

Rinolicuorrea

Se define como una salida de [líquido cefalorraquídeo](#) por una o ambas [fosas nasales](#).

Aparece cuando se rompe la barrera que separa las cavidades nasales del [espacio subaracnoideo](#) ¹⁾

Tipos

Se pueden clasificar en 2 grandes grupos:

Primarias (o espontáneas)

Secundarias.

Epidemiología

Aproximadamente el 80% de la rinolicuorrea por [fístula de líquido cefalorraquídeo](#) (LCR) es debida a traumatismos no-quirúrgicos, el 16% por traumatismos quirúrgicos (falta de cierre de la duramadre a nivel craneal o [durotomía](#) tras cirugía de columna) y un 4% originadas por causas no-traumáticas (espontáneas, idiopáticas...)

Según los datos de la literatura médica las fístulas secundarias son más frecuentes, y la causa principal son los traumatismos craneoencefálicos

La rinorrea por fístula de LCR post traumática (secundaria) más frecuente es la debida a fracturas de la base del cráneo por traumatismo craneal.

Localización

La más frecuente es la [lámina cribosa](#) (35% de los casos), seguido por el [seno esfenoidal](#) (26%), las [celdas etmoidales anteriores](#) (18%), el [seno frontal](#) (10%) y, por último, las [celdas etmoidales posteriores](#) y el [clivus](#) ²⁾.

Diagnóstico

La determinación de la [Beta 2 transferrina](#) y β -traza son más específicas que la glucosa, pero tampoco están exentas de falsos positivos y negativos. Así, la detección de β 2-transferrina en el fluido nasal solo puede ser considerada cuando una detección sanguínea de la misma es negativa. Por su parte, la β -traza debe determinarse en el momento de la toma de la muestra ³⁾.

Tratamiento

El tratamiento de esta patología ha cambiado a lo largo de los años ⁴⁾.

El primero en hacerlo fue [Walter Dandy](#), en 1926, empleando una vía de acceso intracraneal (craneotomía bifrontal) con alta tasa de morbilidad y complicaciones y con un índice de éxito menor del 60%.

En 1948, Dohlman realizó el primer acceso extracraneal con una incisión nasofrontral que reducía el número de complicaciones y con un índice de éxito entre el 60 y el 80%.

En 1952 Hirsch realizó la primera reparación de una dehiscencia en la silla turca vía transeptal.

Wigand, en 1981, fue el pionero en el uso del microscopio endonasal para el cierre de dehiscencias etmoidoesfenoidales. Esta técnica aportaba ventajas con respecto a las anteriores, puesto que reducía las complicaciones y el índice de éxito se acercaba al 90% ⁵⁾

Las primeras series publicadas sobre la cirugía endoscópica son las de Papay y col., ⁶⁾

Mattox y Kennedy ⁷⁾ y Stankiewicz ⁸⁾.

Los progresos en la cirugía endoscópica nasosinusal han hecho que el uso de endoscopios para el diagnóstico y el tratamiento se haya generalizado.

Una vez hemos identificado el punto exacto de la fuga de LCR y tras preparar bien el campo receptor, existen múltiples tipos de injertos y técnicas que se pueden emplear para el cierre de la misma.

Entre ellos encontramos la fascia lata ⁹⁾, la fascia del músculo temporal ¹⁰⁾, el cornete medio ^{11) 12)}, la grasa abdominal ¹³⁾ o el colgajo de mucosa nasoseptal ^{14) 15)}

La elección del material para injerto dependerá de cada caso, de la experiencia del cirujano y del tamaño del defecto osteodural. Lo que sí es importante saber es que la presencia de un defecto discontinuo, una inapropiada preparación del campo quirúrgico o una incorrecta elección del colgajo pueden ser factores de riesgo para el fracaso de la cirugía ¹⁶⁾.

Antes de colocar el injerto debemos eliminar escrupulosamente la mucosa que se encuentra alrededor de la solución de continuidad, creando una zona cruenta que permita la cicatrización y el cierre ¹⁷⁾.

¹⁾ , ⁵⁾

Presutti L, Mattioli F, Villari D, Marchioni D, Alicandri-Ciufelli M. Transnasal endoscopic treatment of cerebrospinal fluid leak: 17 years' experience. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2009;29:191-6.

²⁾

Lindstrom DR, Toohill RJ, Loehrl TA, Smith TL. Management of cerebrospinal fluid rhinorrhea: The Medical College of Wisconsin experience. Laryngoscope. 2004;114:969-74.

³⁾

Arrer E, Meco C, Oberascher G, Piotrowski W, Albegger K, Patsch W. Beta-Trace protein as a marker for cerebrospinal fluid rhinorrhea. Clin Chem. 2002;48:.

⁴⁾

Reyt E, Righini C, Schmerber S, Karkas A. Rhinorrhées cérébrospinales. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-365-A-10, 2011.

⁶⁾

Papay FA, Maggiano H, Dominquez S, Hassenbusch SJ, Levine HL, Lavertu P. Rigid endoscopic repair of paranasal sinus cerebrospinal fluid fistulas. Laryngoscope. 1989;99:1195-201.

⁷⁾

Mattox DE, Kennedy DW. Endoscopic management of cerebrospinal fluid leaks and cephaloceles. Laryngoscope. 1990;100:857-62.

8) 10)

Stankiewicz JA. Cerebrospinal fluid fistula and endoscopic sinus surgery. Laryngoscope. 1991;101:250-6.

9)

Kelley TF, Stankiewicz JA, Chow JM, Origitano TC, Shea J. Endoscopic closure of postsurgical anterior cranial fossa cerebrospinal fluid leaks. Neurosurgery. 1996;39:743-6.

11)

Marks SC. Middle turbinate graft for repair of cerebral spinal fluid leaks. Am J Rhinol. 1998;12:417-9.

12)

Armengot M, Campos A, Pérez A, Izquierdo J, Alba JR, Basterra J. Our management protocol and surgical technique in cerebrospinal fluid rhinorrhea treated with an endonasal approach. Acta Otorrinolaringol Esp. 2000;51:593-7.

13)

Schmerber S, Righini C, Lavielle JP, Passagia JG, Reyt E. Endonasal endoscopic closure of cerebrospinal fluid rhinorrhea. Skull Base. 2001;11:47-58.

14)

Casesano RR, Jassir D. Endoscopic cerebrospinal fluid rhinorrhea repair: Is a lumbar drain necessary?. Otolaryngol Head Neck Surg. 1999;121:745-50.

15)

Lanza DC, O'Brien DA, Kennedy DW. Endoscopic repair of cerebrospinal fluid fistulae and encephaloceles. Laryngoscope. 1996;106:1119-25.

16)

Komatsu M, Komatsu F, Cavallo LM, Solari D, Stagno V, Inoue T, et-al. Purely endoscopic repair of traumatic cerebrospinal fluid rhinorrhea from the anterior skull base: Case report. Neurol Med Chir. 2011;51:222-5

17)

Armengot M, Gómez-Gómez MJ, García-Lliverós A. [A simple and reliable technique for the treatment of rhinoliquorrhea from small defects: Free nasal mucosa overlay graft]. Neurocirugia (Astur). 2013 Sep-Oct;24(5):197-203. doi: 10.1016/j.neucir.2013.03.002. Epub 2013 May 9. Spanish. PubMed PMID: 23665263.

From:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/> - **Neurocirugía Contemporánea**
ISSN 1988-2661

Permanent link:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=rinolicuorrea>

Last update: **2019/09/26 22:14**

