

(Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. C. Stajano.)

*RINORRAQUIA ESPONTANEA**

Consideraciones a propósito de un caso tratado quirúrgicamente

Dr. Eduardo C. Palma

La salida de líquido céfalo-raquídeo espontáneamente por las fosas nasales es un trastorno mórbido poco frecuente, pero no tan excepcional como generalmente se cree. Constituye no sólo una molestia desagradable para el paciente, sino que es una afección grave, ya por la naturaleza del proceso que la originó o por las graves complicaciones que pueden producirse.

En nuestro ambiente no se han publicado observaciones sobre esta afección. Sin embargo, una encuesta parcial nos ha permitido comprobar la existencia de cierto número de casos, que han sido asistidos en los últimos años en diversos servicios.

Hemos tenido oportunidad de analizar un caso clínico y efectuar en él la terapéutica quirúrgica correspondiente, una vez que se tuvo la certeza de la incurabilidad del proceso por los procedimientos médicos. He aquí la observación, que reviste cierto interés, sobre todo por ser el primer caso operado en el país.

Paciente: O. G., 40 años, soltera, uruguaya. Antecedentes familiares sin importancia. Antecedentes personales: desde hace años tiene cefaleas frecuentes e intensas, trastornos menstruales y obesidad, que han sido catalogados como resultante de una hipofunción hipofisaria. Hace 7 años sufrió un traumatismo de cráneo, con pasajera pérdida de conciencia y sin otros trastornos. Su enfermedad actual comenzó en Mayo de 1948. En forma inopinada se estableció por su nariz derecha un corrimiento de aspecto acuoso, abundante, con gusto salado. En forma de goteo rápido o de pequeño chorro, el flujo se observaba en todas las posiciones acentuándose cuando se inclinaba hacia adelante, pero haciéndose muy marcado cuando se acostaba, tanto que la obligaba a dormir semisentada. El flujo era tan abundante que corría hacia la faringe y laringe determinándole mucha molestia y signos irritativos a ese nivel.

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 15 de junio de 1949.

especialmente tos a repetición. Consultó entonces por lo que creía un catarro respiratorio alto, acompañado ya en ese entonces por una discreta hiperpirexia. Vista posteriormente por el Dr. Santoro sospechó la existencia de una rinorraquia, lo que fué confirmado por el examen del líquido recogido. Siguiendo su evolución la paciente presentó varios empujes térmicos coincidiendo con discretas alteraciones del L. C. R. En Agosto de 1948 fué vista por el Dr. Castells quien no encontró anomalías en el examen físico de la enferma, siendo el examen neurológico normal. El fondo de ojo era también normal.

El estudio radiológico de cráneo, incluso el tomográfico, realizado por el Dr. Soto, sólo mostraba en una de las placas una imagen que podía corresponder a una fisura a nivel de la lámina cribosa del etmoides. El L.C.R. mostró el 1-VII-48, aspecto incoloro, transparente, globulinas positivas (R. débil), albúmina 0gr.50, cloruros 6gr.78, glucosa 0gr.60, efem. 33 (42% polinucleares) y examen bacteriológico negativo. Ocho días después los elementos habían bajado a 14, con 76% de polinucleares.

Los cloruros habían descendido a 6gr.20, hecho que la enferma había anticipado refiriendo el gusto menos salado que experimentaba. En estos empujes, la paciente fué tratada con sulfas y penicilina, mejorando rápidamente. La cantidad de líquido céfalo-raquídeo que la enferma perdía por su fístula había ido progresivamente en aumento, al extremo de perder más de 1 litro cada 24 horas. Con el diagnóstico de rinorraquia espontánea por anomalía congénita se decidió la intervención, previa ventriculografía.

Intervención: 20 Set. 1948. Dres. Palma, Peyrallo y Ritorni. — Primer tiempo: Ventriculografía. Con anestesia local e incisión mínima se efectuó la trepanación y punción con sonda semi-rígida de goma del ventrículo izquierdo, en la parte posterior de la encrucijada. Dejando la sonda en permanencia, se efectuó la ventriculografía con exigeno. Las radiografías mostraron un aspecto normal de las cavidades ventriculares.

Segundo tiempo operatorio: Cierre de la fístula de líquido céfalo-raquídeo. Se efectuó anestesia local, con novocaína al ½ %, realizándose una incisión coronal, fronto-temporal bilateral, más extensa del lado derecho, formándose un gran colgajo frontal de partes blandas que se reclinó hacia adelante, con base en las arcadas superciliares (fig. 1).

Se hizo un colgajo óseo osteoplástico frontal derecho, que sobrepasaba adelante la línea media abarcando un pequeño sector del frontal izquierdo, y con pedículo muscular externo, en el temporal derecho (fig. 1). En la zona de la frente, las trepanaciones se hicieron con el trépano de corona de 1 cm., conservando los discos óseos.

