

TANCAMENT ENDOSCÒPIC DE LES FÍSTULES NASALS DE LÍQUID CEFALORRAQUÍDI SEGONS LA SEVA MIDA

Jaume F, López M, Valls M, Mackers P,
Santamaría A, Nogués A, Enseñat J,
Bernal M, Alobid I



Servei de Otorinolaringologia
Hospital Clínic
Universitat de Barcelona

FÍSTULA LCR

Dehiscència de la meninges

Comunicació entre cavitat cranial i
foses nasals

Rinolíquorrea

Meningitis >10% anual^{1,2}

1. Bernal-Sprekelsen et al. Am J Rhinol 2000
2. Jones NS et al. BMJ. 2001

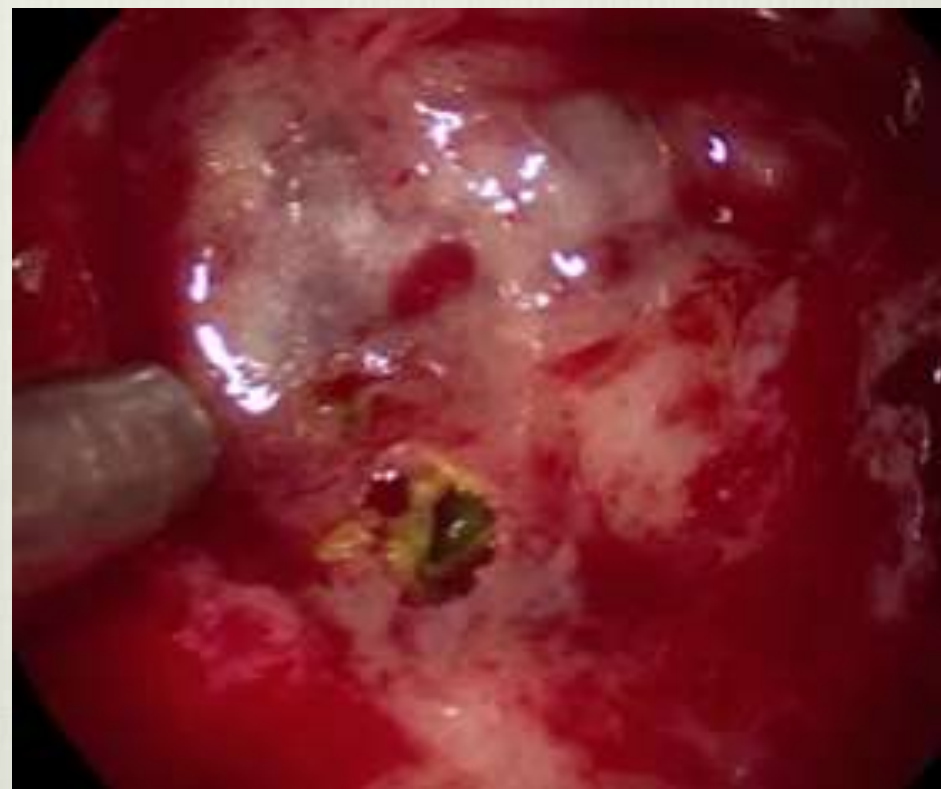
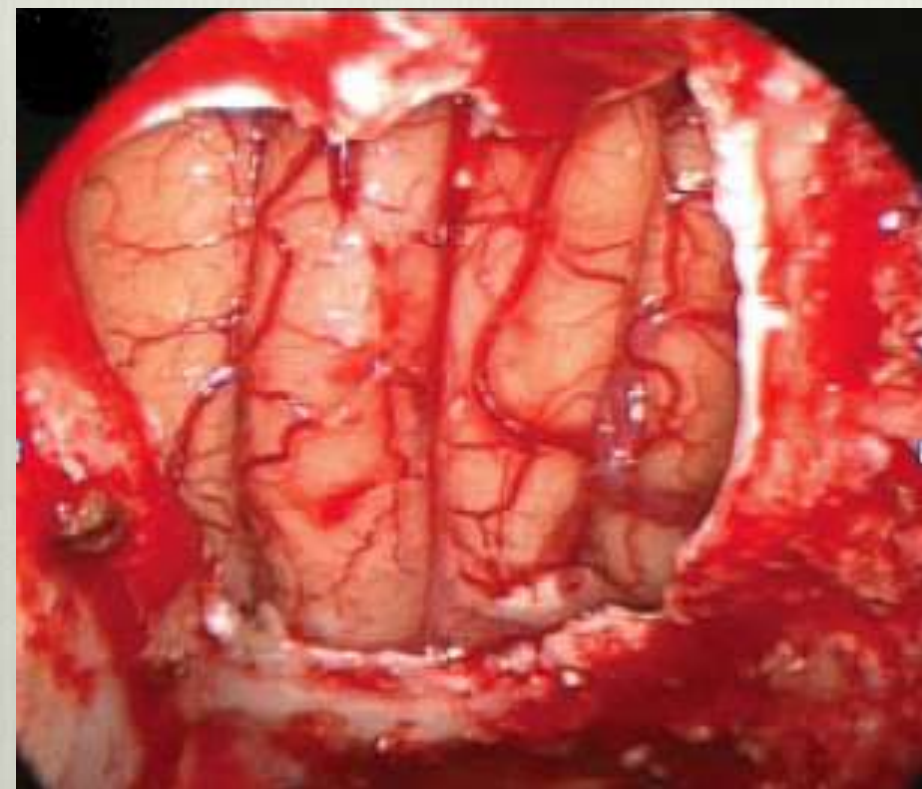
FÍSTULA LCR – ETIOLOGIA¹

