

# Rinorrea Cerebroespinal Postraumática

Por

Dr. Francisco Saborío Vargas\*      Dr. Joaquín Berrocal Bindé\*\*

Tiene por objeto el presente trabajo presentar los diferentes medios de abordaje quirúrgico de una rinorrea cerebroespinal causada por un traumatismo cráneo-encefálico; asimismo poner de manifiesto la importancia de la colaboración que debe existir en estos casos entre el neurocirujano y el otorrinolaringólogo.

La rinorrea cerebroespinal se presenta sobre todo en las fracturas de la lámina cribosa del etmoides y del cuerpo del esfenoides, pero puede ser observada también con cierta frecuencia, en las fracturas del seno frontal.

La abstención operatoria en este padecimiento tuvo sus partidarios antiguamente, cuando la neurocirugía estaba todavía en sus comienzos, ya que se consideraba que la fístula traumática cerraba corrientemente de una manera espontánea. Pero el peligro de la abstención operatoria aparece en diversas estadísticas y en el caso que nos ocupa fue causante de una meningitis, la cual fue afortunadamente controlada.

Hoy en día no se justifica tal actitud y se deben intervenir precoz y sistemáticamente todas las rinorreas cerebroespinales, ya que el riesgo operatorio es mínimo con las técnicas modernas. Un período de espera corto, que varía de algunos días a una semana es aceptado por la mayoría de los autores (Coleman, Krüger, Schwartz, Boenninghaus). Este período de espera es a veces necesario como lo apunta Lewin para que desaparezcan los trastornos encefálicos iniciales, en particular el edema cerebral provocado por el trauma. Otros autores dan un período de

\* Del Servicio de Neurocirugía de la Caja Costarricense del Seguro Social.

\*\* Del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital del Seguro Social.

---

espera que varía entre 15 días a 8 semanas. Cuando es indispensable esperar durante algunas semanas por una razón u otra Riechert, preconiza un examen regular de líquido cefalorraquídeo. Cuando la fístula reaparece después de un cierre espontáneo, todos los autores están de acuerdo en que hay que intervenir. Una detención espontánea de la rinorrea no significa o no puede considerarse como un verdadero proceso natural de cura, ya que no pone completamente al abrigo de complicaciones ulteriores. En efecto, la oclusión dural se realiza por tejido celular que puede romperse bajo el efecto de una crisis hipertensiva, incluso de un simple esfuerzo como el sonarse la nariz (Descuns y colab.) Por otro lado esta lámina de tejido celular no constituye más que un débil obstáculo al paso de los gérmenes provenientes de la fosa nasal.

### TRATAMIENTO

**Vías de acceso:** En el tratamiento de las rinorreas cerebro-spinales debe considerarse la vía neuroquirúrgica y la vía rinológica. La primera tiene sus ventajas en la amplia exposición de la lesión de la duramadre y de las lesiones concomitantes cerebrales. Permite fácilmente abordar la lámina cribosa, estenoides, etc., pero su principal inconveniente reside en el hecho de que el acceso al seno frontal, que como se dijo anteriormente puede ser la causa de la persistencia de la fístula, es relativamente insuficiente.

La segunda de las vías, es decir la rinológica se aplica tanto a las fracturas cerradas como a las abiertas; permite la exploración cómoda y el tratamiento de las lesiones intrasinosales previniendo de esta manera la sinusitis traumática y las ostiomielitis del foco de fractura, pero como es fácil de suponer las lesiones de lámina cribosa no son por esta vía tan fácilmente abordables.

El caso que presentamos a continuación es un exponente de la correlación neuroquirúrgico-otorrinolaringológica, ya que, por medio de las intervenciones realizadas por ambos servicios quirúrgicos, fue posible la curación del enfermo.

### PRESENTACION DE UN CASO

Enfermo R. M. C. Masculino. 25 años. Ocupación: Auxiliar de Farmacia. Sufre accidente automovilístico el 25-4-64, con grave traumatismo de cráneo y pérdida de conocimiento. Paciente inconsciente con graves secuelas de traumatismo más marcadas

