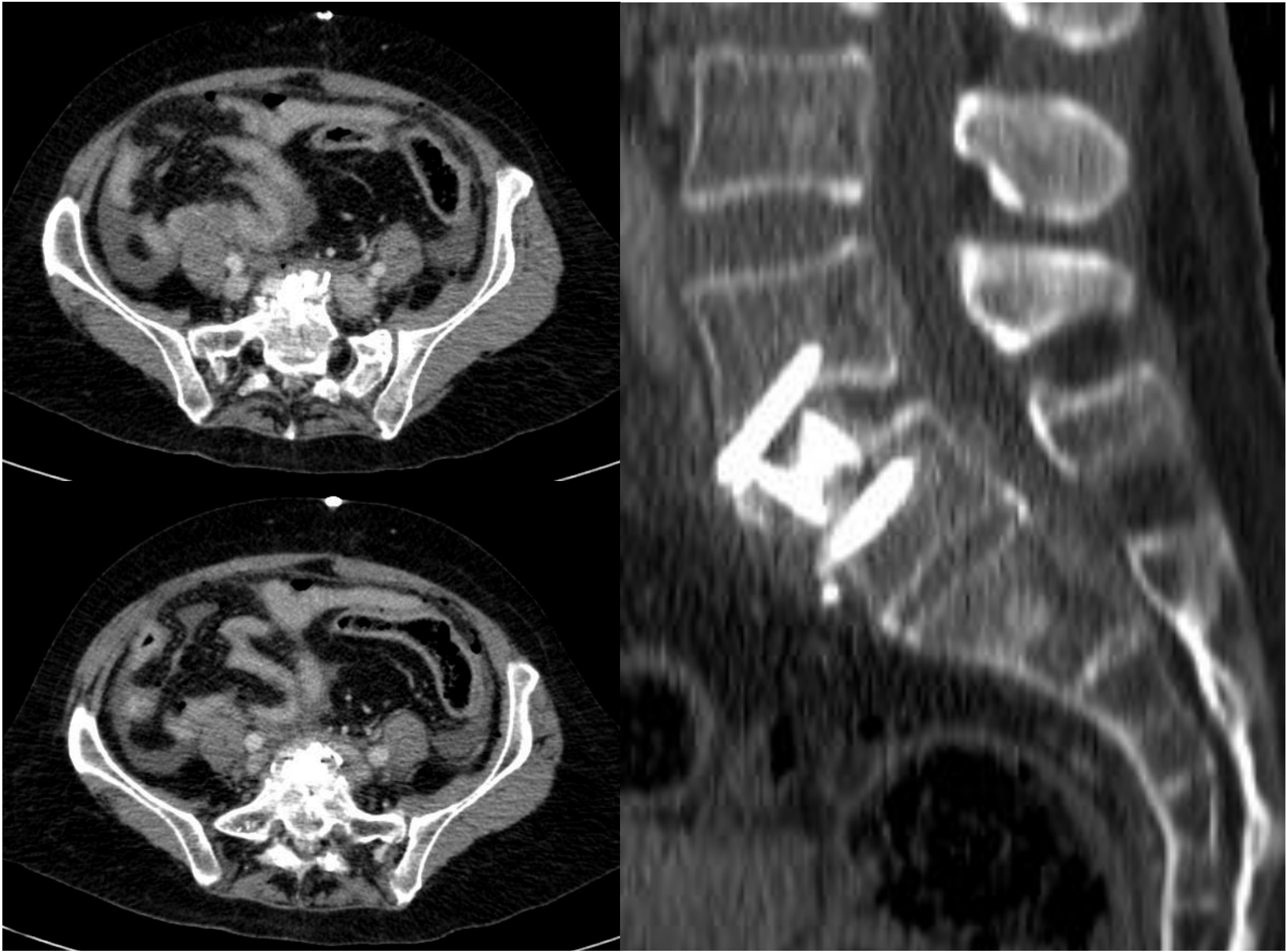
Mujer de 63 años que acude a urgencias por dolor abdominal difuso y náuseas.