Se efectuó una cuidadosa hemostasis y se realizó el decolamiento de la duramadre del piso anterior de la base del cráneo, a nivel de una buena parte del techo de la órbita. Se comprobó una adherencia firme, patológica, de la parte externa de la pared posterior del seno frontal

derecho, que se liberó con cuidado, pudiéndose establecer que no había a ese nivel solución de continuidad ósea, ni dural.

Se exploró la zona decolada del piso anterior, comprobándose que no había tampoco a ese nivel pérdida de sustancia. Se abrió la duramadre, efectuándose una incisión transversa a nivel de su parte anterior. Se reclinó con cuidado el lóbulo frontal. La exploración cuidadosa de la zona de los senos etmoidales y del área del seno frontal no mostró

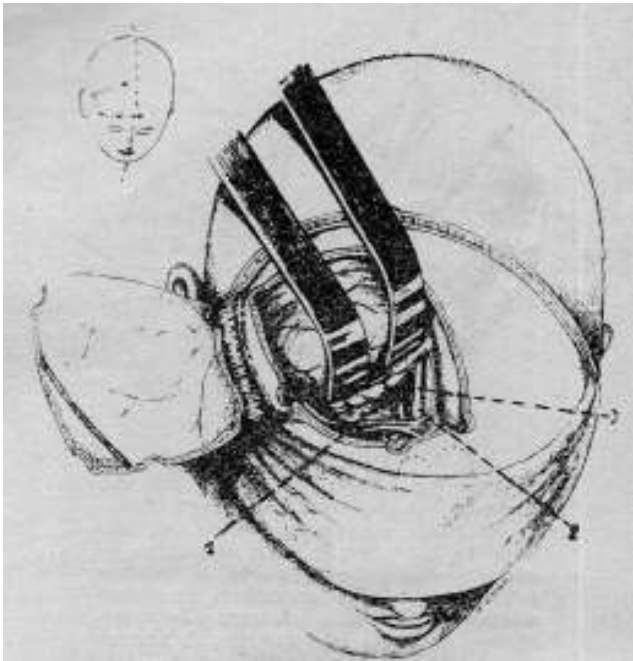


FIG. 1.— Se ha reclinado hacia adelante el amplio colgajo frontal bilateral, con base en las arcadas superciliares. Se ha levantado un amplio colgajo osteo-plástico frontal derecho, que sobrepasa en su parte anterior la línea media y se le ha reclinado hacia afuera, conservando un amplio pedículo muscular, temporal. 1) Orificios patológicos de la lámina cribosa del etmoides. 2) Bulbo olfatorio. 3) Bandeleta olfatoria derecha.

perforación alguna. Se exploró entonces la lámina cribosa del etmoides, luego de reclinarse el bulbo y la bandeleta olfatoria, y se comprobó la existencia de dos orificios exageradamente grandes, aparte de los orificios normales del nervio olfatorio. Se extirpó el bulbo y la bandeleta olfatoria derechos. La exploración de la lámina cribosa y zona vecina del lado izquierdo, no reveló nada anormal. Se efectuó una doble plastia de la zona fistulosa: se taponaron con cera Homley los orificios de la lá-

mina cribosa derecha; —se hizo una plastia de la duramadre regional. con una lámina de fascialata, tomada de la propia enferma, que se suturó en su contorno a la propia duramadre, luego de haber irritado las superficies en contacto de ambas láminas, con alcohol yodado al 3 ½ % (fig. 2). Se hizo hemostasis cuidadosa. Se cerró la duramadre con puntos sueltos. Se efectuó una nueva plastia pequeña, reforzadora, extra-

4

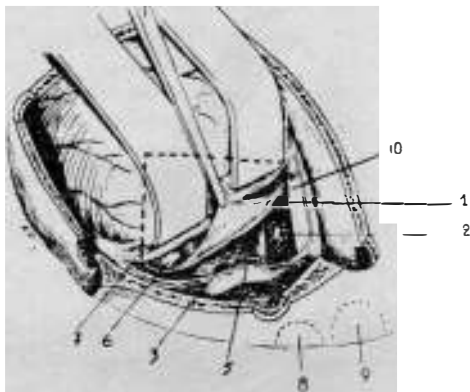


FIG. 2.—Plastia de la duramadre del piso anterior de la base del cráneo con lámina de fascialata, suturándola en su contorno luego de haber irritado las superficies en contacto con alcohol yodado. 1) Lámina cribosa del etmoides. 2) Orificio patológico anterior de la lámina cribosa del etmoides. 3) Duramadre del piso anterior. 4) Lámina de fascialata. 5) Borde inferior de la abertura de la duramadre. 6) Polo frontal del hemisferio cerebral. 7) Borde superior de la abertura de la duramadre. 8 y 9) Senos frontales.

dural, en la zona de la pared posterior del seno frontal derecho. Se repuso el colgajo osteoplástico, suturándolo con hilo de acero y volviendo a colocar los discos óseos en los orificios de trepanación frontal. Luego se suturó en dos planos el colgajo de partes blandas (figs. 3 y 4). Se colocó un doble drenaje con lámina delgada de goma, extradural y subcutánea. Al terminar la operación, la paciente se encontraba en buenas condiciones, con perfecta lucidez mental, 90 pulsaciones por minuto y buen estado tensional.