1. Espontànies – idiopàtiques 41%
2. Post quirúrgiques 30%
 - ✓ ORL: tumors, rinosinusitis, poliposis...
 - ✓ Neuroquirúrgiques
3. Traumàtiques: contusió crani-encefàlica 23%
4. Altres: Tumorals (5%), congènites (3%).

CLASSIFICACIÓ SEGONS LA MIDA

- ❖ Defecte petit: 1-20 mm → espontani, trauma, meningocele, meningoencefalocele
- ❖ Defecte gran: > 20 mm → iatrogènic després de cirurgia de base de crani

CLASSIFICACIÓ SEGONS LA MIDA

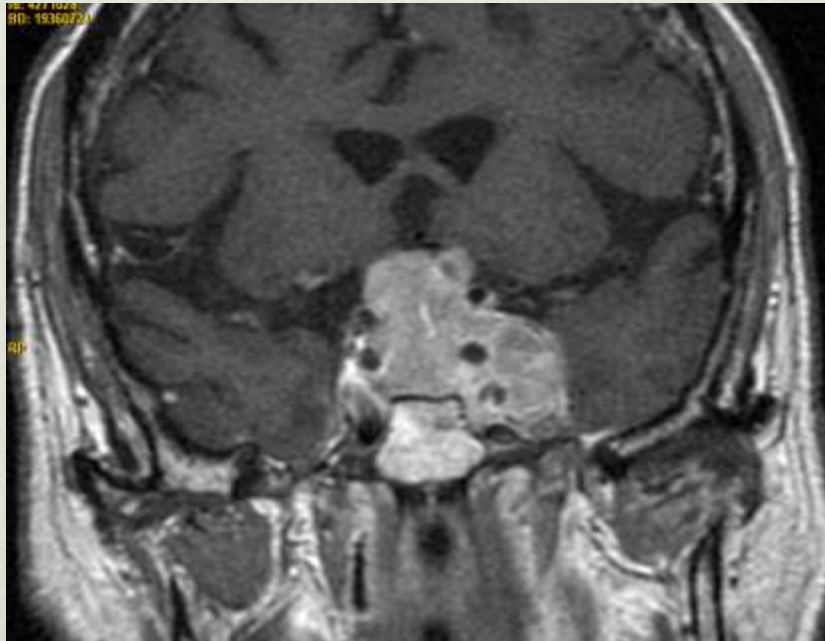


- ❖ Retrospectiu
- ❖ Descriptiu
- ❖ Objectiu:
 - ❖ Descriure les característiques de les fistules de LCR
 - ❖ Descriure la tècnica utilitzada en el tancament de fistules de LCR en funció de la seva mida

