



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



P-046 - DOCTORA, ESTOY RESFRIADO

L.I. Torres Szymanski^a, B. Pascual López^b y E. Pérez Membrive^c

^aCS Lucena I. ^bCS Cabra. ^cCS Lucena II.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 78 años, sin antecedentes de interés salvo DM 2, HBP e insuficiencia renal leve. Acude a consulta de Atención Primaria acompañado por su esposa en varias ocasiones. Durante la primera visita, comenta que se encuentra resfriado desde hace unos días, con abundante mucosidad nasal y desea que se le prescriba medicación. No presenta fiebre. Se recomienda observación y antitérmicos si fuera necesario. A la semana siguiente, vuelve a consultar por persistencia de síntomas. Insistiendo en rinorrea abundante. Se le pauta antihistamínicos y atrovent intranasal por sospecha de rinitis. Varios días después el paciente acude sin cita previa (aprovechando que acompañaba a su esposa) y comenta que no se encuentra mejor a pesar del tratamiento. Refiere que los síntomas son muy molestos ya que la secreción nasal aumenta con la bipedestación y mejora con el decúbito. Siendo más acentuado en fosa nasal izquierda. Se rehistoria brevemente incidiendo en antecedentes. El paciente niega situación previa similar ni antecedentes de rinitis u otros problemas ORL. Ante la persistencia de los síntomas y escasa respuesta a tratamiento se decide derivación a ORL para estudio de rinorrea.

Exploración y pruebas complementarias: En la consulta de Atención primaria no se objetiva rinorrea a la exploración. La ACR normal y la percusión de senos negativa. Se solicita radiografía de senos paranasales que resulta normal. En consulta especializada de ORL realizan fibroendoscopia nasal apreciándose salida de pequeña cantidad de líquido claro en fosa nasal izquierda. Ante la sospecha clínica y la realización de TAC craneal urgente y cisternografía-TAC con contraste, se aprecia acúmulo del mismo en vestíbulo nasal izquierdo secundario a un defecto óseo en el lado izquierdo de la lámina cribosa. Líneas de fractura antigua frontal derecha. En análisis de LCR, glucosa 204.

Juicio clínico: Fístula de líquido cefalorraquídeo con marcado neumoencéfalo.

Diagnóstico diferencial: Causas de rinorrea: infecciosa (rinitis víricas, rinitis bacterianas, sinusitis, mucormicosis), rinitis no infecciosas (alérgicas, vasomotoras, eosinofílica), tumores, enfermedades inmunes y vasculitis (sarcoidosis, granulomatosis de Wegener, LES, otras), rinorrea cerebrospinal (salida de LCR través de las fosas nasales).

Comentario final: El paciente se intervino de forma urgente y su evolución fue satisfactoria. Este caso nos corrobora la importancia de una buena historia clínica (el paciente recordó posteriormente que había sufrido un traumatismo craneal grave hacía 30 años) y el planteamiento de los posibles diagnósticos diferenciales previos a la actuación. El 80% de las fístulas de LCR son secundarias a

traumatismo cráneo-faciales y el 75% de ellas se resuelven espontáneamente con medidas conservadoras. No todas precisan tratamiento quirúrgico inmediato pero su detección es importante ya que se asocian a un riesgo anual del 10% de desarrollar meningitis fulminante. Otras causas pueden ser tumorales, inflamatorias o iatrogénicas tras cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Briongos Figuero LS, Bachiller Luque P, Lobo Valentín RM. Fístula de LCR con liquorrea. Medicina Clínica. 2009;133(1).
2. Rodríguez García JL. Green Book. Diagnóstico, tratamiento médico. Marbán, 2013.
3. González Doce V, Girón Úbeda JM. Neumoencéfalo y meningitis neumocócica secundarios a fístula de LCR. Neurología. 2011;26(5).