



## 242/129 - RINORREA DE ETIOLOGÍA INFRECUENTE

C. Benítez Robles<sup>a</sup>, F. Martín Grutmancher<sup>b</sup> y R. Sánchez Moreno<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Espartinas. Sevilla. <sup>b</sup>Médico de Familia. Hospital Costa de la Luz y SAMU. Huelva. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Espartinas. Sevilla.

### Resumen

**Descripción del caso:** Antecedentes médicos: sin interés. Tratamiento: no realiza. Enfermedad actual: mujer de 56 años que reconsulta por febrícula intermitente y goteo nasal derecho continuo de dos meses de evolución. Ha presentado tos, principalmente nocturna, que asocia a goteo nasal posterior en la posición de decúbito.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración: sin hallazgos a excepción de rinorrea abundante en fosa nasal derecha al agachar la cabeza. Hemograma: leucocitosis: 15.200 (PNM: 14.300, linfocitos: 500, monocitos: 400). Coagulación, bioquímica y gasometría venosa: normal. PCR: 20,1 mg/L. Procalcitonina: 0,36. Ac. láctico: 0,7. Hemocultivos y urocultivo: negativos. Orina normal. Proteína beta 2- transferrina en líquido nasal: 29 mg/l. Serología: VHA IgM/VHB IgG Ac c/VHC/VEB IgM/CMV IgM: negativos. VEB IgG y VHB Ac s: positivos. TAC tórax y abdomen: opacidades en vidrio deslustrado bilaterales y parcheadas, a valorar neumonitis por hipersensibilidad y con menos probabilidad neumonía eosinofílica. Rx senos: senos aireados, no velamientos. Rx tórax: hilio derecho engrosado, infiltrado alveolo-intersticial incipiente en base pulmonar izquierda. RM cráneo: estudio sin datos concluyentes que sugieran fístula de LCR.

**Juicio clínico:** 1) Rinoliquorrea. 2) Neumonitis por hipersensibilidad (posiblemente secundaria a broncoaspiración de LCR resuelta).

**Diagnóstico diferencial:** Cuerpo extraño, rinosinusitis, rinoliquorrea, rinitis vírica y bacteriana, tumores benignos y malignos.

**Comentario final:** Fue valorada por otorrinolaringología que indicó derivación preferente a Neurocirugía. La fístula se yuguló espontáneamente y se le realizó TAC craneal sin hallazgos. Tan solo en caso de reaparición intervendrían. Se pone de manifiesto la dificultad en el diagnóstico ante un signo tan poco específico como es el goteo nasal y lo que puede llegar a enmascarar detrás, llegando a ello mediante una buena anamnesis y exploración del paciente. Ante los hallazgos en la exploración, el punto de inflexión se encuentra en el análisis del líquido nasal obteniéndose la proteína beta 2-transferrina la cual se encuentra en el líquido cefalorraquídeo.

### Bibliografía

1. Risch L, Lisec I, Jutzi M, Podvinec M, et al. Rapid, accurate and non-invasive detection of cerebrospinal fluid leakage using combined determination of beta-trace protein in secretion and serum. Clin Chim Acta. 2005;351:169-76.
2. Sales Llopis J. Salida anormal de LCR (licorrea) por nariz (rinolicorrea). Sociedad Española de Neuroraquis, 2009. Disponible en: [http://www.neurocirugia.com/static.php?page = fistulaliquidocefalorraquideo](http://www.neurocirugia.com/static.php?page=fistulaliquidocefalorraquideo)

**Palabras clave:** Fístula de líquido cefalorraquídeo. Goteo nasal. Proteína beta 2-transferrina.