- ❖ Entre 1997 i 2013
- ❖ Pacients intervinguts quirúrgicament de tancament de fístula de LCR (n=116)
 - ❖ Fístules > 2cm: Cirurgia estesa de base de crani (n=54)
 - ❖ Fístules < 2cm: Altres causes (n=62)

DIAGNÒSTIC (> 2 cm)

- ❖ GRANS > 2cm– POSTQUIRÚRGIQUES
- ❖ Diagnòstic en el mateix acte quirúrgic



DIAGNÒSTIC (<2 cm)

- ❖ Història clínica detallada: Traumatisme, Hipertensió intracranial.
- ❖ Endoscòpia: Meningocele, meningoencefalocèles.
MANIOBRA DE VALSALVA.
- ❖ Estudi del líquid (rinorrea)
- ❖ Otomicroscopia
- ❖ TC d'alta resolució
- ❖ RM (si sospita de meningo o meningoencefalcoele)

- ❖ Beta 2 transferrina (fins 2005)
- ❖ Beta trace (des del 2005)
 - ❖ Més ràpida
 - ❖ Més econòmica
 - ❖ Millor sensibilitat i especificitat

RESULTATS-ETIOLOGIA (<2cm)

Etiologia (n=62)	Nº casos (%)
Espontani	30 (48,4)
Trauma	15 (24,2)
Iatrogènica post-CENS	5 (8,1)
Tumors benignes	5 (8,1)
Meningocele	3 (4,8)
Iatrogenica post-rinoplastia	2 (3,2)
Congènita (Canal de Sternberg)	2 (3,2)

RESULTATS-LOCALITZACIÓ (<2cm)

Localització (n=62)	Nº casos (%)
Làmina cribosa	31 (50)
Si etmoidal anterior	13 (21)
Si esfenoïdal	8 (12.9)
Si etmoidal posterior	7 (11.3)
Si frontal	3 (4.8)

RESULTATS-ETIOLOGIA (>2cm)

Abordatge (n=54)	Nº casos
Transcribiforme	8
Transtubérculum/transplanum	12
Transtubérculum	8
Transclival	20
Etmoido-Pterigo-Esfenoïdal	4
Transorbital	1
Transpalatal	1

