

PARESIA DE LA PARED ABDOMINAL COMO COMPLICACIÓN DEL ABORDAJE MIS AL RAQUIS LUMBAR

Nadia Jover, Ahmed Alrajab, Gerd Bordon, I. Escribá Roca
(Valencia)

Hospital Universitario y Politécnico La Fe

INTRODUCCIÓN

El abordaje mínimamente invasivo es cada vez más utilizado para el tratamiento de diferentes patologías del raquis lumbar

Nos aporta una serie de ventajas:

Menor pérdida de sangre

Menor estancia hospitalaria

Menor tamaño de incisión

No requiere disección de grandes vasos ni de segmentarias

Pero no está exento de complicaciones:

Alteraciones de la sensibilidad (parestesias en muslo)

Debilidad de cuádriceps e iliopsoas

Paresia de la pared abdominal (“Pseudohernia”)

La paresia de la musculatura de la pared abdominal como complicación del abordaje mínimamente invasivo al raquis lumbar ha sido documentada en los últimos años

PARESIA DE LA PARED ABDOMINAL COMO COMPLICACIÓN DEL ABORDAJE MIS AL RAQUIS LUMBAR

CASO CLINICO

Nadia Jover, Ahmed Alrajab, Gerd Bordon, I. Escribá Roca (Valencia)

Hospital Universitario y Politécnico La Fe

MC: Mujer de 66 años que presenta dolor lumbar intenso

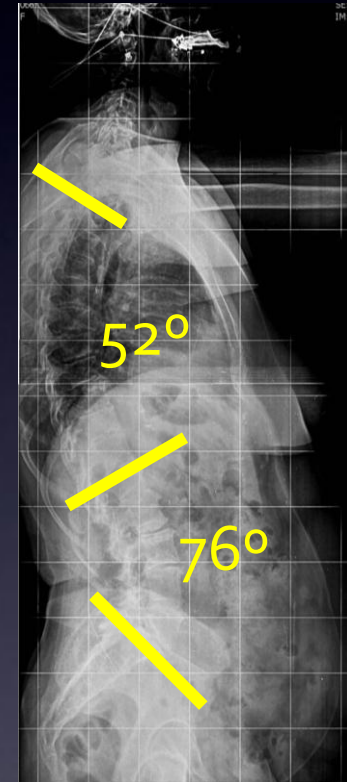
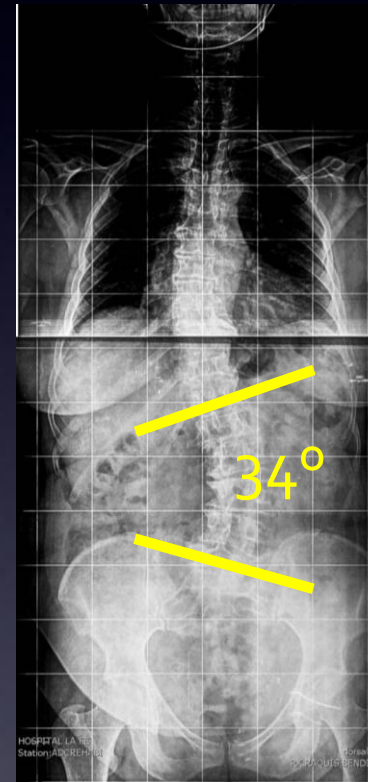
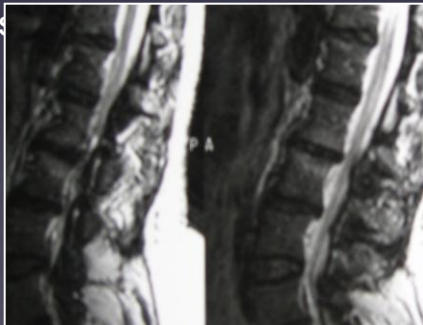
AP: Depresión en tratamiento, asistencia social y domiciliaria

EA: Paciente que presenta lumbalgia incapacitante, que no cede con analgésicos habituales y, en ocasiones, irradia a nalgas y muslos. No presenta déficit neurológico. El dolor cede con el reposo

PC: **Rx Simple:** Lordosis 76°, Cifosis 52°, Escoliosis Degenerativa Lumbar Izquierda de T12-L4 de 34°, Subluxaciones Rotatorias L2-L3-L4, Espondilolistesis Ístmica L5-S1

E.M.G: Radiculopatía crónica de escasa intensidad de raíces L3 a S1

RM: Es



PARESIA DE LA PARED ABDOMINAL COMO COMPLICACIÓN DEL ABORDAJE MIS AL RAQUIS LUMBAR

Nadia Jover, Ahmed Alrajab, Gerd Bordon, I. Escribá Roca
(Valencia)

Hospital Universitario y Politécnico La Fe

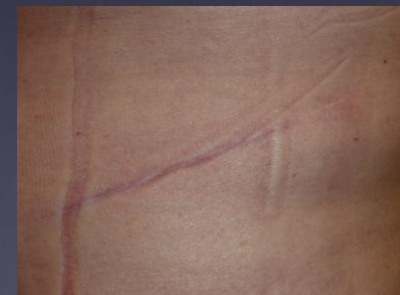
Se realiza intervención quirúrgica en dos tiempos:

- **Vía lateral MIS:** Abordaje Transpsoas L2-L3-L4 (discectomías y cajas intersomáticas)
- Vía posterior (9 días tras MIS): Artrodesis posterior instrumentada T11 a S1



A los **15 días** de la cirugía la paciente refiere molestias inespecíficas en la cicatriz quirúrgica. Molestias en cresta ilíaca derecha y sensibilidad aumentada en muslo derecho desde el abordaje MIS.