La evolución post-operatoria fué muy buena, conservando la enferma en todo momento su lucidez mental y correctos controles de presión, pulso, respiración y temperatura. Perdió gran cantidad de líquido céfalo-

raquídeo por la sonda ventricular, durante 10 horas, disminuyendo luego la salida del líquido. Se obtuvo entonces parcialmente con un mandril la sonda ventricular. Continuó saliendo líquido lentamente por la sonda, cada vez en menor cantidad, hasta que a las 30 horas se retiró totalmen-

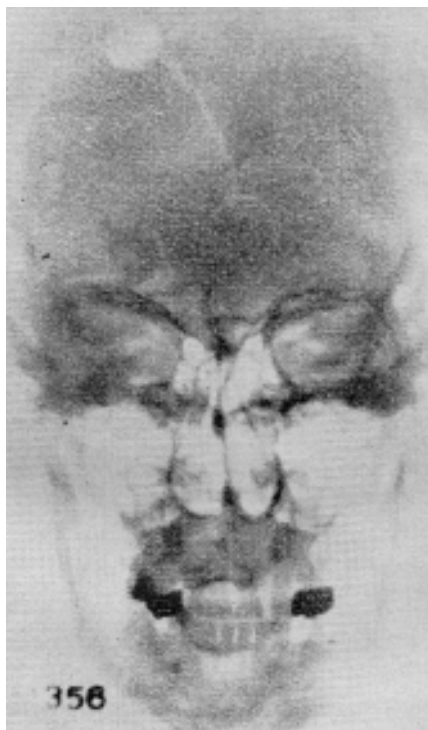


FIG. 3.—Radiografía craneana de frente, luego de la intervención, mostrando la situación y amplitud del colgajo, su descenso hasta la vecindad de los senos frontales, sin abrirlos, y la autoplastia, con los discos óseos en los orificios de trepanación frontales.

te la sonda del ventrículo. Los drenajes extradural y subcutáneo se retiraron a las 48 horas. La rinorraquia cesó definitivamente inmediatamente después de la operación. La paciente tuvo intensa cefalalgia en el post-operatorio, durante los primeros días, para ir disminuyendo pro-

gresivamente, hasta desaparecer. Fué dada de alta del hospital a los 8 días de la intervención.

La evolución posterior fué excelente y actualmente, 8½ meses después de la intervención, se encuentra bien, no presentando secuelas o trastornos por su intervención ni habiéndose podido recoger nunca la menor cantidad de L.C.R. Desde hace 1½ mes padece nuevamente de cefalalgia, exacerbada durante los períodos menstruales a la vez que presenta algunos fenómenos generales vinculados a su moderada y antigua

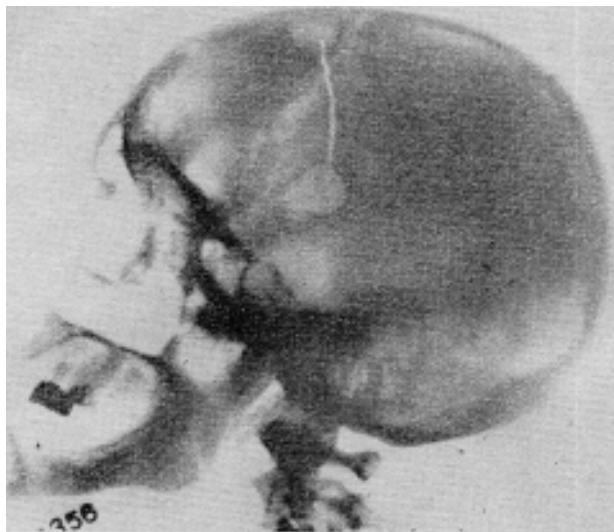


FIG. 4. — Radiografía craneana de perfil post-operatorio, mostrando los mismos hechos.

disfunción endocrina, exacerbada por hallarse en la época de la menopausia.

El resultado estético ha sido muy bueno, quedando prácticamente invisible la cicatriz cutánea, y no percibiéndose a la palpación depresión alguna en las zonas donde se hicieron los orificios de trepanación, gracias a la reposición de los discos óseos o su llenamiento con viruta de hueso, hechas en el mismo acto operatorio.

La rinorrea espontánea es una entidad clínica conocida desde fines del siglo pasado, pero a la cual no se le ha asignado hasta el momento la debida importancia, probablemente por su relativa poca frecuencia.