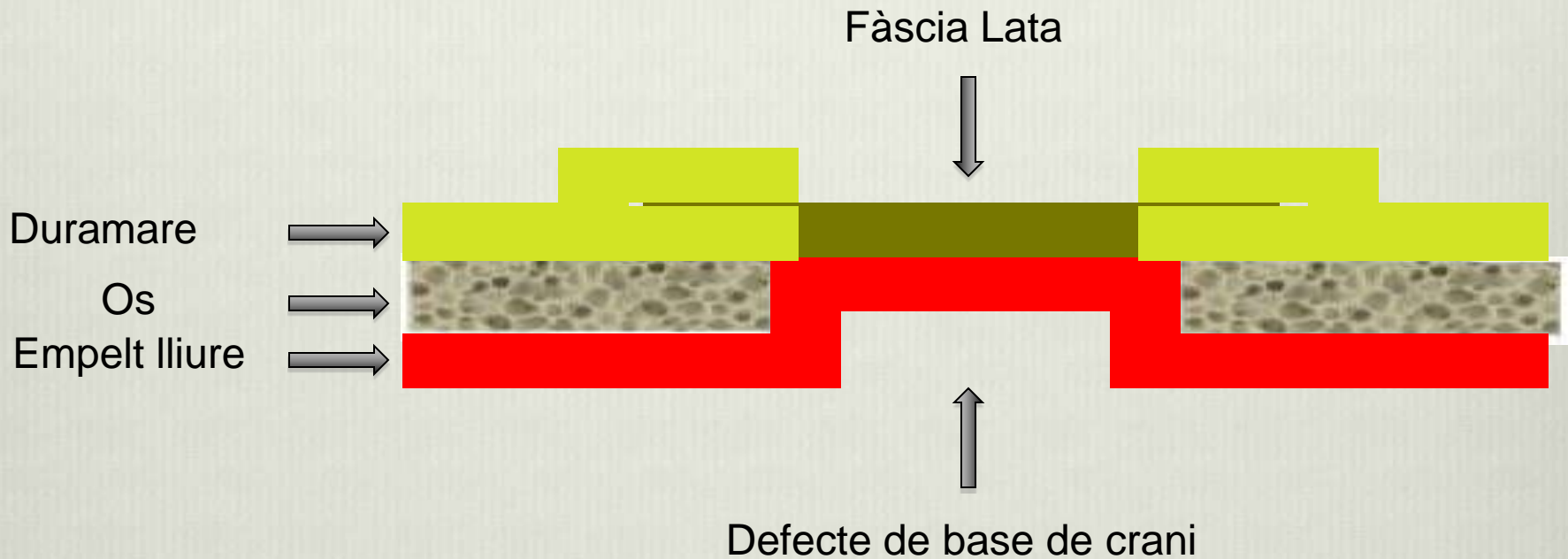
- ❖ Material
- ❖ Posició (underlay-inlay-overlay)

- Grassa
- Múscul
- Os
- Cartílag
- Fàscia lata/liofilizada
- Duragen (malla de col·lagen)
- LactoSorb (82% àcid L-làctic i 18% àcid glicòlic)

TÈCNICA I MATERIAL USAT A L'ESTUDI (<2cm)

