

Fístula Nasal Crónica de Líquido Cefalorraquídeo Mediante la Técnica de la Anastomosis Lumbo-Peritoneal *

Dr. Abraham Krivoy O. **

INTRODUCCION:

La utilización de diferentes tipos de anastomosis para dirigir el líquido cefalorraquídeo a sitios distintos del sistema nervioso, son ampliamente conocidos entre nosotros y suelen utilizarse frecuentemente en hidrocefalias, hipertensión endocraneana, pseudotumor cerebral y otros (1-2 y del 5 al 13).

Kaufman (4) mencionó un caso de detención de una rinorrea del llamado síndrome de la "silla turca vacía" mediante la anastomosis ventriculoyugular.

Greenblatt y Wilson (3) en base de la idea anterior, utilizaron la anastomosis lumboperitoneal con el sistema de Hakim, en dos casos de rinorreas que ya habían sido sometidos, el primer caso, de origen espontáneo, a 3 craniotomías en el lapso de 12 meses con reparación de la fístula a nivel de la lámina cribosa, con fracasos subsecuentes y con detención de la misma, después de la anastomosis lumbo-peritoneal que fue necesario cambiarla a las 3 semanas por otra de presión alta, debido a la cefalea persistente e irritación ciática, cediendo toda la clínica ulteriormente y con un control exitoso por 20 meses.

El segundo caso, de origen traumático se sometió a 2 exploraciones craneanas sin éxito en el curso del mismo mes.

Se colocó un sistema de Hakim de presión alta, que se complicó con un pseudo-meningocele iatrogénico lo que obligó a retirar el sistema 2 meses después y sin recurrencia a los 2 meses después de la operación.

* Trabajo Realizado en el Servicio de Neurología, Sección de Neurocirugía del Hospital Universitario de Caracas.

** Miembro del Departamento de Cirugía — Centro Médico de Caracas.

M E T O D O:

Nosotros utilizamos un cateter de Raimondi de presión media desde la tercera lumbar insertado en el espacio aracnoideo espinal y por el celular subcutáneo se pasó a fosa ilíaca izquierda, donde se practicó una incisión tipo Mc. Burney y se insertaron cerca de 15 cms. del cateter de Raimondi dentro de la cavidad peritoneal.

He aquí nuestro caso:

O.V. de 54 años de edad, quien ingresó al Hospital Civil de Maracay en Noviembre de 1970 con la historia 124.431 por pérdida de la agudeza visual y diplopia de 3 meses de evolución. El examen físico reveló: TA.: 170/110; edema bilateral de papila con exudados. La punción lumbar registró una presión inicial de 380 mm. de agua y final de 250 mm. de agua. La citoquímica fue normal. Fue diagnosticado como pseudotumor cerebral y dado de alta. Regresa el 6-7-72 por presentar desde agosto de 1971 pérdida del L.C.R. por la fosa nasal izquierda y persistencia de los trastornos visuales. Se comprueba citoquímicamente la salida del L.C.R. por fosa nasal izquierda y degeneración de papila. Nueva punción lumbar: presión inicial 120 mm. de agua y final de 100 mm. de agua. Citoquímica y bacteriología normal. Radio de cráneo normal.

Ingresa al Hospital Universitario el 5-5-73 con la historia 566895, donde se constató antecedente traumático de cráneo, leve, de tipo caída, de un metro de altura, 3 años antes y un mes después comenzó cefalea, vómitos, visión doble. Se comprobó fístula del L.C.R. por fosa nasal izquierda, atrofia óptica bilateral con degeneración macular. Radio simple de cráneo (167583) y tomografías de piso anterior frontal el 17-11-72, sin lesiones. Gammagrama cerebral: 23-7-73, no concluyente. Cisternografía: 21-5-73, trazados en región nasal izquierda. E.E.G.: 14-3-73, anormal rápido, Fl de Gibbs. **Intervención:** 16-8-73, Anastomosis lumboperitoneal con cateter de Raimondi. Desde el post-operatorio inmediato disminuyó el L.C.R. nasal y desde el 23-8-73 cesó la salida del L.C.R. (7 días después de la intervención) dándose de alta el 27-8-73. Ha tenido controles periódicos post-operatorios satisfactorios, siendo el último el 28-3-74, sin salida de L.C.R. nasal. En esta fecha se pidió una radiografía de control y se observó que el cateter se normalizó en su totalidad a la cavidad peritoneal cesando por tanto la derivación del L.C.R. y persistiendo la curación. El cateter de Raimondi por ser inocuo, se deja en la cavidad peritoneal sin retirarlo, a menos que se presentara alguna complicación clínica, que estadísticamente es excepcionalmente rara.