Debe desde luego diferenciarse netamente la fístula de L.C.R. producida espontáneamente, de aquella que se origina como

consecuencia precoz o tardía de un traumatismo craneano. Es relativamente frecuente la comprobación de rinorraquias consecutivas a traumatismos encéfalo-craneanos que han determinado fracturas de la parte anterior de la base del cráneo, a la vez que soluciones de continuidad en las envolturas meníngeas. La fístula puede realizarse a través del seno frontal, o de las células etmoidales, o de la lámina cribosa del etmoides o más raramente a través del seno esfenoidal. Estas rinorraquias se ven a menudo enmascaradas por la concomitancia de una epístaxis y pasan con frecuencia inadvertidas por la brevedad de su duración. En ciertos casos pueden producirse de una manera tardía con respecto al traumatismo y ser entonces difíciles en su interpretación etiológica. Pero todas ellas tienen como característica importante la tendencia espontánea a la curación, por el hecho de realizarse a través de tejidos sanos y de un trayecto más o menos largo y tortuoso. Es muy poco frecuente que la rinorraquia traumática se haga crónica, aunque ello puede ocurrir en los casos de gran pérdida de substancia o inclusión de las membranas meníngeas entre los fragmentos óseos.

También pueden originarse rinorraquias consecutivamente a intervenciones quirúrgicas realizadas en los senos nasales o en la remoción de los tumores del piso anterior de la base del cráneo. También en la extirpación de meningoceles nasales, que hayan sido operados con el diagnóstico erróneo de pólipos nasales (Adson) (1).

La rinorraquia espontánea se caracteriza por el contrario por su evolución crónica o su abertura a repetición, luego de cierres más o menos temporarios. Carece habitualmente de la tendencia espontánea a la curación que tienen las rinorraquias de origen traumático.

En esta observación el diagnóstico de fístula de líquido céfalo-raquídeo fué relativamente fácil dadas las características del caso, con salida de líquido de aspecto cristal de roca, de manera crónica y sin signos de inflamación de las fosas nasales; a la vez se trataba de un líquido con gusto salado, que emergía por una sola narina y cuya intensidad de corrimiento variaba con las posiciones de la cabeza o con la realización de la maniobra de compresión de la yugulares. El análisis del líquido confirmó sin lugar a dudas que se trataba de L.C.R. De esta manera

pudo descartarse seguramente la confusión con una rinitis crónica, la rinitis espasmódica y la sinusitis serosa crónica.

Más difícil fué el problema respecto al diagnóstico etiológico de la rinorraquia.

La posibilidad de haberse originado a expensas de un proceso inflamatorio específico, con destrucción por un goma sifilítico o un tuberculoma de una zona del piso anterior de la base del cráneo pareció muy poco probable frente a la negatividad de los antecedentes, los resultados negativos del examen clínico y de las reacciones serológicas, y a la carencia de lesiones visibles en las radiografías.

El Dr. Soto efectuó un estudio radiológico cuidadoso, tomando numerosas radiografías en diversas posiciones y efectuando además un análisis tomográfico del piso anterior de la base del cráneo, no comprobándose en ninguno de los documentos lesiones tumorales o zonas de destrucción ósea, por una neoformación. El aspecto radiológico de la silla turca era normal, descartándose su perforación en el seno esfenoidal por la acción de un tumor hipofisario. Los datos radiológicos unidos a la carencia de manifestaciones mórbidas neurológicas, permitieron descartar, con grandes probabilidades, la existencia de un tumor en el piso anterior de la base del cráneo, o en pleno encéfalo, que hubiera originado una solución de continuidad ósea, ya por propagación directa o ya como consecuencia de la hipertensión endocraneana, con horadación consecutiva de la lámina cribosa. El resultado de la ventriculografía confirmó la carencia de proceso tumoral.

La posibilidad de que se tratara de una rinorraquia post-traumática tardía era también muy poco probable. El antecedente traumático de la enferma era de muy poca importancia, no habiendo tenido en aquella oportunidad signos de lesión craneana, ni alteraciones neurológicas, excepto una pasajera pérdida de conciencia. La enferma pasó, por otra parte, 7 años sin trastornos, luego de aquel pequeño traumatismo.

En base a todos estos hechos se pensó que podría tratarse de una rinorraquia espontánea, originada tardíamente al nivel de una zona de malformación del piso anterior de la base del cráneo, especialmente al nivel de la lámina cribosa del etmoides. Sin embargo, el diagnóstico de localización de la fístula no pudo

establecerse con precisión antes de la operación. La comprobación de la salida del líquido por la narina derecha exclusivamente, hizo pensar en una solución de continuidad de la mitad derecha del piso anterior. Pero ni las radiografías, ni las tomografías permitieron localizar exactamente la lesión. El Dr. Soto señaló en la lámina cribosa una zona en que era sospechosa la existencia de una solución de continuidad (fig. 5), pero sin que pudiera establecerse el diagnóstico de manera segura. La intervención confirmó posteriormente que la presunción había sido



FIG. 5.—Radiografía craneana de perfil. Se ve en la lámina cribosa la zona sospechosa, que correspondía a la solución de continuidad ósea de la fístula.

exacta, pudiendo descartarse la fístula a través de los senos frontal, etmoidales y esfenoidal.