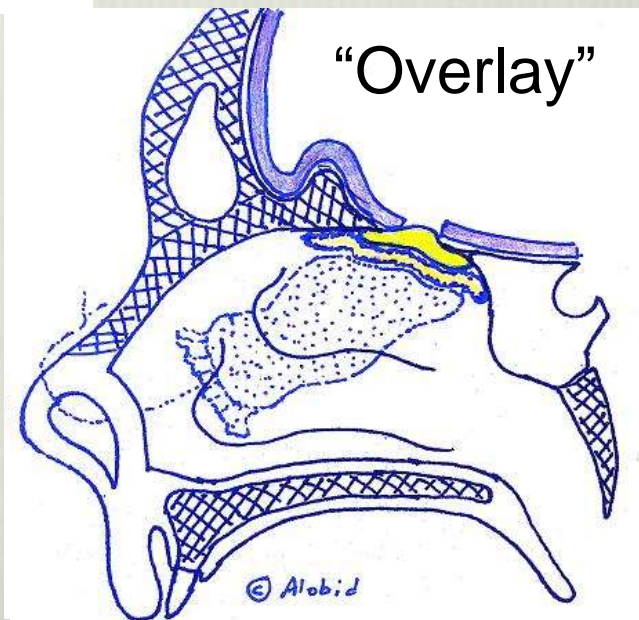
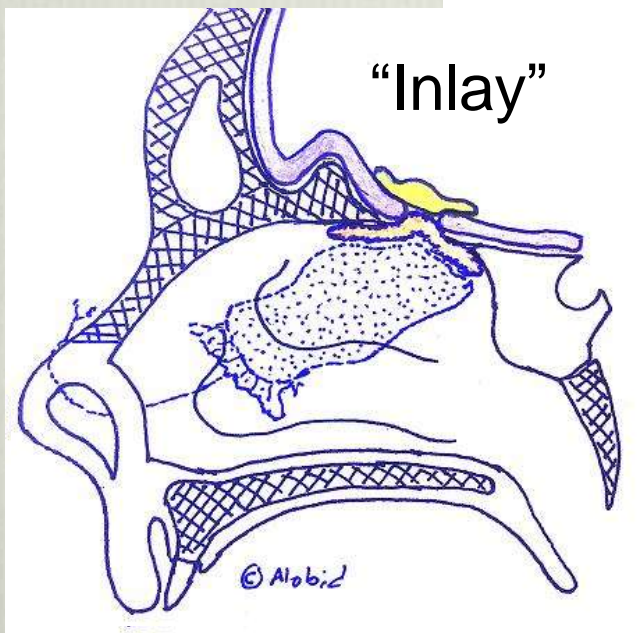
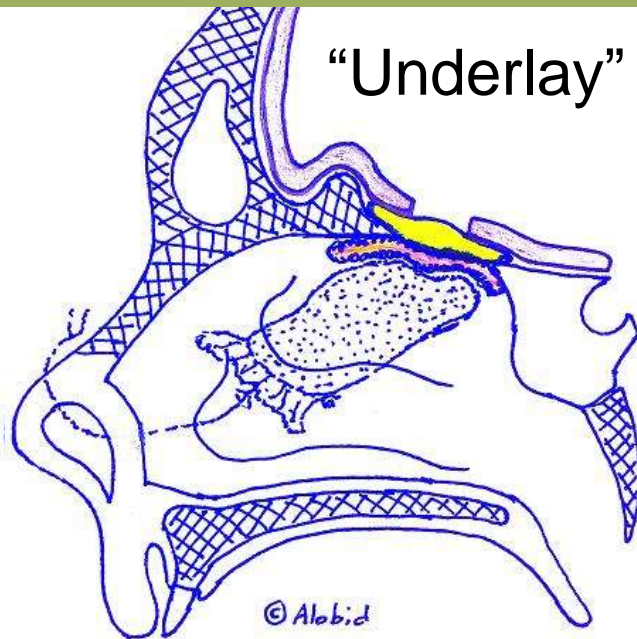
- ❖ Fluoresceïna intratecal per localitzar fístula (punció lumbar)
- ❖ Eliminar mucosa, i localitzar vores òssies
- ❖ Fascia lata underlay (si no és possible inlay o overlay)
- ❖ Empelt lliure mucoperiòstic de cornet mig o de cornet inferior

