



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/238 - LAS CONSECUENCIAS DE UNA CAÍDA

R. Cenjor Martín^a, E. Prieto Piquero^b, L. Fernández Perandones^c, M. Cordero Cervantes^d, E. Cano Cabo^e y L. López Menéndez^f

^aMédico Residente de 4º año. Centro de Salud Teatinos. Oviedo. Asturias. ^bMédico Residente de 3º año. Centro de Salud Teatinos. Oviedo. Asturias. ^cEnfermera. Hospital Carmen y Severo Ochoa. Asturias. ^dMédico Residente de 3º año. Centro de Salud de Ventanielles. Oviedo. Asturias. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Oviedo. Asturias. ^fMédico Residente de 2º año. Centro de Salud El Cristo. Oviedo. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 30 años, profesor de pilates y fumador de 10 cigarrillos/día (IPA 15 paquetes/año), sin alergias ni otros antecedentes de interés. Acude a consulta de atención primaria por dolor en región sacra tras caída accidental mientras practicaba deporte. Se pauta analgesia convencional y se solicita radiografía lumbosacra que descarta afectación ósea. Al cabo de 15 días, vuelve a consultar por bulbo a dicho nivel, indoloro y de tamaño fluctuante.

Exploración y pruebas complementarias: Se observa colección de partes blandas, fluctuante, sin eritema ni signos de infección e indolora a nivel lumbosacro. Se decide realizar punción que muestra material compatible con líquido cefalorraquídeo (LCR). La radiografía simple muestra falta de fusión de S1, por lo que decidimos solicitud de resonancia magnética que se informa como defecto de cierre posterior de S1 y colección serosa sin trayecto fistuloso evidente.

Juicio clínico: Fístula de LCR postraumática.

Diagnóstico diferencial: Se debe realizar diagnóstico diferencial con abscesos, tumores, hematomas y fracturas, así como los yatrogénicos en caso de sospecha (fístulas pospunción, secuelas quirúrgicas...).

Comentario final: El paciente evolucionó favorablemente, con resolución espontánea completa. Las fístulas de LCR se producen por la existencia de una comunicación o brecha osteomeníngea y pueden ser traumáticas/iatrogénicas o primarias/espontáneas. Las primeras son las más frecuentes, ubicándose en más del 80% de los casos en la base del cráneo. La localización lumbar es muy infrecuente y se presenta casi exclusivamente como complicación de punciones. Clínicamente, cursa con cefalea (típicamente ortostática, vespertina, con buena respuesta a analgesia convencional) e hipotensión por pérdida de LCR, aunque si la localización es más baja puede producir fístulas a tejidos blandos con formación de colecciones o salida de LCR a piel. El tratamiento es endoscópico dada la localización más habitual de base del cráneo o quirúrgico y raramente se resuelven de forma espontánea.

Bibliografía

- Jaume A, Salle F, Devita A, Martínez F, Sgarbi N. Post-traumatic cerebrospinal fluid fistula: proposal of diagnostic and therapeutic algorithm. Arch Med Interna. 2015;37(1):47-52.

2. Sun-Edelstein C, Lay CL. Spontaneous intracranial hypotension: pathophysiology, clinical features, and diagnosis. *Uptodate*, 2014.