En este caso no se confirmó el concepto de Dandy de que la acentuación del corrimiento producida de una manera franca al efectuarse la inclinación de la cabeza, sea un índice de presunción de fístula a través del seno frontal, por la acumulación del líquido en esta cavidad y su vaciamiento en chorro en el momento de la flexión de la cabeza.

La primera observación de tratamiento quirúrgico de rino-rraquia realizada exitosamente, fué publicada por Dandy (2) en 1926. Al año siguiente Cushing (3) comunicó a su vez tres casos de rino-rraquia crónica, consecutiva a la extirpación de osteomas etmoido-orbitarios, que habían sido operados con éxito. Muchas observaciones fueron publicadas por Peet, Rand, Mc Kinney, Cairns (4), Graham (5), Adson (1), Gissane y Rank, Eden, Campbell, Howard y Weary, Gundjian y Webster, Dickman (6), etc. etc.

Diversos procedimientos han sido utilizados para el tratamiento de estas fístulas céfalo-raquídeas. Las técnicas propuestas tienden a cerrar la brecha dural, la ósea o ambas a la vez. Se considera que el tiempo esencial de la intervención es la realización de un cierre firme y definitivo de la duramadre, lo cual es más importante que la oclusión de la solución de continuidad ósea, si bien ésta por sí sola puede dar resultados favorables. El procedimiento ideal es el que a la vez que cierra la brecha dural, obtura el trayecto óseo, ofreciendo un firme sostén a las membranas meníngeas.

La fístula meníngea puede ser tratada fundamentalmente: 1) por simple sutura del orificio dural, en 1 ó 2 planos; 2) por sutura en 1 o 2 planos, reforzado al mismo tiempo con plastia de músculo; 3) por sutura con plastia aponeurótica, ya sea con lámina de fascialata, trozo de aponeurosis temporal o fragmento de hoz del cerebro.

Pueden emplearse otras substancias plásticas (membrana de Luckens, pliofilm, lámina de fribina, lámina de polietileno, etc.), pero se considera generalmente más útil utilizar materiales orgánicos, pues constituyen injertos con capacidad vital y con más posibilidades de resultados favorables.

La solución de continuidad ósea se trata habitualmente con taponamiento con cera Horsley, o con injerto óseo, que puede tomarse a menudo de la base del mismo colgajo de la craneotomía. Puede también obturarse la fístula ósea con fascialata o con un colgajo de dura o de la hoz del cerebro, como realizaron German (7) y otros.

El procedimiento aconsejado por Peet y usado por Gurdjian y Webster, (citados por Dandy (8)) efectuando un taponamiento con gasa de la zona del trayecto fistuloso, no es aconsejable

y debe reservarse para los casos, en que, por causas especiales, no pueda efectuarse durante el acto operatorio el cierre cuidadoso de la fístula por uno de los procedimientos antes señalados.

El acuerdo es general en cuanto a que el abordaje quirúrgico para tratar estas lesiones debe ser por vía alta, mediante una craneotomía, descartándose los abordajes por vía baja.

El tipo y amplitud de la craneotomía varía según se haya podido o no determinar el lado en que se encuentra la fístula, y su situación con respecto a los diversos senos y áreas de la base.

El abordaje a través del seno frontal no es aconsejable, pues a la vez que pone en comunicación el campo operatorio con una cavidad séptica, ofrece un resultado estético pobre.

Adson (1) preconiza una amplia craneotomía bifrontal, que le permitiría un gran campo operatorio profundo, y le daría la seguridad de encontrar el trayecto fistuloso. Dandy (2), por el contrario prefiere un colgajo óseo unilateral, más bien pequeño, como el que utiliza para el abordaje de la hipófisis. Cairns (4) utiliza también un colgajo unilateral, pero ensanchado hasta sobrepasar la línea media y descubrir algo del otro lóbulo frontal.

Nosotros hemos preferido en este caso, esta última orientación, haciendo una incisión coronal y rebatiendo hacia adelante el colgajo de parte blandas, para luego tallar un colgajo osteoplástico frontal derecho, a pedículo muscular externo, que se extendía hacia la izquierda más allá de la línea media. Esto nos permitió efectuar la exploración de ambos lados (aunque menos extensa del lado izquierdo), a la vez que nos dejaba en libertad de efectuar un colgajo complementario osteo-plástico izquierdo, en caso de que la naturaleza o multiplicidad de las lesiones lo hubiesen hecho necesario.

Antes de la operación topografiamos exactamente los senos frontales, para evitar su abertura intempestiva, al efectuar el tallado del colgajo craneano usando un procedimiento que no hemos visto señalado por otros neurocirujanos. Para ello efectuamos una radiografía frontal, con la proyección superpuesta de una malla metálica cuadrículada, de 1 cm. de lado por espacio, y colocada sobre la región de los senos (Fig. 6). De esta manera medimos exactamente, previamente a la operación, la extensión en altura y en sentido lateral de cada uno de los senos frontales y pudimos efectuar un colgajo craneano que descendiera muy

abajo en su parte posterior y pasase al lado de los senos sin abrirlos.