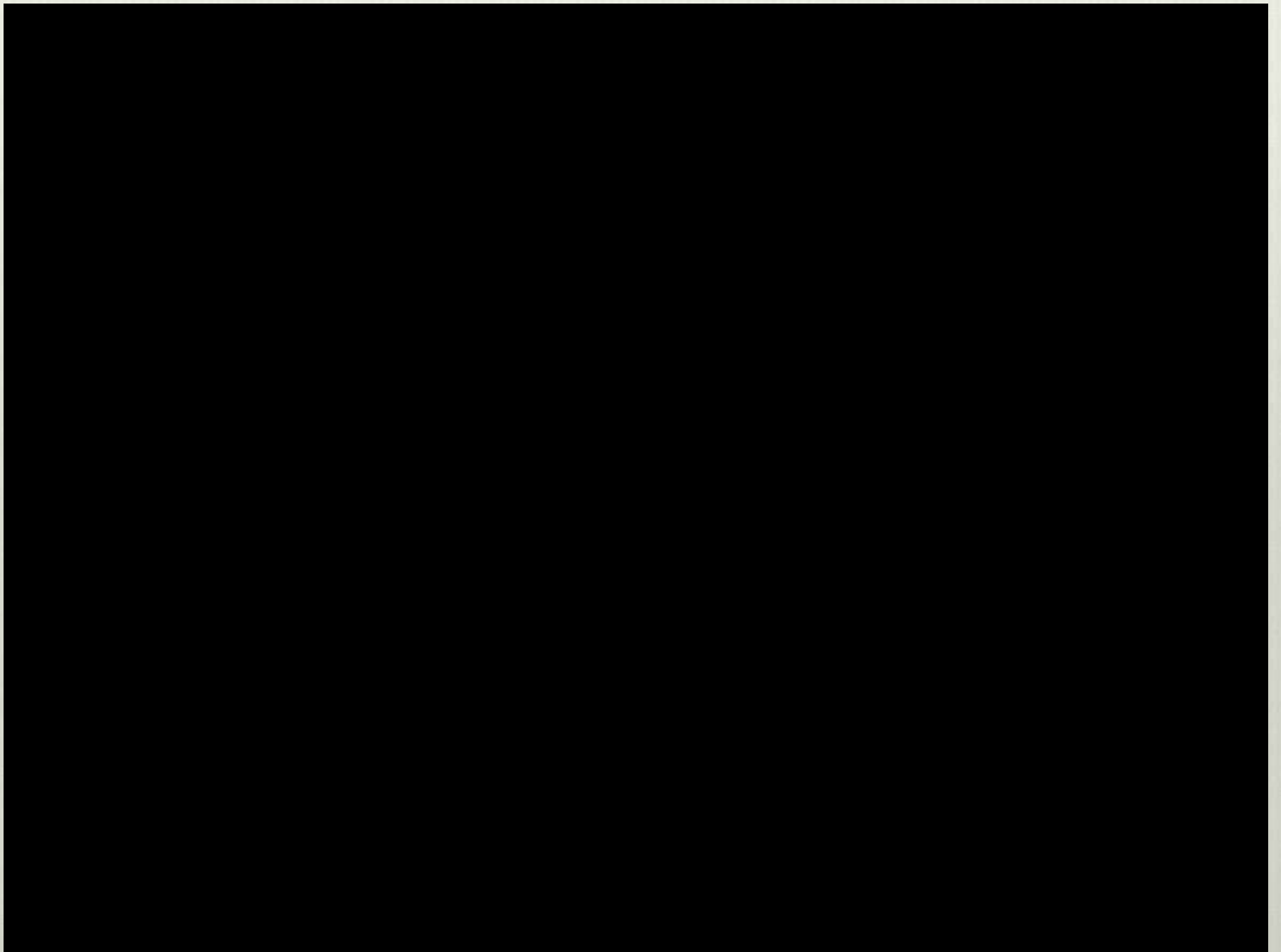
RECONSTRUCCIÓ "UNDERLAY"



RECONSTRUCCIÓ (<2cm)

