



<http://www.elsevier.es/semergen>

423/46 - MÁS ALLÁ DE LA RINITIS: FÍSTULAS ESPONTÁNEAS DE LCR

B. Oter López¹, L. Hernández Iglesias²

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Elena. Zamora, ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Parada del Molino. Zamora.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 68 años que hace unos 10 días nota que al hacer un esfuerzo o agachar la cabeza cae un líquido salado por la nariz, blanquecino, en escasa cantidad. Al poner la cabeza hacia atrás, el goteo del líquido para. No cefalea ni antecedente traumático, no antecedente de intervención quirúrgica craneal ni de ORL, no clínica neurológica ni anosmia. Antecedentes: DM2, HTA, hipercolesterolemia, artrosis. Fumadora 40 cigarrillos/día. Tratamiento: insulina glargina 32, olmesartán medoxomilo/amlodipino 40/5, simvastatina 20, etoricoxib 60.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 190/70, que desciende tras administrar Alprazolam. Afebril. BEG, no adenopatías ni bocio, no dolor en senos frontales ni nasales. No alteraciones a la otoscopia, cavidad orofaríngea y fosas nasales. Exploración neurológica normal. Ante sospecha de patología a nivel central, se deriva a urgencias para ampliar estudio (19/9/18). Analítica: leucocitos 12,5, neutrófilos 10,1 (80,6%), glucosa 291 mg/dL, urea 75 mg/dL, FA 124 UI/L, PCR 9,3. Test de glucosa nasal: positivo. Líquido cefalorraquídeo: sin alteraciones patológicas. TAC craneal: hiperostosis frontal en marco óseo sin fracturas en bóveda craneal ni en base de cráneo que orienten a la presencia de fístulas de líquido cefalorraquídeo. Se valora con medicina interna y neurocirugía de guardia, acordando alta con vigilancia domiciliaria y aportará mañana (20/9/18) muestra de LCR a laboratorio para estudio: LCR sin alteraciones patológicas. Análisis de beta-2 transferrina (Tau globulina): positivo. Desde consultas de medicina interna se solicitó RMN de cráneo: sin defecto en base de cráneo.

Juicio clínico: Rinorrhea posicional sin determinar causa por normalidad de prueba de imagen, probable fístula de LCR.

Diagnóstico diferencial: Con patología ORL (mucosa nasal, masas, patología vascular) y patologías derivadas del defecto osteodural (meningitis, encefalitis, absceso cerebral).

Comentario final: Las fístulas de LCR son un proceso poco frecuente (8,6%) con sintomatología diversa según su localización, causadas por una comunicación entre el espacio subaracnoidal y estructuras nasosinuso-mastoides, a través de un defecto osteodural. La mayoría son asintomáticas, un alto índice de sospecha es crucial para el diagnóstico precoz. La precisión diagnóstica es mayor con la beta-2 transferrina que con las tiras de glucosa rápida. (1) El TAC y la RMN juegan un papel complementario en el diagnóstico: el TAC es capaz de detectar los defectos óseos, mientras que la RMN (sobre todo las secuencias T2) diferencia la composición de los tejidos herniados a través de los defectos óseos. (2) Nuestra paciente actualmente está asintomática, en tratamiento con pomada antibiótica con prednisolona 2 veces/día y

alprazolam 25 mg 1/24h y control estricto de glucemia (resto del tratamiento sin alteraciones). Elevará la cabeza en caso de que salga líquido por las fosas nasales.

Bibliografía

García-Callejo F, Talamantes-Escribá F, Redondo-Martínez J, Quilis V, Pérez-Carbonell T, Goloney V. Diagnostic accuracy of glucose multirreactive strips and nephelometry for beta-2 transferrin measurement to confirm rhinorrhea. An Orl Mex. 2016;61(2):100-9.

Cano Alonso R, Jimenez de la Peña M, Gómez Caicoya A, Recio Rodríguez M, Alvarez Moreno E, Herraiz Hidalgo L. Fístulas espontáneas de LCR de la base del cráneo en el adulto: Poco frecuentes, pero importantes. SERAM 2012/S-0073.

POS™ [Internet]. Posterng.netkey.at. 2012 [acceso 29 January 2019]. Disponible en:
<https://posterng.netkey.at/esr/viewing/index.php>