Antes de efectuar la intervención quirúrgica, hicimos la ventriculografía no sólo con finalidades diagnósticas, sino para

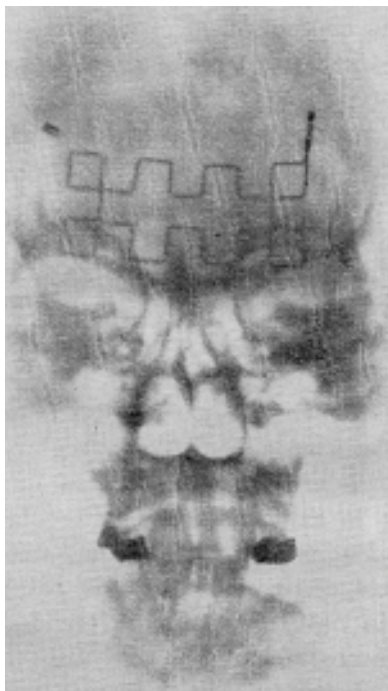


FIG. 6. — Radiografía de cráneo, frontal preoperatoria, con la sombra superpuesta de la malla metálica cuadrículada que permite medir la extensión vertical y transversal de los senos frontales.

dejar en permanencia el catéter muy fino (1 mm.) de goma, comunicando con la luz del ventrículo derecho, con la finalidad de contrabalancear la posible hipertensión post-operatoria. Aunque no hemos leído que esta maniobra haya sido usada en estos

casos, la consideramos de importancia, pues al cabo de varios meses, se constituye una hiperfunción de los plexos coroideos (en el esfuerzo orgánico para contrabalancear la hipotensión sub-aracnoidea y ventricular permanente, producida por la fístula) que puede ser causa de una intensa hipertensión post-operatoria, al efectuarse el brusco cierre de la derivación. Este peligro transitorio existiría aún en los casos en que no se hubiesen producido alteraciones en el mecanismo normal de reabsorción del líquido céfalo-raquídeo, por inactividad prolongada o como consecuencia de reacciones inflamatorias meníngeas francas o inaparentes, producidas en el transcurso de la enfermedad. Esta hipertensión craneana inicial sería perjudicial no sólo por el sufrimiento encefálico, sino también por el peligro de recidiva inmediata de la fístula, que traería aparejada. Hemos preferido la maniobra de dejar un catéter ventricular, a la de efectuar punciones raquídeas repetidas, por ser esto último más molesto para el paciente y realizar una decompresión intermitente y a distancia.

En el acto operatorio, y una vez levantado el colgajo, procedimos a efectuar una extensa exploración de la cara externa de la duramadre, sin incindirla. Este tiempo es fundamental y permite reconocer las fístulas de los senos frontales y de la mayoría de las de los senos etmoidales; pero no es en cambio suficiente para los casos en que existen fístulas etmoidales posteriores o internas o de la zona esfenoido-hipofisaria. Una vez incindida la dura efectuamos un examen minucioso de la región por su cara aracnoidea, para lo que debe reclinarsse el lóbulo frontal.

Localizada la fístula, efectuamos la plastia ósea con el método corrientemente aceptado del taponamiento con cera Horsley. No usamos, en cambio para el cierre de la fístula dural la técnica de Adson, que produce anosmia definitiva, es más traumático y laborioso, liga el seno longitudinal y puede originar desgarros duros. Preferimos emplear el método preconizado por Dandy, con plastia de fascialata, realizada por vía sub-dural, por ser el procedimiento más aplicable en el área de la lámina cribosa y senos etmoidales posteriores o internos. Esta plastia puede efectuarse más simplemente por vía extra-dural, en las fístulas de la zona del seno frontal y senos etmoidales anteriores.

Complementamos la plastia, irritando las caras yuxtapuestas.

de la duramadre y la fascialata con alcohol yodado al 3½ %, para producir la rápida formación de adherencia, tal como lo preconizada Dandy.

Consideramos interesante esta observación por el buen resultado obtenido hasta el momento en el tratamiento de su rinorrea, a la vez que por la excelente evolución post-operatoria y el buen resultado estético que se obtuvo.

