

## Localización de fístula de LCR al oído medio mediante <sup>111</sup>In-DTPA cisternogammagrafía

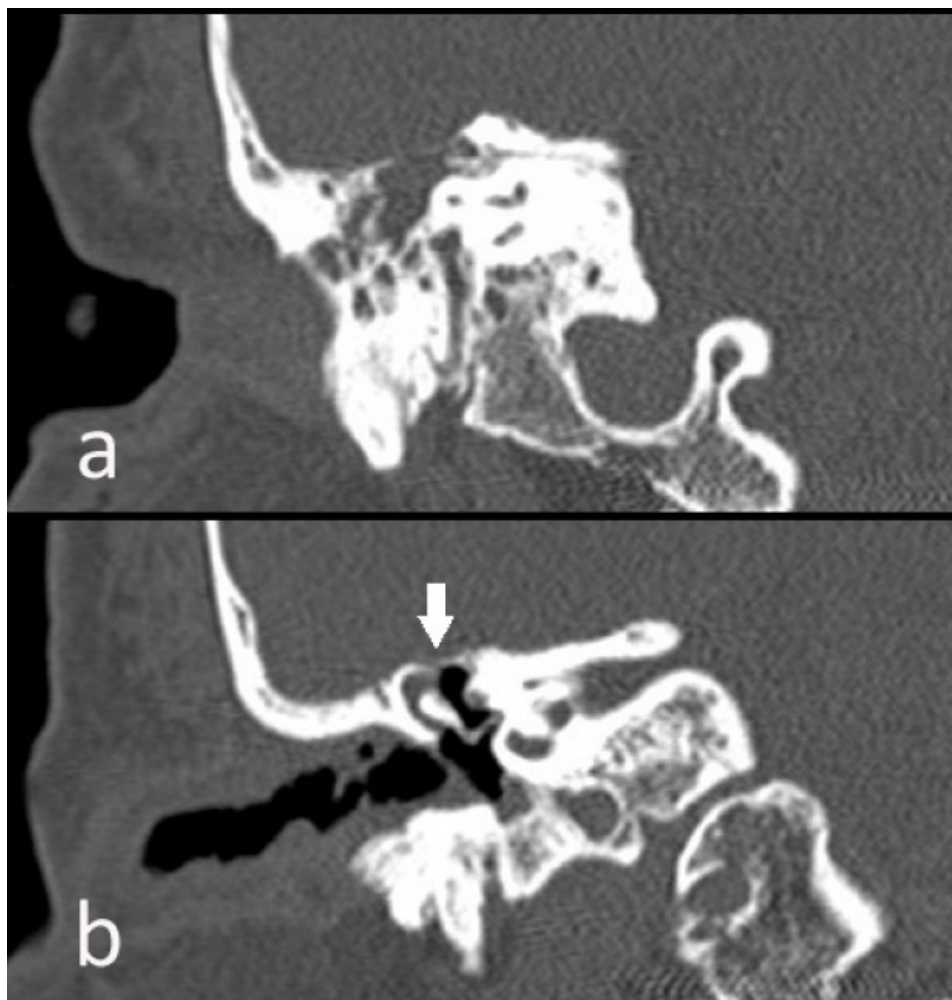
Álvaro de Bonilla-Damiá<sup>1</sup>, Francisco Javier García Gómez<sup>1</sup>, Francisco Javier Montes-Pérez<sup>2</sup>.

1 - Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, España..

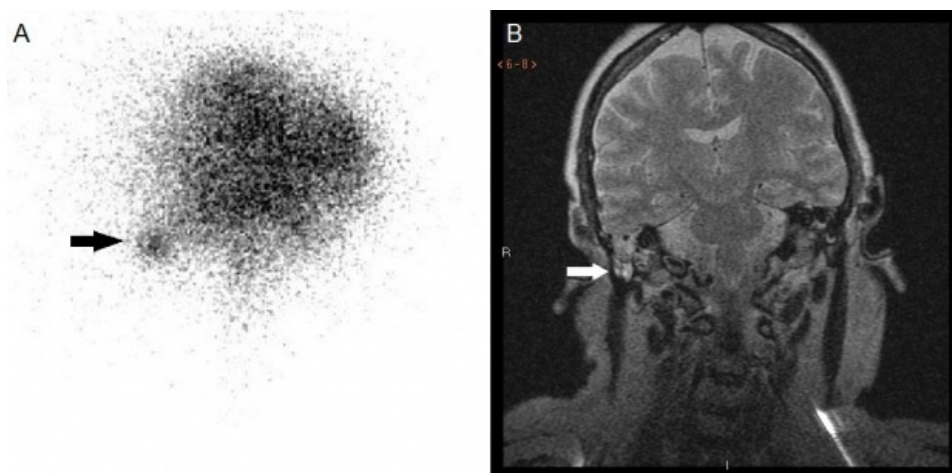
2 - Servicio de Neurocirugía, Clínica de Fátima. Sevilla, España..

La fístula de líquido cefalorraquídeo (LCR) con otorrea persistente y pérdida de la audición puede simular la clínica de una otitis media común. La existencia de una fístula de LCR al oído medio debe descartarse ante un episodio de efusión unilateral, persistente y clara u otorrea secundaria a traumatismo craneoencefálico, mastoidectomía o afección crónica del oído. La cisternogammagrafía isotópica es una técnica útil y sencilla y para detectar la fístula de LCR, especialmente cuando existe sospecha clínica sin hallazgos patológicos con los métodos de imagen morfológica.

Presentamos imágenes de una paciente de 65 años en estudio por otalgia derecha con pérdida completa de la audición tras proceso gripal, con implante de tubo de drenaje transtimpánico. Posteriormente, inició otorrea abundante de líquido transparente, instaurándose tratamiento antibiótico ante la posibilidad de fuga de LCR. Mediante TC craneal se identificó una ocupación del oído medio, espacio de Prussak y receso hipotimpánico, con erosión del scutum y del tegmen timpani por probable colesteatoma (figura 1b, flecha). La exploración neurológica no demostró afectación meníngea, realizándose una cisternogammagrafía isotópica con <sup>111</sup>In-DTPA ante la persistencia de la otorrea y sospecha de fístula de LCR, presentando actividad intensa del radiofármaco en oído derecho y en todos los tapones óticos (figura 2A, flecha). Una RNM cerebral posterior no mostró signos de encefalocele ni meningoceles (figura 2B, flecha). Tras la confirmación de la existencia de fuga de LCR se instaló un drenaje externo lumbar conectado a circuito de depósito hermético y estéril, cediendo la otorrea, sin requerirse intervención quirúrgica.



**Figura 1. TC de cráneo.**



**Figura 2. Cisternogammagrafía isotópica con  $^{111}\text{In}$ -DTPA (A) y RNM cerebral (B).**