Alobid. Acta ORL. 2014

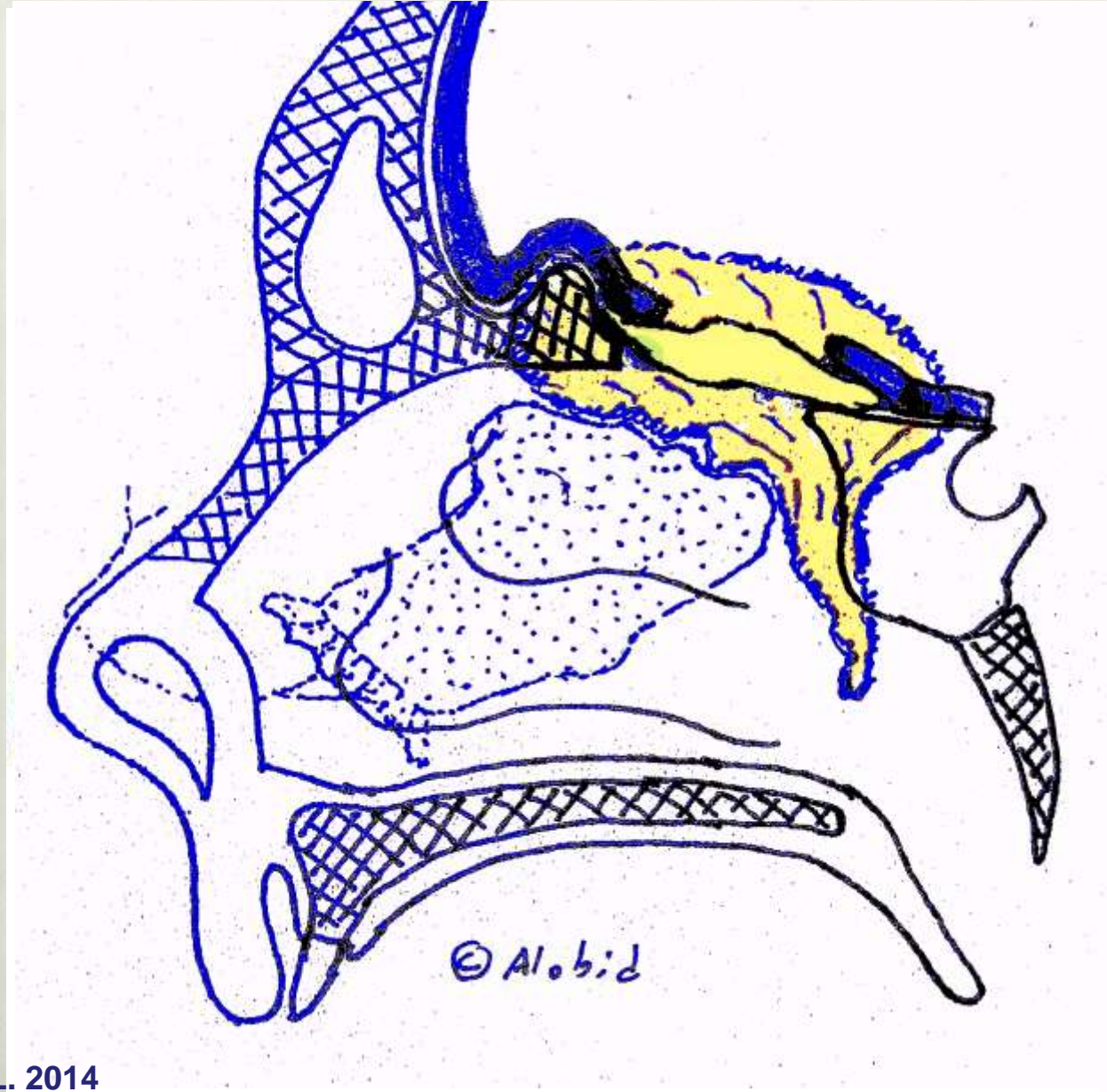




TÈCNICA I MATERIAL UTILITZAT A L'ESTUDI (>2CM)

- ❖ Drenatge lumbar
- ❖ Grassa suprapubica intracranial
- ❖ Fascia lata underlay
- ❖ Penjoll pediculat nasoseptal

RECONSTRUCCIÓ (>2cm)



RESULTATS

❖ GRANS (> 2cm):

- ❖ Èxit 91%
- ❖ 9% fuga de LCR → Re intervenció → Èxit 100%
- ❖ Seguiment 15,6 mesos (6-62m): NO RECIDIVES

❖ PETITES (< 2cm):

- ❖ Èxit 98%
- ❖ 2% Fuga LCR → Re intervenció → Èxit 100%
- ❖ Seguiment 75,3 mesos (6-177m): NO RECIDIVES

CONCLUSIONS

Defecte petit-mitjà (<2cm) → fàscia lata
“*underlay*” + empelt lliure de mucosa.

Defecte gran (>2cm) → fàscia lata
“*underlay*” +/- penjoll nasoseptal (Hadad).

Tancar el defecte permet prevenir la
meningitis

GRÀCIES