Dandy (8) en su importante comunicación, señala que obtuvo 8 resultados favorables en 11 casos tratados, con 1 caso recidivado y 2 casos fallecidos por infección.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Adson, A. W. — Cerebrospinal rhinorrhea, surgical repair of craniocerebral fistula. *Ann. Surg.* 114: 697, 705, 1941.
- 2) Dandy, W. W. — Pneumocephalus. *Arch. Surg.*, 12: 949, 1926.
- 3) Cushing, H. — Experiences with orbito-ethmoidal osteomata having intracranial complication. *Surg., Gyn. y Obst.* 44: 721, 1927.
- 4) Cairns, H. — Injuries of the frontal and ethmoidal sinuses with special reference to cerebrospinal rhinorrhea and aroceles. *The Journ. of Laryng. and Otology*, 52: 589, 1937.
- 5) Graham, T. C. — Cerebrospinal rhinorrhea. *The Journal of Laryng. and Otology.*, 52: 344, 1937.
- 6) Dickman, H. C. — Rinorrea de líquido céfalo-raquídeo. Tratamiento quirúrgico de la fistula. *Prensa Méd. Arg.*, 30: 2056, 1943.
- 7) German, W. J. — Cerebrospinal rhinorrhea; surgical repair. *J. Neurosurg.*, 1: 60, 1944.
- 8) Dandy, W. E. — Treatment of rhinorrhea and otorrhea. *Arch. of Surg.*, 49: 75 - 85, 1944.

Dr. Prat. — Es importante que el Dr. Palma haya traído este caso a la Sociedad de Cirugía, pues pone de manifiesto la poca casuística que hay de rinorrea en nuestro ambiente. El Dr. Palma ha buscado casos semejantes y no los ha encontrado, en nuestro país y estoy convencido que tiene que haber más cantidad de casos que los que aparecen, casos que son poco frecuentes o raros.

Creo que la fistula nasal con derrame de líquido céfalo-raquídeo, una rinorrea, puede producirse perfectamente como consecuencia de una fractura del piso anterior de la base del cráneo que llegue a la lámina cribosa, como ocurre en las fracturas paramedianas de Quenu, que adelante pueden terminarse en la lámina cribosa. Recuerdo un exacto diagnóstico que hice en una oportunidad, que me permitió rectificar un diagnóstico autopsico. Se trataba de un accidentado en que estábamos seguros

de su caída hacia atrás, que había pegado en el pavimento con el occipital y entre los síntomas (coma otorragia, etc.) presentaba una emorrea de líquido claro. Diagnosticamos una fractura paramediana de Quenu, que llegó a la lámina cribosa lo que explicaba la rinorraquia. La autopsia desconoció al fractura del piso anterior que ante mi convencimiento diagnóstico, se rectificó la autopsia comprobándose la fractura anterior de la lámina cribosa.

Conozco dos casos de rinorrea por traumatismo craneano, que pasaron completamente desapercibidos; uno de ellos, no lo recuerdo bien, pero del otro, lo tengo bien presente porque fué un distinguido profesor de la Facultad, que un día me relató el hecho que le preocupaba sobre una hija de un distinguido juez del País, que a menudo cuando inclinaba la cabeza, cuando estornudaba o se sonaba la nariz, le chorreaba líquido claro. Le dije: "¿Dr., no han examinado ese líquido? Seguramente es derrame de líquido céfalo-raquídeo. Esta muchacha, ¿no ha sufrido ningún accidente, ningún golpe? Se investigó y entonces se pudo comprobar, pues recordaron que en un cine de una de nuestras playas, le había caído la tapa de un ventanal sobre la frente, y a consecuencia de ésto al poco tiempo esta chica tuvo trastornos craneanos, se hizo el examen químico del líquido y se comprobó que era líquido céfalo-raquídeo. No seguí la evolución del caso pero sé que curó. Estoy convencido que los casos son más frecuentes de lo que la estadística nos pone de manifiesto por eso tiene gran importancia que el Dr. Palma nos haya traído esta interesante observación y sobre todo corresponde felicitarlo por el resultado brillante que ha obtenido, especialmente por la perfección plástica con que la ha resuelto de modo que de una operación importante no queden rastros de ella.

Dr. Stajano. Yo no quiero omitir la felicitación que ya había anticipado al Dr. Palma particularmente. La brillante evolución del caso, es digno de destacarse. Por otra parte, el que sean frecuentes o no, estas rinorreas, es un hecho que no interesa. Lo que es importante es el haber resuelto el caso en la forma técnica cuidadosa y perfecta como lo ha hecho el Dr. Palma. Esa enferma fué operada en mi Servicio y la vi antes. Llamó la atención la forma como fueron solucionados todos los pequeños tiempos operatorios de ese caso. A los ocho días estaban fuera del servicio. Este caso interesa al neurólogo, al que hace cirugía nerviosa corrientemente y tendría resonancia en un ambiente más neuro-quirúrgico que éste; dado que son pocos los que hacen neuro-cirugía en forma especializada.

Dr. E. Apolo. — Deseo también adherirme a las felicitaciones de que ha sido objeto el Dr. Palma, por el espléndido caso que nos ha presentado.

He tenido oportunidad de observar durante toda su evolución un solo caso de rinorraquia espontánea, típica. Se trataba de una señora de 50 años, que desde hacía 7 años sufría de una cráneo-hidrorrea, con descar-

gas intermitentes de abundante líquido céfalo-raquídeo por la fosa nasal derecha. No existían antecedentes de trauma cefálico.

