

# Fístula de líquido cefalorraquídeo: Una complicación temible de la cirugía de raquis

Bureo González J, Requena Ruíz FM, Montes Torres MC  
Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

## Objetivos

Mostrar el manejo de la rotura dural intraquirúrgica con fistulización de líquido cefalorraquídeo (LCR).

## Material y Metodología

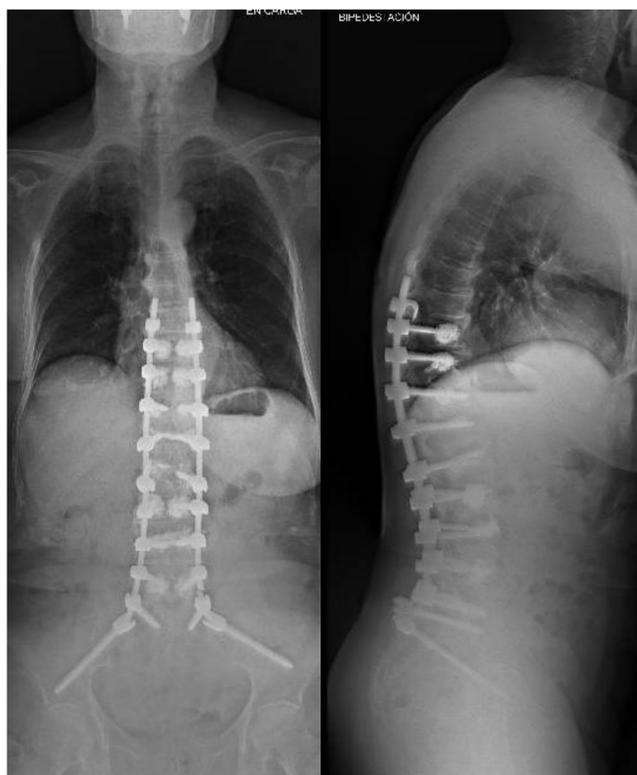
Mujer de 78 años intervenida mediante instrumentación T10-ilíacos y corrección con varias osteotomías de Ponte por pérdida del equilibrio sagital secundario a cifosis de unión distal sobre la instrumentación previa. Durante el procedimiento se aprecia rotura dural de 1 cm con fuga de LCR sin herniación de raíces, que es tratada mediante cierre primario y aporte de matriz de fibrinógeno y trombina humana, sin apreciarse fugas al realizar maniobra de Valsalva. Durante el postoperatorio se aprecia una tórpida evolución de la herida, con presencia de colección subcutánea y drenaje de material claro sugerente de LCR. Tras varios días de vigilancia estrecha de la herida, no hay capacidad de cicatrización y la colección, así como el drenaje no mejora, sugiriendo la presencia de un pseudomeningocele con fístula de LCR. Se decide reintervención en la que se aprecia una extensión de la durotomía con fuga de LCR y se realiza nueva sutura, aporte de fibrinógeno, trombina humana y adhesivo biológico, sin fugas tras varias maniobras de Valsalva; a lo que se asoció la colocación de un drenaje lumbar externo en colaboración con neurocirugía.

## Resultados

Tras mantener a la paciente en reposo absoluto y el mantenimiento del drenaje lumbar durante una semana, la herida evoluciona adecuadamente ese momento, siendo dada de alta pocos días después.

## Conclusiones

La durotomía es una complicación relativamente frecuente en cirugía raquídea que puede producir complicaciones como pseudomeningocele y/o meningitis. Para roturas de pequeño tamaño, se opta por sutura directa con o sin aporte de hidrogeles selladores. A pesar de que este sea el tratamiento más utilizado, tiene unas tasas de fracaso del 5-9%. Para roturas de mayor tamaño, se recomienda emplear cierres con aumentación como el colgajo grasa de Mayfield, colgajo muscular o fascial. También pueden emplearse técnicas de ajuste de la presión del LCR mediante un drenaje dural externo para facilitar el cierre en presencia de fístulas.



**61** CONGRESO  
**secot**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA