

3. Can-Valderrama O, Morales X, Ferrigni JC, Martín-Antona E, Turrado V, García A, et al. Reduction in emergency surgery activity during COVID-19 pandemic in three Spanish hospitals. *Br J Surg*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.11667>.
4. Gornet JM, Tran Minh ML, Leleu F, Hassid D. What do surgeons need to know about the digestive disorders and paraclinical abnormalities induced by COVID-19? *J Visc Surg*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2020.04.017>.
5. Di Saverio S, Sibilio A, Giorgini E, Biscardi A, Villani S, Coccolini F, et al. The NOTA Study (Non Operative Treatment for Acute Appendicitis): prospective study on the efficacy and safety of antibiotics (amoxicillin and clavulanic acid) for treating patients with right lower quadrant abdominal pain and long-term follow-up of conservatively treated suspected appendicitis. *Ann Surg*. 2014;260:109-17.
6. Liezten E, Grönroos JM, Mecklin J-P, Leppäniemi A, Nordström P, Rautio T, et al. Appendiceal neoplasm risk associated with complicated acute appendicitis - A population based study. *Int J Colorectal Dis*. 2019;34:39-46. <http://dx.doi.org/10.1007/s00384-018-3156-x>.
7. Lei S, Jiang F, Su W, Chen C, Chen J, Mei W, et al. Clinical characteristics and outcomes of patients undergoing surgeries during the incubation period of COVID-19 infection. *E Clinical Medicine*. 2020;9:41.
8. Di Saverio S, Pata F, Gallo G, Carrano F, Scorza A, Sileri P, et al. Coronavirus pandemic and colorectal surgery: Practical advice based on the Italian experience. 2020. <http://dx.doi.org/10.1111/codi.15056>.
9. Balibrea J.M. Badia J.M. Rubio Pérez I. Martín Antona E. Álvarez Peña E. García Botella S. et al. Surgical management of patients with COVID-19 infection. Recommendations of the Spanish Association of Surgeons. *Cir Esp*. S0009-739X. doi: 10.1016/j.ciresp.2020.03.001

Marina Vicario Bravo*, Nuria Chavarrías Torija e Inés Rubio-Pérez

Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

*Autora para correspondencia.

Correo electrónico: marinavicariobravo@gmail.com (M. Vicario Bravo).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.05.021>
0009-739X/

© 2021 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Lesión espinal subaguda: la importancia del antecedente traumático



Subacute spinal injury: the importance of previous trauma

La lesión espinal inadvertida tras un traumatismo puede causar secuelas neurológicas graves. Tras un traumatismo inicial considerado no grave, la aparición de clínica neurológica en los días sucesivos debe ponernos en alerta sobre la presencia de una posible lesión espinal. Una cuidadosa historia clínica que incluya una indagación acerca de un posible antecedente traumático, junto con una exploración física adecuada debe orientarnos hacia entidades poco frecuentes, pero potencialmente muy graves sin el tratamiento correcto, como la que presentamos en este caso clínico.

Describimos el caso de un varón de 40 años con antecedentes de alteraciones de la conducta y abuso de sustancias tóxicas, que consultó al servicio de urgencias refiriendo una clínica progresiva de 3-4 días de evolución de debilidad en las manos y alteración de la marcha. Había sufrido un traumatismo cerrado posterolateral izquierdo de moderada energía asociado a rotación forzada cervical durante un asalto dos semanas antes, por el que no consultó al servicio de urgencias (por lo que las lesiones iniciales no fueron evaluadas por ningún profesional sanitario en ese primer momento). Tras un periodo de tiempo asintomático, desarrolló un cuadro pro-

gresivo de debilidad de predominio distal en ambos miembros superiores, con imposibilidad para abrir las manos y sensación de descargas en forma de calambres sobre todo en el miembro superior izquierdo ipsilateral al traumatismo, además de sensación opresiva en forma de cinturón en la región abdominal y acorchamiento de ambas extremidades superiores. La sintomatología fue progresando y, en las 24 h previas a consultar, comenzó con dificultad para la marcha con pérdida de fuerza en miembros inferiores. Refería también dolor cervical posterolateral izquierdo irradiado a miembro superior ipsilateral.

