

Caso clínico 4

FÍSTULA NASAL DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

DRES. QUILES A, MALAGÓN P, BALLESTER AI, GARCÍA-GIRALDA M.
HOSPITAL COMARCAL DE BAZA (GRANADA).

Introducción

Las fístulas nasales con salida de líquido cefalorraquídeo (LCR) de forma espontánea son raras, aparecen a partir de los 30 años. Los síntomas que se presentan con mayor frecuencia en esta patología son: rinorrea y cefalea, así como episodios de meningitis. Las fístulas espontáneas tienen un bajo índice de remisión, por lo que casi siempre requieren tratamiento para reparar el defecto.

Descripción del caso

Varón de 60 años cuyo motivo de consulta es rinorrea acuosa por fosa nasal derecha desde hace 6 meses, no refiere obstrucción nasal, si cefaleas al toser desde hace 4 meses.

Antecedentes personales: ERGE no erosiva, HTA. Programa de cribado CCR familiar desde el 2008. NAMC. Exploración con fibroscopia naso-laríngea normal.

RX senos nasales normal. Se instaura tratamiento con corticoides nasales tópicos y posteriormente Atrovent nasal (bromuro de ipratropio) sin resultados.

Se solicita Resonancia Magnética Craneal: no se aprecian alteraciones en la intensidad de señal del parenquima encefálico. Línea media bien centrada. Sistema ventricular no dilatado. No se aprecian alteraciones en el estudio de difusión. Estructuras de la fosa posterior sin hallazgos valorables. Conclusión: estudio sin alteraciones significativas.

En el estudio de laboratorio del líquido acuoso nasal se aprecia glucosa, sugerente de fístula de LCR. En el nuevo control TAC craneal a los 3 meses (figura 1). Se compara con RM. Se observan algunas secreciones de predominio en celdillas etmoidales



FIGURA 1: Ligera ocupación del etmoides anterior, lámina cribosa derecha dilatada.

y fosa nasal derecha. Discreta hipertrofia mucosa declive en ambos senos maxilares. Prominente apófisis crista galli neummatizada. Parece existir una sutil solución de continuidad ósea en el margen anterior de la lámina cribosa derecha, en relación con ocupación líquida más patente de las celdillas etmoides adyacentes, y que podría justificar la sintomatología del paciente. Sin otras alteraciones morfológicas significativas.

Ante el diagnóstico de fistula de LCR, se deriva a servicio ORL del centro de referencia que por cirugía endoscópica realizan etmoidectomía anterior, apreciándose en techo de etmoides anterior mucosa que protuye con salida pulsátil de LCR. Se realiza curetaje de la zona, turbinectomía del cornete medio y sobre el defecto y zona de salida del LCR, Duragen, bio glue y tachosin y taponamiento con merocel en dedo de guante. En la revisión a los 4 meses no refiere salida de LCR.

Discusión

Para que exista una fistula espontánea de LCR debe haber un defecto óseo, disrupción de la duramadre y aracnoides, y un gradiente de presión. Las fistulas de LCR son un serio problema y una condición potencialmente fatal cuyo manejo requiere un abordaje multidisciplinario; ya que la meningitis asociada a la fistula puede poner en riesgo la vida. Las fistulas de LCR no traumáticas ocurren principalmente en adultos mayores de 30 años y en algunas ocasiones se asocian con: síndrome de la silla turca vacía, hipertensión intracraneal e hidrocefalia, infección de senos paranasales, tumores (adenomas), sobreneumatización del seno esfenoidal, malformación de la base del cráneo y obesidad.

Durante la última década el manejo de fistulas ha cambiado por la introducción de la cirugía endoscópica, ya que la introducción de los abordaje mínimamente invasivos por endoscopia endonasal han facilitado el abordaje extradural y han demostrado ser seguros y eficaces en el manejo de las fistulas de LCR disminuyendo el riesgo de morbilidad, el riesgo de alteración en el sentido del olfato y los días de hospitalización del paciente.

La fluoresceína intratecal se usa con frecuencia en la cirugía endoscópica para la reparación de fistulas de LCR para indicar la salida del líquido. Se han usado varios materiales como injerto para el cierre de fistulas de LCR (por ejemplo: grasa abdominal, fascia lata, cartilago septal, rotación de colgajo de cornete medio, colgajo de mucosa nasoseptal).

BIBLIOGRAFÍA

Abad Royo JM, Alonso Alonso L, Pérez Sánchez A, Chamizo García JJ, Salgado de Sotomayor F. Meningitis recidivante por meningoencefalocelo nasal. O.R.L. ARAGON'2004; 7 (I) 12-16.

Elrahman HA, Malinvaud D, Bonfils NA. Endoscopic management of idiopathic spontaneous skull base fistula through the clivus. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2009 135 (3).

Van-Zele T, Kitice A, Vellutini E. Primary spontaneous cerebrospinal fluid leaks located at the clivus. Allergy Rhinol (Providence) 2013 4(2): 100-4.

Yasuhiko Hayashi, Masayuki Iwato, Daisuke Kita, Issei Fukui. Spontaneous cerebrospinal fluid leakage through fistulas at the clivus repaired with endoscopic endonasal approach. Surg Neurol Int. 2015; 6: 106.

Zanabria-Ortiz R, Domínguez-Báez J, Del Toro A, Lazo-Fernández E, Sánchez-Medina Y, Robles-Hidalgo E. Cerebrospinal fluid rhinorrhea from a transclival meningocele: A case report and literature review. Neurocirugía (Astur). 2015; 26(6): 292-5.

Coitero D, Tavora L, Antunes JL. Spontaneous cerebrospinal fluid fistula through the clivus: report of two cases. Neurosurgery 1995; 37: 826-8.

Alobid I. Manejo de las fistulas nasales de líquido cefalorraquídeo según su tamaño. Nuestra experiencia. Acta Otorrinolaringol Esp. 2014.



Si quiere participar enviando casos clínicos, imágenes clínicas comentadas o formación médica, solicite información o consulte en la web la normativa editorial en gaesmedica@cpp-proyectos.com



Puede ver los casos clínicos, imágenes clínicas comentadas o formación médica en: www.gaesmedica.com/es-es/articulos-cientificos