

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE COLECCIÓN LÍQUIDA PARAVERTEBRAL EN CIRUGÍA DE RAQUIS



Luis Antonio Ruiz Villanueva

Noanca Alonso Fernández

Ana Lozano Muñoz

Jesús Betegón Nicolás



Introducción

Ante una colección líquida paravertebral en paciente intervenido quirúrgicamente, el diagnóstico diferencial incluye serohematoma, absceso y pseudomeningocele.

Objetivos

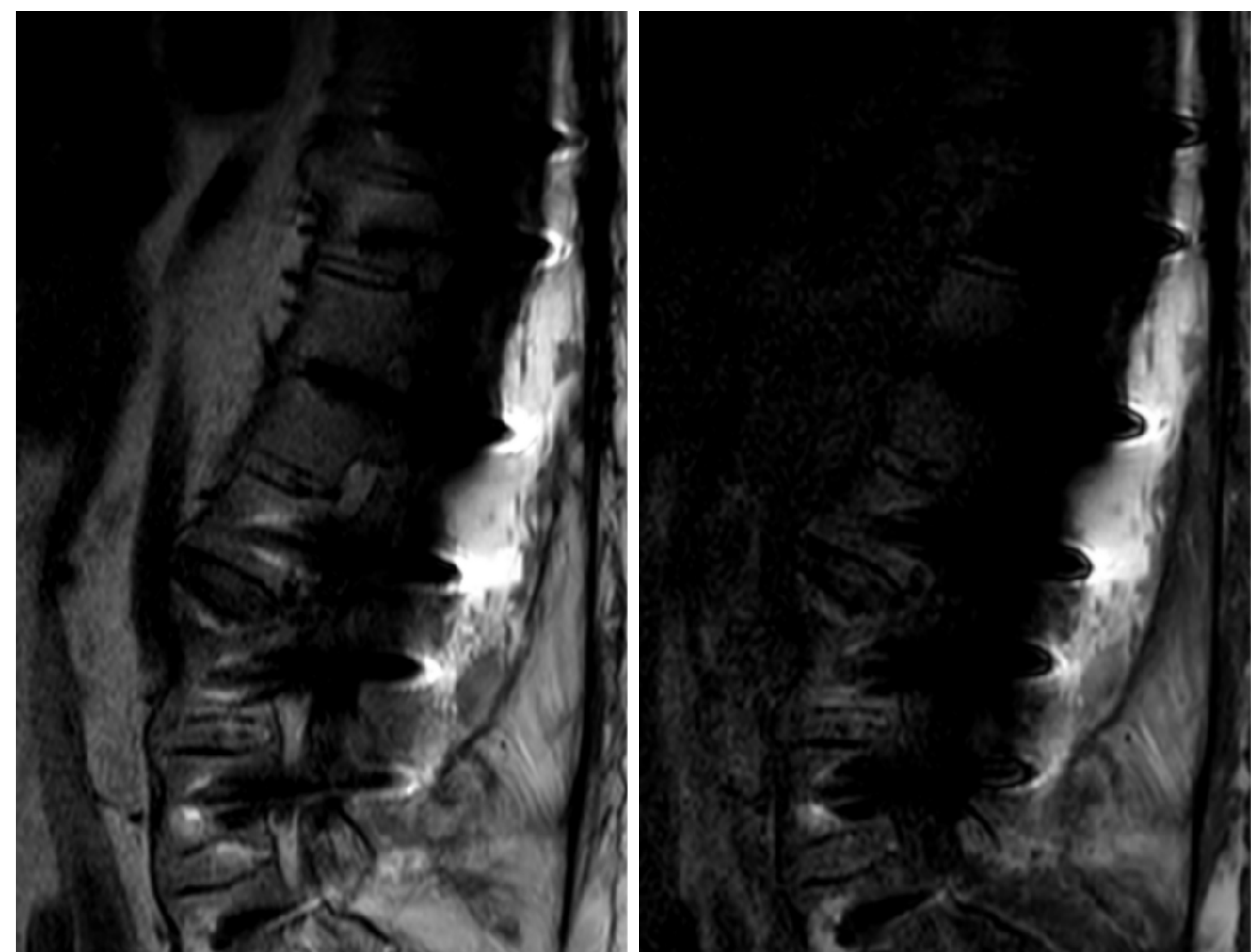
Consejos diagnósticos en colección postquirúrgica en raquis.

Material y Método

Varón, 66 años, como antecedente destaca espondilitis anquilopoyética HLA-B27 positivo. Intervenido quirúrgicamente dos años atrás por fracturas T9 y T10, realizándose PLT T5-T12. Presentó infección por *S. Epidermidis*, resuelta con tratamiento antibiótico. Reintervenido dos meses atrás por fractura L2, realizándose prolongación de instrumentación con artrodesis PLT L1-L4. En el examen físico presenta herida quirúrgica con buen aspecto, sin signos de infección. Radiculalgia en miembro inferior derecho con el apoyo, no en reposo. No presenta alteración de la sensibilidad ni fuerza. Reflejos osteotendinosos bilaterales y simétricos. Lassègue y Bragard negativos. Temperatura 38,5°C.

En la analítica sanguínea destaca PCR 58,6 mg/L, sin leucocitosis ni neutrofilia.

Se realizan TC y RMN que muestran una extensa colección paraespinal derecha que se extiende desde T8 hasta L2-L3. Mide 18x4x2,6 cm (ejes CCxTxAP). Es hiperintensa respecto al LCR en T1 e isointensa en el resto de secuencias. Presenta un fino realce periférico, aunque también se observa realce en regiones de trayecto quirúrgico, en probable relación con cambios inflamatorios. Es sugestiva de serohematoma postquirúrgico como primera posibilidad; también se plantea la posibilidad de pseudomeningocele aunque no cuadra su comportamiento en T1 y se contemplaría más ante una cirugía descompresiva asociada; menos probablemente se trataría de infección.



Resultados y Conclusiones

Durante el ingreso (trece días), PCR, VSG y leucocitosis no aumentaron de forma significativa. TC y RMN descartaron compresión medular secundaria a la fractura y/o osteosíntesis. Tras un año, el dolor ha remitido y la telerradiografía muestra buen equilibrio.

El gold-standard es la RMN, la cual nos permite definir extensión y localización, y descartar con alta fiabilidad el pseudomeningocele por ser isointenso al LCR en todas las secuencias. Un realce periférico puede corresponder a cambios inflamatorios postquirúrgicos o a infección. Exploración física y analítica son necesarias para completar el diagnóstico diferencial entre estas dos complicaciones.