Antecedentes: ALIF L5-S1 cinco días antes en otro centro

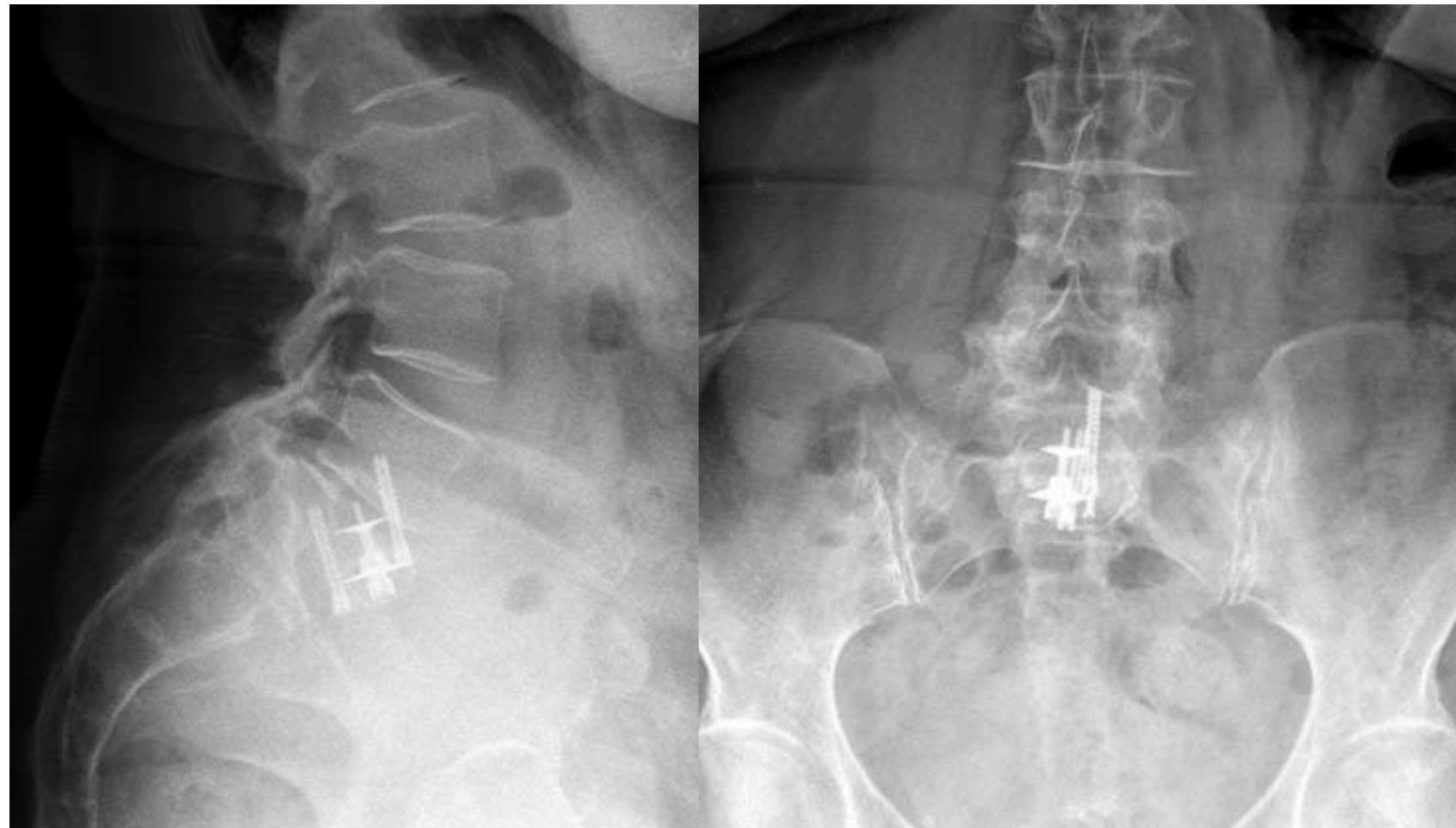
Analítica sin alteraciones, se realiza una TAC abdominal → objetivándose abundante líquido intraabdominal y neumoperitoneo.