D I S C U S I O N:

Sin lugar a dudas, es posible deducir, que si se logra bajar la presión del L.C.R. a un nivel suficiente, para muchos casos, quizás no todos permitiría la curación de las fístulas del líquido cefalorraquídeo.

Incluso, si dicha baja de presión es solo temporal, sin determinar cuanto tiempo, también se lograría el mismo efecto, tal como sucedió en el segundo caso de Greenblat y Wilson, (3) que se retiró, sin recidiva de la fístula. En el caso nuestro, la salida del catéter del espacio aracnoideo a la cavidad peritoneal, sin recidiva de la fístula de L.C.R. a los 8 meses de la intervención.

Es necesario tomar en cuenta que la posibilidad de una meningitis como complicación, que pudiera ingresar desde el exterior en caso de bajar la presión del L.C.R., no queda eliminada.

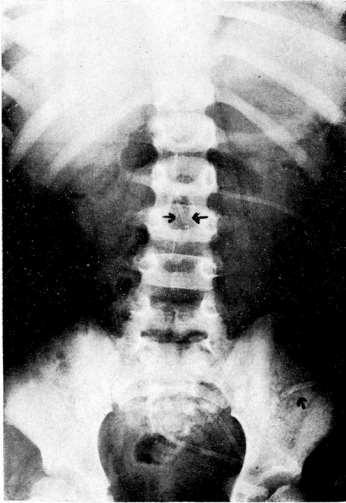


Fig. 1.—Detalle de la técnica de la anastomosis lumboperitoneal con el catéter de Raimondi.

Nótese el resorte del catéter de Raimondi en el espacio aracnoideo a la altura de la tercera lumbar (2 flechas), luego continúa por el celular subcutáneo del lado izquierdo el trayecto del catéter y penetra a la cavidad peritoneal por la fosa iliaca izquierda (flechas).



Fig. 2.—Vista lateral de la técnica lumboperitoneal. Puede observarse la parte intradural (flecha superior) y la punta en la cavidad peritoneal con mayor contraste radiológico (flecha inferior).

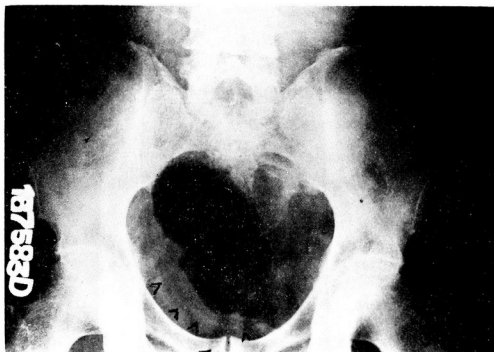


Fig. 3.—Control radiológico del paciente O. V. de 54 años de edad, quien desde Agosto de 1971 presentaba fístula de L. C. R. nasal crónica. Se practicó anastomosis lumboperitoneal el 16 de Agosto de 1973 y 7 días después desapareció la rinorrea. El último control 28-3-74, con absoluta normalidad, mostró en la radiología, migración del catéter al peritoneo, sin recurrencia de la clínica (flechas).

La duda que surge es, si el procedimiento de la anastomosis lumboperitoneal debe ser usado de entrada en todas las fistulas, o solo después de los fracasos de las craneotomías, o deben seleccionarse casos para una u otra técnica.

No hay duda que la craneotomías reparadoras son procedimientos mayores, que las anastomosis lumboperitoneales y que dependiendo de todos los factores del caso clínico ej.: etiológicos (espontáneos, tumorales, traumáticos) así como los factores extraneurológicos (edad del paciente, condiciones, cardiovasculares, patología concomitante, estado general etc.), el buen juicio y la experiencia del neurocirujano en el uso de las técnicas derivativas, determinarían el procedimiento neuroquirúrgico primario de elección para el tratamiento.