En la exploración destacaba fiebre de 38 °C, sin tumefacción ni hematoma en la zona referida del traumatismo, tetraparesia grado 4/5 (fuerza contra resistencia, sin fuerza completa), de predominio distal en miembros superiores (fuerza grado 2/5 en extensión de dedos, no pudiendo extender los dedos contra gravedad) y proximal en miembros inferiores, con reflejo cutáneo-plantar extensor bilateral (lesión de la vía piramidal bilateral). Así mismo, un nivel sensitivo tactoalgésico dorsal D7-D8, ausencia de reflejos cutáneo-abdominales, incapacidad para caminar sin ayuda y marcha paretoatáxica (por lesión de la vía piramidal-motora y

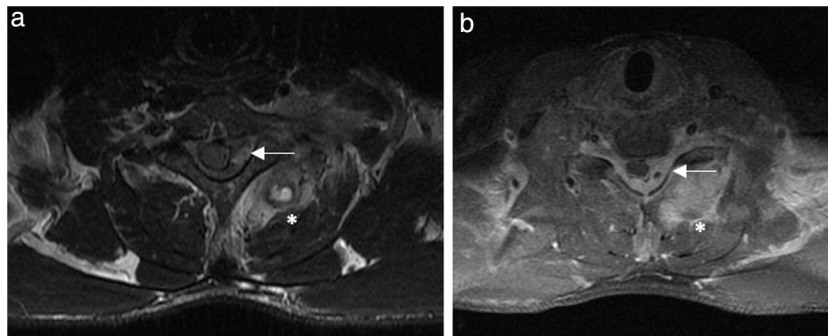


Figura 1 – Imágenes de resonancia nuclear magnética (RNM). a) Imagen axial ponderada en T2 a nivel de espacio intervertebral C6/C7. b) Ponderada en T1 a nivel de espacio intervertebral C7 de RMN que revelan proceso inflamatorio-infeccioso con microabscesos (*) de musculatura paravertebral izquierda (músculos semispinalis capitis, spinalis cervicis y multifidus) y ocupación de canal medular por absceso epidural izquierdo con desplazamiento contralateral de la médula espinal (←).

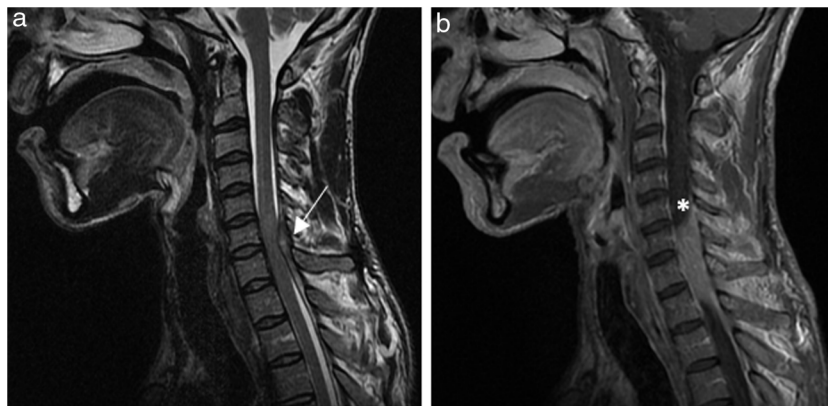


Figura 2 – Imágenes de resonancia nuclear magnética (RNM). a) Imagen sagital ponderada en T2 de RMN cervical que demuestra la presencia de absceso epidural a nivel de C6-C7-T1 con ocupación del canal medular y cambio de señal medular compatible con mielopatía compresiva asociada (←). b) Imagen sagital ponderada en T1 de RMN cervical donde se aprecia la colección epidural posterolateral izquierda (*) con obliteración del espacio subaracnoideo a ese nivel.

de la sensibilidad profunda-ataxia sensitiva) con apoyo bilateral.

En la analítica destacaba elevación de reactantes de fase aguda, con fórmula leucocitaria normal. La radiografía de tórax descartó lesiones torácicas superiores. No se realizó radiografía cervical. En la resonancia magnética nuclear urgente (figs. 1 y 2) se evidenció una lesión con componente extenso paravertebral, retrovertebral e intracanal medular que producía compresión medular C6-C7 (mielopatía compresiva incipiente), rodeando parcialmente el plexo braquial y extendiéndose caudalmente al menos hasta la altura del cuerpo vertebral de D2. Estos hallazgos sugerían la presencia de hematoma sobreinfectado paravertebral y un absceso epidural sin componente de afectación ósea que sugiera origen tuberculoso.

Ante estos hallazgos radiológicos y la clínica se decidió tratamiento quirúrgico inmediato con evacuación del absceso epidural y del proceso infeccioso-inflamatorio de partes blandas asociada a antibioterapia de amplio espectro. Tras la intervención el paciente presentó mejoría progresiva de la

clínica neurológica obteniéndose marcha independiente con apoyo unilateral al 5.º día postoperatorio y con ausencia de signos de sepsis. El estudio anatomopatológico de la muestra obtenida en quirófano reveló hallazgos compatibles con absceso, descartando origen tuberculoso. El estudio microbiológico confirmó la presencia de un *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina.

