



## NOTA CLÍNICA

# Quilotórax tras abordaje anterior de columna toracolumbar. Revisión bibliográfica a propósito de un caso



A. Mora de Sambricio\* y E. Garrido Stratenwerth

National Scottish Spinal Deformity Centre, Royal Hospital for Sick Children, Edinburgh, Reino Unido

Recibido el 17 de febrero de 2014; aceptado el 13 de marzo de 2014

Disponible en Internet el 3 de mayo de 2014

### PALABRAS CLAVE

Quilotórax;  
Derrame pleural;  
Pleurodesis;  
Ligadura del conducto torácico;  
Cirugía de columna;  
Complicaciones;  
Diseccción diafragmática

### KEYWORDS

Chylothorax;  
Pleural effusion;  
Pleurodesis;  
Thoracic duct ligation;  
Spinal surgery;  
Complications;  
Diaphragm splitting

**Resumen** El derrame pleural es una de las posibles complicaciones del abordaje toracoabdominal de la columna. Lo más frecuente es que se trate de una efusión reactiva, pero entre sus causas posibles se encuentran el hemotórax, el empiema o, con menor frecuencia, el quilotórax. Presentamos un caso de quilotórax como complicación tardía de una artrodesis instrumentada de columna lumbar mediante doble abordaje, su manejo y evolución clínica, y una revisión de la bibliografía.

© 2014 SECOT. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### Chylothorax following anterior thoraco-lumbar spine exposure. A case report and review of literature

**Abstract** Pleural effusion is a possible complication of the thoraco-abdominal approach to the spine. It is more commonly a reactive effusion, but it also may be caused by hemothorax, empyema or, less commonly, a chylothorax. The case of a chylothorax is reported as a late onset complication of a double anterior and posterior instrumented fusion of the lumbar spine. Its management and clinical outcome, and a review of the literature is presented.

© 2014 SECOT. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

El derrame pleural es una de las posibles complicaciones del abordaje toracoabdominal de la columna. Lo más frecuente es que se trate de una efusión reactiva, pero entre sus causas

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [ainamora@gmail.com](mailto:ainamora@gmail.com)  
(A. Mora de Sambricio).

posibles se encuentran también el hemotórax, el empiema o con menor frecuencia, el quilotórax.

Debido a la baja incidencia de quilotórax, la falta de estudios clínicos comparativos dificulta el consenso en el tratamiento, ya que los datos provienen de series de casos retrospectivas<sup>1</sup>.

Presentamos un caso de quilotórax como complicación tardía de una artrodesis instrumentada de columna lumbar mediante doble abordaje, su manejo y evolución clínica, y una revisión de la bibliografía.

## Caso clínico

Paciente de 9 años y 3 meses de edad, nacido a las 41 semanas de gestación en parto eutócico, sin antecedentes patológicos de interés y actual campeón regional de taekwondo. A los 4 años de edad fue diagnosticado de escoliosis congénita, que no fue tratada dada su pequeña magnitud y lenta progresión, sin dolor ni déficit neurológicos. Acudió por primera vez a la consulta a los 9 años por un súbito aumento de la progresión, con 138,4 cm de altura (65,4 cm en sedestación) y 25,4 kg de peso. El estudio radiológico mostró una curva toracolumbar izquierda de T11 a L4 de 41° (5 años antes 27,6°) originada por una hemivértebra semisegmentada izquierda L2 fijada a L1, un recuento de 6 vértebras lumbares, una pequeña curva compensatoria torácica y un equilibrio coronal de 1 cm a la derecha de la plomada a C7, dentro de la normalidad. A pesar del remanente de crecimiento (Risser 0 y cartílagos trirradiados abiertos), la indicación quirúrgica se estableció por la reciente progresión de la curva lumbar (fig. 1).

Un mes después de la consulta se realizó la intervención mediante doble abordaje, bajo control con neuromonitoreización intraoperatoria. En un primer tiempo quirúrgico (liberación anterior), se colocó al paciente en decúbito lateral derecho con elevación de la mesa a nivel de la

cintura para aumentar la curva lumbar y la exposición de los discos, y de ese modo facilitar la realización de las discectomías, previa esterilización e infiltración del subcutáneo con xilocaína y adrenalina 1/200.000. Se realizó el abordaje toracoabdominal izquierdo a través de la resección subperióstica del 10° arco costal izquierdo, que se preservó para posterior uso como autoinjerto en los espacios discales. Tras el acceso a cavidad pleural, se ingresó en cavidad abdominal a través del diafragma, con disección roma del retroperitoneo hasta la localización del psoas, identificación del uréter y plexo prevertebral, y acceso al aspecto anterolateral izquierdo de la curva lumbar, donde se realizaba la protrusión de los discos por la curvatura y la posición. Tras comprobación radiológica del nivel, se realizó discectomía desde T12 a L3 y se colocó en empalizada el autoinjerto procedente de la costilla resecada. Una vez aplanada la mesa, se comprobó la flexibilidad de la curva. Se procedió al cierre de la herida por planos y se dejó un drenaje torácico.

A continuación, en la misma sesión quirúrgica, se colocó al paciente en decúbito prono con flexión de ambas caderas y rodillas de unos 30°. Se procedió al abordaje posterior con liberación de los elementos posteriores e instrumentación mediante tornillos pediculares uniplanares de 4,5 mm de diámetro y 30 mm de longitud. Fue posible instrumentar ambos pedículos de T12 y L3, y el pedículo derecho de L1 (el pedículo izquierdo de L1 y el de la hemivértebra L2 eran extremadamente atróficos y no fue posible su instrumentación). Se realizó la fijación con 2 barras de cromo-cobalto, y corrección in situ de la curva mediante compresión sobre la barra izquierda y distracción sobre la derecha. Una vez finalizada la instrumentación, reducción y fijación segmentaria de la curva lumbar se comprobó una corrección espontánea casi completa de la curva compensatoria torácica. Por último, se procedió a la impactación del autoinjerto, profilaxis con 1 g de vancomicina en polvo y cierre por planos.

La intervención se llevó a cabo sin complicaciones, con una pérdida hemática aproximada de 200 mL (30% de la



Figura 1 Escoliosis congénita con curva toracolumbar T11-L4 de 41°. Hemivértebra semisegmentada izquierda L2 fijada a L1.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4086216>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4086216>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)