Cicatriz quirúrgica con buen aspecto



PARESIA DE LA PARED ABDOMINAL COMO COMPLICACIÓN DEL ABORDAJE MIS AL RAQUIS LUMBAR

Nadia Jover, Ahmed Alrajab, Gerd Bordon, I. Escribá Roca Hospital Universitario y Politécnico La Fe
Al mes de la intervención es evidente una prominencia abdominal en el área del abordaje MIS.



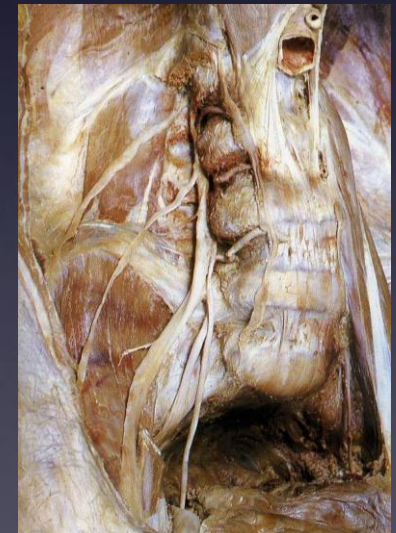
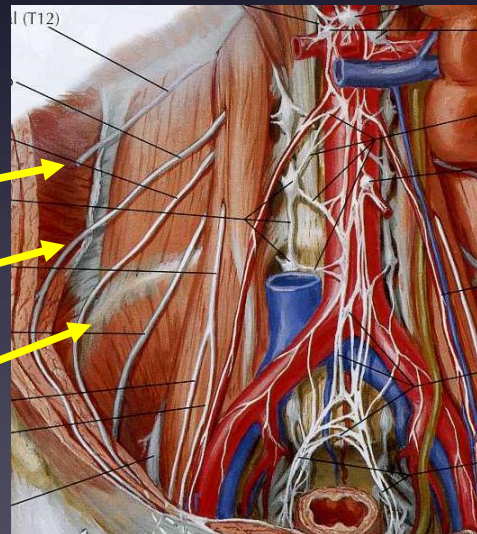
Tras diagnóstico diferencial fue diagnosticada de **Paresia de la Pared abdominal** y se realizó tratamiento ortopédico mediante corsé blando durante 6 meses

A los **14 meses** de la intervención persiste la paresia de la pared abdominal

Esta complicación se produce por lesión de los nervios motores de la musculatura de la pared abdominal: **Nervio subcostal (T12)**

Nervio iliohipogástrico (T12)

Nervio ilioinguinal (T12-L1)



PARESIA DE LA PARED ABDOMINAL COMO COMPLICACIÓN DEL ABORDAJE MIS AL RAQUIS LUMBAR

Nadia Jover, Ahmed Alrajab, Gerd Bordon, I. Escribá Roca
(Valencia)

Hospital Universitario y Politécnico La Fe

CONCLUSIONES

La parálisis de la pared abdominal ha sido documentada perfectamente como complicación de la Cirugía Abdominal ,Urológica y Ginecológica.

En los últimos años se han publicado varios estudios sobre esta complicación en la cirugía MIS para el abordaje vertebral.

La paresia se produce por lesión directa, durante el abordaje a través del psoas, de los nervios motores de la pared abdominal.

Los nervios en riesgo durante el abordaje transpsoas son el nervio subcostal (T12), nervio iliohipogástrico (T12) y nervio ilioinguinal (T12 y L1).

Esta complicación se puede prevenir realizando una disección cuidadosa de la pared abdominal y del espacio retroperitoneal, mediante exposición de la fascia del O. Externo y dislaceración muscular roma y progresiva y realizando control visual del abordaje en todas sus fases.

BIBLIOGRAFÍA

- Cummock, M. D., Vanni, S., Levi, A. D., Yu, Y., & Wang, M. Y. (2011). An analysis of postoperative thigh symptoms after minimally invasive transpsoas lumbar interbody fusion. *Journal of neurosurgery. Spine*, 15(1), 11-8. doi:10.3171/2011.2.SPINE10374
- Dakwar, E., Le, T. V., Baaj, A. a., Le, A. X., Smith, W. D., Akbarnia, B. a., & Uribe, J. S. (2011). Abdominal wall paresis as a complication of minimally invasive lateral transpsoas interbody fusion. *Neurosurgical FOCUS*, 31(4), E18. doi:10.3171/2011.7.FOCUS11164
- Davis, T. T., Bae, H. W., Mok, J. M., Rasouli, A., & Delamarter, R. B. (2011). Lumbar Plexus Anatomy within the Psoas Muscle: Implications for the Transpsoas Lateral Approach to the L4-L5 Disc. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 1482-1487. doi:10.2106/JBJS.J.00962
- Moller, D. J., Slimack, N. P., Acosta, F. L., Koski, T. R., Fessler, R. G., & Liu, J. C. (2011). Minimally invasive lateral lumbar interbody fusion and transpsoas approach-related morbidity. *Neurosurgical focus*, 31(4), E4. doi:10.3171/2011.7.FOCUS11137