Estudiada desde el punto de vista local (radiografías, etc.) y neurológico, no se encontró ninguna lesión que explicara su afección. Un día fué traída al Hospital Maciel en estado comatoso; se comprobó la existencia de una meningitis purulenta. La paciente falleció al 2º día de internada y desgraciadamente no se pudo hacer la necropsia. La importancia del excelente resultado obtenido por el Dr. Palma, con el tratamiento quirúrgico de un caso similar, resalta de que, antes del tratamiento quirúrgico, nada podíamos hacer en estos casos, expuestos siempre a la grave complicación meníngea.

En cuanto a la sintomatología clínica, hay un dato interesante que seguramente el Dr. Palma menciona en su trabajo, que no ha podido leer in extenso. Me refiero a las descargas inopinadas de líquido por la nariz. Este síntoma es también característico de las sinusitis crónicas erosas, entidad nosológica no muy rara y no bien conocida aún.

A veces, cuando el enfermo tose o se agacha, se produce por las fosas nasales, una descarga de líquido. Si se tiene la oportunidad de recogerlo, se comprueba que este líquido en lugar de claro, es citrino, y no tiene el gusto salado característico del líquido cefarraquídeo.

La radiografía de senos, acusa un seno maxilar velado, y la punción sinusal completa el diagnóstico.

Dr. Palma. — Agradezco a los profesores Prat y Stajano, y los Dres. García Capurro, De Vecchi, Zanzi y Apolo el interés que han mostrado por nuestra comunicación.

La rinorraquia no es tan excepcional como clásicamente se pensaba. Varios neurólogos y oto-rinolaringólogos nos han manifestado haber tenido pacientes con rinorraquia espontánea; el Prof. Schroeder ha visto en su Instituto varios casos de rinorraquia de diversa etiología, algunas espontáneas, otras por tumor hipofisario; el Prof. Castells, además de este caso que fué muy bien estudiado por él, tiene otros tres casos clínicos interesantes; el Prof. Pedro Regules también ha tenido dos o tres casos de rinorraquias espontáneas.

Al decir rinorraquia espontánea, nos referimos a las que no tienen etiología traumática, porque desde luego, la rinorraquia consecutiva a un traumatismo, ya sea inmediata o secundaria, es un hecho relativamente frecuente, lo mismo que la otorraquia. Su importancia anatómico-clínica es completamente diferente, porque en la cráneo-rinorraquia post-traumática hay tendencia espontánea a la curación, porque las lesiones de continuidad, óseas, dures y aún aracnoideas, se encuentran en tejidos sanos, que originan tejidos de neo-formación que tienden a cerrar la brecha al cabo de poco tiempo. Esto no ocurre en la rinorraquia espontánea que es una lesión crónica o que tiende a la recidiva periódica.

En nuestro caso existía el antecedente de un traumatismo 7 años atrás, pero que creemos que no debe vincularse a su rinorraquia, por ha-

ber sido un traumatismo pequeño, que no necesitó hospitalización y que no originó trastorno alguno durante tantos años.

Hemos visto muchos casos de otorraquias y rinorraquias post-traumáticas, que son frecuentes y pasan a veces desapercibidas, por salir el líquido céfalo-raquídeo mezclado con sangre y ser lesiones transitorias, que curan a menudo en pocos días y aún en pocas horas.

En cambio las que son originadas por tumores son doblemente serias, por la pérdida de L.C.R. y por la naturaleza misma del tumor. Las que son originadas por lesiones gomosas sifilíticas presentan la dificultad para su tratamiento quirúrgico, en la falta de vitalidad de los tejidos vecinos al trayecto fistuloso.

Las rinorraquias que, dentro de su seriedad, ofrecen posibilidades más amplias de tratamiento, son las llamadas espontáneas, que serían originadas por defecto congénito a nivel de las prolongaciones sub-aracnoideas que acompañan a las ramas del nervio olfatorio. La falta del soporte óseo necesario, aumentado por el desgaste con el tiempo, puede en un momento dado con un esfuerzo mínimo o un simple estornudo llegar a romper la débil cubierta dural o aracnoidea.

Estas fístulas tienen, como lo señaló el Dr. Apolo la seriedad de sus complicaciones, siendo frecuente las meningitis y abscesos cerebrales. Son bien toleradas durante un tiempo, pero a la larga originan graves síntomas y complicaciones.

La paciente de nuestra observación tuvo dos empujes iniciales de meningitis, con cefalalgia intensa y reacción inflamatoria del líquido céfalo-raquídeo, que fueron rápidamente yuguladas con el tratamiento con antibióticos.

La rinorraquia espontánea no es una afección banal y luego de un tratamiento de 20 días a un mes, en caso de persistencia deberá ser sometida al tratamiento quirúrgico, antes de que se originen graves complicaciones.
