

CASO CLÍNICO

Rinorrea secundaria a fístula espontánea de líquido cefalorraquídeo, una causa poco frecuente.**Elgeadi-Saleh, Wafa¹; Julián-Viñals, Rosa²; Castell-Alcalá, M. Victoria².**

1. Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Castroviejo (Madrid, España)
2. Médico adjunto Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Castroviejo (Madrid, España)

Contacto: Wafa Elgeadi Saleh. waceleste@hotmail.com; wafa.elgeadi@salud.madrid.org

Citar como: Elgeadi-Saleh W; Julián-Viñals R; Castell-Alcalá MV. fml. 2017; 21(15):3p

Recibido el 24/01/2017
Aceptado el 29/04/2017
Publicado el 31/07/2017**Resumen**

La fístula de líquido cefalorraquídeo (LCR) se conoce como la comunicación entre las cavidades nasal y senos paranasales con los espacios subaracnoideos. La causa más frecuente es la traumática que suele asociar una resolución espontánea. Otras causas menos frecuentes son las espontáneas y se relacionan con los meningoencefalocelos. Ante la aparición de fístula de LCR independientemente de la causa se hace necesario una vigilancia estrecha y vacunación contra el neumococo. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, no obstante, se utiliza la beta-2 transferrina, para su confirmación.

Palabras MESH: Fístula, líquido cefalorraquídeo, rinorrea**MESH Keywords:** Fistulae, Cerebrospinal fluid; Rhinorrhea.

Acude a nuestra consulta una mujer de 34 años con rinorrea transparente e intermitente de diez días de evolución, acompañada de prurito ocular, nasal e hiposmia. Ante la sospecha de una rinitis alérgica se inicia tratamiento con antihistamínicos. Pasada una semana la paciente consulta nuevamente por persistencia de la rinorrea, que se acentuó en las últimas 24 horas hasta hacerse continua y aumentando con la flexión anterior cefálica. No presentaba fiebre, mareos, ni cefalea.

No había presentado traumatismos craneales ni cirugía nasal previa. En su historial constan como antecedentes destacables: rinitis alérgica, estrabismo y obesidad.

A la exploración física destaca únicamente una rinorrea hialina unilateral izquierda con signos meníngeos negativos. El resto de la exploración no presentaba alteraciones significativas.

Dadas las características de la rinorrea, la evolución y la exploración física se sospecha una posible fístula de líquido cefalorraquídeo (LCR) y se procede a la recogida de una muestra para la determinación de la proteína TAU, además se analiza la rinorrea con la tira reactiva, demostrándose positividad para glucosa y proteínas.

Dada la alta sospecha de fístula de LCR, administramos una dosis de vacuna para neumococo y derivamos a la paciente al hospital de referencia para continuar el estudio.

Pruebas complementarias

-Analítica: Hemoglobina 13.2 g/dl, Leucocitos 7300, Neutrófilos 4540, Linfocitos 1840, PCR 25.2 mg/l, Sodio 140 mmol/l, Potasio 3.4 mmol/l, Proteína TAU 348 pg/ml.

-Tira reactiva: Glucosa +++, Proteínas ++.

-Fibrolaringoscopia: Rinorrea clara y mucosa de aspecto sano en fosa nasal derecha. Rinorrea hialina muy clara sugestiva de LCR en fosa nasal izquierda. No pólipos.

-TAC craneal: Se objetiva solución de continuidad en el techo del hemisferio esfenoidal derecho con contenido de morfología pseudonodular intrasinal. Estos hallazgos pueden estar en relación con la clínica descrita (rinoliquorrea). Silla turca parcialmente vacía y retracción corticosubcortical difusa, mayor de lo habitual para su edad.

-RM craneal: Meningoencefalocelo esfenoidal izquierdo. Marcada ampliación de espacio adenoideo en la región del lóbulo temporal y en la superficie de

ambos hemisferios cerebrales. Signos de aracnoidocele intrasellar (figura 1). presente caso trata acerca de una mujer de 24 años de edad con antecedentes personales de asma bronquial tipo alérgico, que acude a la consulta de su Médico de Atención Primaria para valoración de un cuadro de edema palpebral bilateral y astenia de 4 días de evolución sin causa desencadenante aparente. Así mismo, refiere visión borrosa desde hace 1 día (la cual ha sido valorada por oftalmología sin apreciar alteraciones) y dolor en hemiabdomen derecho sin fiebre, clínica miccional o deposicional.



Figura 1: Resonancia magnética: (flecha negra) Meningoencefalocelo esfenoidal izquierdo.

Una vez obtenidos estos resultados se confirma la presencia de fístula de LCR, secundaria a meningoencefalocelo. Por lo que se consulta con el servicio de neurocirugía, procediendo a la colocación de un drenaje lumbar, así como la extirpación del encefalocele y posterior cierre de la mucosa nasoseptal. Tras dicha intervención la paciente no volvió a sufrir rinorrea, mostrándose estable y con buena evolución. No obstante, se aconseja seguimiento por especialista y vigilancia si reaparecen los síntomas.

Discusión

La fístula de líquido cefalorraquídeo se produce por una alteración en el drenaje del LCR, produciendo una extravasación desde el espacio subaracnoideo hacia las estructuras nasosinusales o del oído medio, todo ello en relación a un defecto óseo.



Figura 2: Rinorrea transparente

Las fístulas de LCR se clasifican en traumáticas y no traumáticas (4). Siendo las primeras las más frecuentes, en hasta un 90% de los casos. Si la fístula afecta a la fosa anterior, la salida del líquido es hacia la nariz y las cavidades perinasales y si afecta a la fosa media y posterior la salida es hacia el oído medio (siendo ésta la menos frecuente).