RESUMEN

Se presenta el primer caso, en Venezuela, de fístula de L.C.R. nasal post-traumático tratado mediante el procedimiento de la anastomosis lumboperitoneal con el cateter de presión media de Raimondi, con un seguimiento exitoso de 8 meses.

S U M M A R Y

The first case, in Venezuela, of persistent cerebrospinal fluid rhinorrhea treated by the lumboperitoneal shunt with a follow up of 8 month was presented.

The Raimondí catheter of medium pressure was used.

B I B L I O G R A F I A

- 1.—CASTILLO, R. y KRIVOY, A.: Anastomosis ventrículo-cava en hidrocefalias. Gaceta Médica de Caracas. Año LXXII. Enero Marzo 1964, números 1.3. Págs.: 59-88.
- 2.—CASTILLO, R. y KRIVOY, A.: Circuitos valvulares para hidrocefalias. Tribuna Médica. Año 1, Vol. I. Junio 8 de 1964. N° 46. Págs. 1.2.
- 3.—GREENBLATT, S.H. and WILSON, D.H.: Persistent cerebrospinal fluid rhinorrhea treated by lumboperitoneal shunt. J. Neurosurg. (XXXVIII), 4; 524-526, April 1973.
- 4.—KAUFMAN, B.: The "empty" sella turcica a manifestation of the intrasellar subarachnoid space. Radiology 90: 931-941, 1968.
- 5.—KRIVOY, A.: Contribución al estudio de las hidrocefalias en Venezuela. Imprenta Universitaria 1962. Boletín del Hospital de Niños "J.M. de Los Ríos", Octubre Diciembre, 1965. Vol. VII, N° 4, págs. 285-336.
- 6.—KRIVOY, A.: Los circuitos valvulares para el tratamiento de las hidrocefalias. Boletín del Hospital de Niños "J.M. de los Ríos". Abril—Junio 1962. Vol. IV. N° 2, págs. 379—386.
- 7.—KRIVOY, A.: Anastomosis ventrículo—atrial en el tratamiento de las hidrocefalias. Revista del Centro Médico. N° 20. Enero 1965, págs. 39—44.
- 8.—KRIVOY, A.: aracnoido—ureterales y ventrículo ureterales en hidrocefalias. Su estado actual. Revista Venezolana de Urología. Vol. XV, números 1—2. Enero—Junio 1963, págs. 41—51.
- 9.—KRIVOY, A.: A propósito de un caso de enfermedad de Hurler. Gaceta Médica. Año LXX, N° 1—2, Enero —Marzo 1962 Págs. 83—97.
- 10.—KRIVOY, A. e IZAGUIRRE GIL, A.: Enfermedad de Hurler. Boletín del Hospital de Niños "J.M. de Los Ríos". Vol. IV, N° 1, Enero—Marzo de 1962, págs. 523—532.
- 11.—KRIVOY, A.: Macrocefalias infantiles normales. Gaceta Médica de Caracas. Año LXXI. Enero—Diciembre de 1963, Nos. 1—12 págs. 139—152.
- 12.—KRIVOY, A.: Septicemia post—anastomosis ventrículo—atrial y detención de la hidrocefalia. Boletín del Hospital de Niños "J.M. de Los Ríos". Enero—Marzo 1965. Vol. VII, N° 1. págs. 53—8.
- 13.—MARTINEZ NIOCHET, A.: Hidrocefalia. Tratamiento quirúrgico. Arch. Ven. de Puer. y Ped. Vol. XIV, N° 42, págs. 301—309, 1951.
- 14.—MARTINEZ NIOCHET, A.: Hidrocefalia. Su tratamiento quirúrgico por derivación al uréter. Arch. Ven de Puer. y Ped. Vol. XV. págs. 369—381; 1952.
- 15.—MARTINEZ NIOCHET, A.: Hidrocefalias y sus tratamientos. Arch. Ven. de Puer. y Ped. Vol. XX, N°64, págs. 175—187 Abril—Junio 1957.