en el lado izquierdo región frontal, con equimosis palpebral y hematoma periorbitario. A la exploración, inconsciente con secuelas de traumatismo grave, con indicios de fractura en región frontal izquierda. El resto de la exploración neurológica no revela signos de compresión intracraneal y el examen por sistemas es normal. Las radiografías de cráneo demuestran fractura con hundimiento en región frontal izquierda que compromete seno frontal, etmoides, techo orbitario. Se opera de emergencia practicándose una craneotomía frontal izquierda mediante un abordaje coronal. Al exponer el hueso se descubren múltiples trazos de fractura que confirman el diagnóstico radiológico. Se retiran los fragmentos y se encuentra debajo del hueso un hematoma extradural con un volumen de 75 c. c., el cual rechaza el cerebro hacia atrás y hacia arriba. El enfermo evoluciona bien, pero 5 días después de esta primera intervención y por indicación del Servicio de Oftalmología se decide hacer una nueva intervención con el fin de descomprimir el nervio óptico del lado izquierdo, ya que el enfermo, ahora consciente, manifiesta pérdida total de visión por el ojo izquierdo. Se explora por vía intradural y extradural, encontrándose fractura que sigue el cla menor del esfenoides, lámina cribosa que estrecha en ciertos puntos el canal óptico. Se descomprime éste y se aprovecha esta segunda intervención para colocar sobre la brecha dural una lámina de fascia lata, a la par que por vía extradural se realiza el mismo procedimiento. Es de notar aquí que el enfermo ya presentaba la rinorrea cerebroespinal desde el inicio de su cuadro, y que al tener que explorar el nervio óptico, se aprovechó la oportunidad para cerrar la fístula.

El enfermo evolucionó bien y a los 8 días fue dado de alta, aunque la fístula de líquido cefalorraquídeo persistía. Se le instruyó que mantuviera la posición horizontal y que hiciera uso de ciertas gotas antibióticas. Después de 15 días de estadía en su casa regresa al hospital con un intenso cuadro meníngeo, a la par que con una tumoración blanda, dolorosa, caliente sobre la región de la craneotomía. Se instaura una terapéutica antibiótica intensa, a la par que se punciona la tumoración dándosele salida a un contenido purulento. Días después que el enfermo recupera relata, que tres días antes del cuadro meníngeo había dejado de drenar líquido cefalorraquídeo, pero que desde ese momento había iniciado intensa cefalea. Debe permanecer en el hospital durante un mes al final del cual se decide operar abordando esta vez la fístula por la vía rinológica. Mediante una incisión arciforme de Killian se abre el seno frontal izquierdo. Después de abrir una ventana en la parte inferior, se hace un curetaje completo de toda la mucosa sinusal de am-

bos lados (previa extirpación de los restos del tabique intersinusal). Hacia la pared posterior se observan los numerosos trazos de fractura y el líquido cefalorraquídeo que drena a través de éstos. Se termina la intervención mediante el bloqueo de los dos ostiums de drenaje por medio de esquirlas óseas con el fin de excluir los senos frontales. Se toma fascia del muslo y se aplica sobre los trazos de fractura de la pared posterior. Ambos sinus son rellenos por tejido celular tomado también del muslo. En los días siguientes el enfermo presenta disminución pero no abolición completa de la secreción de líquido cefalorraquídeo, pero al cabo de 8 días desaparece completamente. Se le da de alta y se le reintegra al trabajo 2 meses después para volver a ser intervenido el 25 - 10 - 65, 18 meses después del accidente, para practicarle una cranioplastia con resina acrílica, la cual el enfermo soporta de una manera excelente. En los 7 meses que han seguido a la intervención, el enfermo se encuentra en perfecto estado de salud y reintegrado por entero a su trabajo habitual.

#### SUMARIO

Se presenta caso de enfermo de 25 años, con fístula de líquido cefalorraquídeo de origen traumático. Se hace una revisión de la literatura sobre las vías de abordaje neuroquirúrgico y otorrinolaringológico. Se describen sus ventajas e inconvenientes. Se destaca la conducta expectante que prevalecía anteriormente en contraposición a la tesis actual de intervenir precozmente. Se describe operación.

#### BIBLIOGRAFIA

1. AUBRY M. — Les Traumatismes des Cavités Annexes des Fosses Nasales et Leurs Sequelles. 1963.
2. BOENNINGHAUS H. G. — Die Behandlung der Schadelbasisbrüche. Georg Thieme Verlag. 1960.
3. CALVET, J. ET YACOMBE Y. — Les rhinorrhées Céphalo — rachidiennes traumatiques. Journ. Franc. d'O.R.L. T. 7:697, 1958.
4. FRENCKNER P. ET RITHTNER N. G. — Operative treatment of skull fractures through the frontal sinus. Acta Oto-laryng. 51:63, 1960.
5. KRUGER D. W. — Die Behandlung der Liquorrhea Nasalis. Mschr., Otorrh. 85:41, 1951.
6. LEWIN W. — Cerebrospinal fluid rhinorrhea in closed head - injuries. Brit. Jnl. of Surg. 42:1, 1954.
7. MORLEY T. P. ET HETHERINGTON R. F. — Traumatic Cerebrospinal Fluid rhinorrhea and otorrhea, pneumocephalus and meningitis. Surgery 104:28, 1957.
8. QUIST-HANSEN — Fistula of the dura infractures involving the paranasal sinuses. Complications and treatment Acta Chir. Scan. 122: 49, 1961.
9. TONNIS W. ET FROWEIN R. — Liquorfisteln und Pneumatozelen nach Verletzungen der vorderen Schadelbasis. Zbl. Neuroch. 12:323, 1952.