El absceso epidural espinal es infrecuente, aunque su incidencia está aumentando debido a la mayor prevalencia de factores de riesgo como el uso de drogas endovenosas, inmunosupresión y cirugía de columna^{1,2}. El origen asociado a la infección por contigüidad de un hematoma de partes blandas de origen traumático también es posible³. La tríada clásica de fiebre, dolor y déficit neurológico se ve solo en el 10% de los pacientes⁴. El pronóstico es ominoso (produciendo secuelas neurológicas graves hasta en un tercio de los supervivientes, sepsis e incluso muerte) y se relaciona directamente con la precocidad del tratamiento^{2,5,6}.

La aparición de sintomatología neurológica tras un traumatismo cervical obliga a descartar lesión espinal-medular en la

evaluación secundaria del paciente traumatizado⁷, incluso en el considerado traumatismo no grave. Sin embargo, en algunas ocasiones existe un lapso de tiempo libre de síntomas tras el traumatismo (abierto o cerrado). La aparición de síntomas neurológicos diferidos tras un traumatismo aparentemente banal no debe minusvalorarse ya que puede ser indicativo, tanto de una lesión neurológica grave como la descrita en este caso por lesión medular, como de la presencia de una fístula dural⁸, patologías ambas de consecuencias nefastas si pasan inadvertidas o si el tratamiento no se instaura de forma inmediata tras la aparición de los síntomas⁹. La consulta neuroquirúrgica urgente no debe diferirse en estos casos, debiendo valorarse incluso el traslado a un centro de referencia en el momento del diagnóstico si se considera preciso.

La presencia de sintomatología neurológica subaguda o diferida en paciente que ha sufrido un traumatismo cerrado cervical, aunque no haya sido de alta energía y no presente datos de fractura vertebral, obliga a realizar de forma urgente el diagnóstico diferencial con lesiones espinales postraumáticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tompkins M, Panuncialman I, Lucas P, Palumbo M. Spinal epidural abscess. *J Emerg Med*. 2010;39:384-90. doi: 10.1016/j.jemermed.2009.11.001.
2. Darouiche RO. Spinal epidural abscess. *N Engl J Med*. 2006;355:2012-20. doi: 10.1056/NEJMra055111.
3. Ares B, Prieto JM, Dapena MD, García-Allut A, Lerma M. Spinal epidural abscess secondary to pharyngeal trauma due to food. *Rev Neurol*. 2001;32:1049-51.
4. Alerhand S, Wood S, Long B, Koyfman A. The time-sensitive challenge of diagnosing spinal epidural abscess in the emergency department. *Inter Emerg Med*. 2017;12:1179-83. doi.org/10.1007/s11739-017-1718-5.
5. Mackenzie AR, Laing RB, Smith CC, Kaar GF, Smith FW. Spinal epidural abscess: the importance of early diagnosis and treatment. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1998;65:209-12. doi:10.1136/jnnp.65.2.209.
6. Bond A, Manian FA. Spinal Epidural Abscess: A Review with Special Emphasis on Earlier Diagnosis. *Biomed Res Int*. 2016;2016:1614328. doi:10.1155/2016/1614328.
7. Evaluación y manejo inicial. In: American College of Surgeons, editors. *ATLS Soporte Vital Avanzado en Trauma, Manual del Curso para Estudiantes*. 10ª ed. Chicago: American College of Surgeons; 2018. p. 18
8. Ginestal RC, García-Moreno F, Marques J, Simoes R, Serafim A, Palma T. Delayed onset diplopia associated with a stab wound dural cerebrospinal fluid fistula. *Sinapse*. 2011;11:16-9.
9. Khursheed N, Dar S, Ramzan A, Fomda B, Humam N, Abrar W, et al. Spinal epidural abscess: Report on 27 cases. *Surg Neurol Int*. 2017;8:240. doi: 10.4103/sin.sni_105_17.

Ricardo C. Ginestal-López^{a,*}, Patricia Gómez-Iglesias^a,
Marta García-Yepes^a, Miguel Yus-Fuertes^b
y Carla Fernández García^c

^aServicio de Neurología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^bSección de Neurorradiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^cServicio de Neurocirugía, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

ricardoconstantino.ginestal@salud.madrid.org

(R. C. Ginestal-López).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.05.018>

0009-739X/

© 2021 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Procedimiento de Altemeier para la reparación de prolapso rectal tras resección anterior de recto interesfinteriana con escisión mesorrectal total por vía transanal



Altemeier procedure for rectal prolapse after intersphincteric low anterior resection with transanal total mesorectal excision

Actualmente para las neoplasias de recto bajo Rullier II y III se acepta, en casos seleccionados, la resección anterior de recto ultrabaja interesfintérica con anastomosis coloanal manual^{1,2}.

El prolapso de la plastia de colon tras la resección anterior de recto es una complicación infrecuente, con una incidencia cercana al 2,2% en el abordaje abierto. La incidencia es