Se realiza una laparotomía urgente → peritonitis fecaloidea con perforación a nivel de sigma menor de 1 centímetro, reparable. No se visualizó extensión retroperitoneal. Se inició antibioterapia intravenosa.

Durante el postoperatorio inmediato ingresó en UCI por shock séptico. En planta presentó infección de la herida quirúrgico, con absceso de pared abdominal. Se detectaron múltiples colecciones intraabdominales, recibiendo tratamiento conservador con una correcta evolución.



RESULTADO



A los 9 meses postoperatorios, presenta buena evolución, sin dolor lumbar. La herida quirúrgica presenta buen aspecto.

Los estudios de imagen no muestran colecciones y el material de fusión tiene aspecto radiológico correcto.

Presenta una evisceración en la herida quirúrgica de la laparotomía media, pendiente de valoración por Cirugía General.

DISCUSIÓN

- Las lesiones intestinales durante la cirugía lumbar es una complicación poco frecuente, y a la vez potencialmente grave.
 - Se estima que la prevalencia de estas lesiones en los abordajes anteriores es del 0'2%.³
 - Las lesiones pueden diagnosticarse intraoperatoriamente o durante el postoperatorio, condicionando diferencias en cuanto a tratamiento y pronóstico.³
 - Existen dos casos en la literatura de lesión intestinal asociada a una ALIF: perforación del intestino delgado reparada intraoperatoriamente y una perforación de recto diagnosticada postoperatoriamente, que requirió una resección.⁴
 - Mahoney et al. describen una perforación intestinal secundaria a un íleo paralítico postoperatorio.
 - No existe ningún caso en la literatura de lesión del colon sigmoideo durante una ALIF, además asociada a una sepsis abdominal y ingreso a UCI.
 - La mortalidad asociada a la sepsis abdominal varía del 17% al 63%, según diferentes series publicadas en la literatura.⁵
- A parte de la lesión directa intraoperatoria, la migración y la inestabilidad de un constructo de fusión también juegan un papel importante en las lesiones intestinales.⁴
 - Los estudios de imagen preoperatorios (TAC y RMN) y la preparación intestinal prequirúrgica, podrían disminuir el riesgo de lesión intestinal.⁴

CONCLUSIÓN

- ✓ Existe amplia evidencia sobre las complicaciones potenciales de la cirugía ALIF → laceraciones venosas, trombosis arteriales o eyaculación retrógrada postoperatoria.⁶
- ✓ Los casos de lesión intestinal son escasos, no habiéndose descrito ningún caso de peritonitis tras perforación de sigma.
- ✓ Es una complicación grave que puede conllevar un pronóstico infausto.

BIBLIOGRAFÍA

¹Udby PM, Bech-Azeddine R. Clinical outcome of stand-alone ALIF compared to posterior instrumentation for degenerative disc disease: A pilot study and a literature review. *Clin Neurol Neurosurg.* 2015;133:64-69. doi:10.1016/j.clineuro.2015.03.008

²Mahoney JR, Barnes D, Pahl D. Perforated ileus after L5-S1 anterior lumbar interbody fusion: a case report presentation. *AME Case Rep.* 2019;3:21. Published 2019 Jul 16. doi:10.21037/acr.2019.07.06

³Mazur MD, Duhon BS, Schmidt MH, Dailey AT. Rectal perforation after AxialLIF instrumentation: case report and review of the literature. *Spine J.* 2013;13(11):e29-e34. doi:10.1016/j.spinee.2013.06.053

⁴Siasios I, Vakharia K, Khan A, et al. Bowel injury in lumbar spine surgery: a review of the literature. *J Spine Surg.* 2018;4(1):130-137. doi:10.21037/jss.2018.03.10

⁵Mulari K, Leppäniemi A. Severe secondary peritonitis following gastrointestinal tract perforation. *Scand J Surg.* 2004;93(3):204-208. doi:10.1177/145749690409300306

⁶Bianchi C, Ballard JL, Abou-Zamzam AM, Teruya TH, Abu-Assal ML. Anterior retroperitoneal lumbosacral spine exposure: operative technique and results. *Ann Vasc Surg.* 2003;17(2):137-142. doi:10.1007/s10016-001-0396-x