-Causa traumática: Suelen ser secundarias a procedimientos neuroquirúrgicos, cirugías endoscópicas de senos paranasales o incluso punciones raquídeas. Se localizan principalmente a nivel de la fosa anterior afectando a la lámina cribosa y techo del etmoides. Aproximadamente un 70% de las fístulas secundarias a traumatismo se resuelven de manera espontánea.

-Causas no traumáticas: Pueden ser secundarias a una infección (otitis media crónica), tumores en la base del cráneo o espontáneas relacionadas en la mayoría de los casos con alteraciones congénita (encefalocelos o meningoencefalocelos...).

Las fístulas de LCR espontáneas constituyen una entidad poco frecuente (cuya incidencia ronda el 8.6%). Suelen aparecer con mayor frecuencia en mujeres obesas de edad media, que presentan síntomas clínicos y signos radiológicos parecidos a la hipertensión intracraneal benigna. Como la silla turca vacía o las cefaleas matutinas. En algunos pacientes la fuga del LCR es tan abundante que no presentan ningún síntoma.

La teoría con mayor aceptación en la literatura actual se relaciona con una hipertensión intracraneal secundaria a una alteración en la reabsorción del LCR por parte de las granulaciones aracnoideas. Esta

elevación persistente de la presión intracraneal favorece el desarrollo de granulaciones aracnoideas aberrantes, que tienen poca funcionalidad para la reabsorción del LCR, pudiendo generar pequeños orificios óseos capaces de remodelar y erosionar el hueso, especialmente en áreas neummatizadas de la base del cráneo con menor resistencia como: La lámina cribosa, seno esfenoidal, diafragma sellar, techo del tímpano y suelo de la fosa craneal media. pudiendo producir con el tiempo una herniación de la duramadre o del tejido cerebral (5).

El Meningoencefalocelo (protrusión del tejido cerebral y meníngeo a la cavidad extracraneal) se relaciona entre un 50-100% de los casos con las fístulas espontáneas de LCR (5). Siendo un hallazgo poco frecuente y presentándose normalmente en forma de otorrea y menos de rinoliquorrea como el caso de la paciente. Además, se puede relacionar con traumatismos, tumores, radioterapia, infecciones, procesos inflamatorios o cirugías.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, pudiendo presentar una rinorrea aislada (intermitente o continua) o asociarse a cefalea, fotosensibilidad, náuseas, dolor de nuca y mareos. No obstante, las exploraciones complementarias como el análisis bioquímico del líquido a través de la determinación de la proteína TAU o de la beta-2 transferrina (3), nos ayudan a confirmar el diagnóstico. Otras pruebas como el TAC, RM o fluoresceína son de utilidad para la localización de la lesión y la determinación de su tamaño.

Dependiendo de la causa, se pueden adoptar varias medidas en cuanto al tratamiento de la fístula de LCR. Muchas fístulas de LCR ceden de forma espontánea, recomendando reposo absoluto durante unos días, ingesta de líquidos y analgésicos si cefalea. Así como la vacunación contra el neumococo para evitar la meningitis por infección ascendente, especialmente si la rinorrea es secundaria a una fractura craneal (1).

Si a la semana no se ha resuelto el cuadro se considera indicación de tratamiento quirúrgico. No obstante, la indicación para iniciar un tratamiento conservador vs quirúrgico está altamente discutido en la literatura, especialmente si la fístula es secundaria a un origen traumático. Por ello se hace importante individualizar el tratamiento según el caso de cada paciente.

En caso de ser necesaria la cirugía, la endoscopia endonasal se considera un avance en el tratamiento de las fístulas del LCR, y por tanto el tratamiento de elección por delante de la cirugía abierta, siendo un método poco invasivo y muy eficaz (1,2). No obstante, en algunos casos se sigue utilizando el método quirúrgico abierto habitual.

Conclusiones

1. La fístula de LCR es secundaria a una alteración en el drenaje del mismo, hacia el espacio rinosinusal o al oído medio.
2. Las fístulas de LCR de causa traumática son las más frecuentes.
3. Un 70% de las fístulas de LCR secundarias a una causa traumática se resuelven de manera espontánea.
4. Las fístulas espontáneas son más frecuentes en mujeres obesas con síntomas clínicos y radiológicos de Hipertensión Intracraneal Benigna. 5. Una de las causas más frecuentes de fístula espontánea de LCR se relaciona con el Meningocele.
6. El diagnóstico es fundamentalmente clínico con confirmación analítica de la beta-2 transferrina.
7. El tratamiento dependiendo de la causa, será control observacional o intervención quirúrgica.

Bibliografía

1. Puerta JI, Mosquera CA. Experiencia en el manejo de fistulas nasales de líquido cefalorraquídeo. Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello. 2004;32(2):40-44.
2. Cui S, Han D, Zhou B, Zhang L, Li Y, Ge W, et al. Endoscopic endonasal surgery for recurrent cerebrospinal fluid rhinorrea. Acta Otolaryngol. 2010; 130:1169-74.
3. Arrer E, Mecco C, Oberascher G. Trace protein as a marker for cerebrospinal fluid rhinorrhea. Clinical Chemistry 2002; 48: 939-41.
4. Abuabara A. Cerebrospinal fluid rhinorrhoea: diagnosis and management. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2007;12: E397-400.
5. Cano Alonso R, Jiménez de la Peña M, Gómez Caicoya A, Recio Rodríguez M, Álvarez Moreno E, Herraiz Hidalgo L. Fístulas espontáneas de LCR de la base del cráneo en el adulto: Poco frecuentes, pero importantes. En: [Internet] SERAM: Sociedad Española de Radiología Médica. Madrid: SERAM; c2015[2012; 15 agosto 2015].