

Presentación de un caso

Viera M.**, Chávez J.*, Escardó A.**, Quiñones, V. *, Nader JM.***

*Postgrado de Oftalmología, ** Residente de Oftalmología, *** Asistente de Cátedra
Cátedra de Oftalmología Hospital de Clínicas. UDELAR. Montevideo, Uruguay

INTRODUCCIÓN

La fístula carótido cavernosa (FCC) es una comunicación anormal adquirida entre la arteria carótida (AC) y el seno cavernoso (SC), que genera el pasaje de flujo arterial hacia el SC y aumento de la presión venosa hacia las venas oftálmicas, la órbita y globo ocular. (1)

OBJETIVOS

Discutir las características, diagnóstico, diagnósticos diferenciales y tratamiento de una FCC postraumática de presentación no clásica.

CASO CLÍNICO

- Paciente masculino, 33 años, privado de libertad.
- **APG/APO:** Niega
- **MC:** Cefalea hemicraneana y dolor ojo izquierdo (OI). Refiere herida penetrante con arma blanca a nivel máxilo-nasal izquierdo, 3 semanas previas.
- **AVSC:** Ojo derecho (OD) 20/20, OI 20/160
- **MOE:** OI restricción generalizada, a predominio de la abducción.
- **MOI:** RFM + en ambos ojos (AO), DPAR-.
- **LH:** OI edema de párpados, quemosis de conjuntiva bulbar inferior, proptosis no pulsátil. PIO OD 18, OI 29 mmHg.
- **FO:** OI Papila, mácula, arteriolas y vítreo sin alteraciones, venas retinianas tortuosas e ingurgitadas, microhemorragias escasas en 4 cuadrantes.

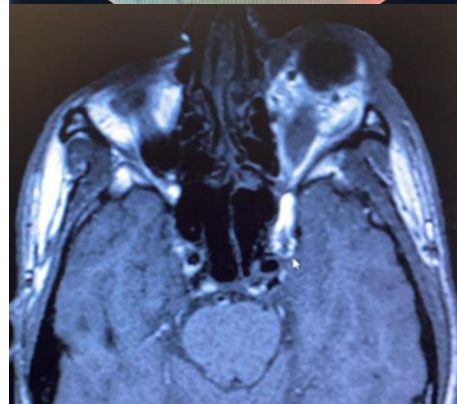
• **TAC de órbitas sin contraste:** Proptosis OI, aumento difuso de partes blandas y aumento del calibre de venas oftálmicas superiores, mayor a izquierda.

Se inició tratamiento con planteo de celulitis orbitaria postraumática. Dado evolución tórpida, se solicitó nuevo estudio imagenológico.

- **RMN con tiempo venoso:** Dilatación venas oftálmicas AO, mayor OI, permeables. Nervio óptico de aspecto habitual. Músculos extrínsecos con aumento difuso de espesor.

Hallazgos compatibles con FCC izquierda de alto flujo, se realizó embolización de vaso sangrante por neurocirujano.

Al mes evolucionó con mejoría de la AV 20/40 OI y paresia del músculo recto lateral izquierdo. Resto sin alteraciones.



DISCUSIÓN

Las FCC pueden ser **directas**, de alto flujo, entre la AC interna y el SC, o **indirectas**, de bajo flujo, donde la sangre fluye a través de las ramas meníngeas de la AC interna o externa hacia el SC, con el segmento intracavernoso de la AC intacto. (2)

Este caso es una **FCC directa**, la cual se manifiesta días o semanas después de un traumatismo craneal (75%), habitualmente con la *triada clásica* de proptosis pulsátil, quemosis conjuntival y soplo a temporal, la cual fue incompleta en el caso de nuestro paciente. Estos cuadros también pueden presentar disminución de la AV, glaucoma, queratopatía por exposición, hipertensión ocular, oclusión de la vena central de la retina, isquemia del segmento anterior, hipertensión ocular, afección de los pares craneales III, IV y VI (siendo el más afectado), edema de papila, dilatación venosa retiniana y hemorragias intraretinianas. (3)

El **diagnóstico es clínico-imagenológico**, donde el hallazgo característico es la dilatación de la vena oftálmica superior.

El **tratamiento** puede ser conservador o quirúrgico. La mayoría de las FCCs directas no cierran espontáneamente, requiriendo el cierre a través de embolización transarterial, para evitar complicaciones oftalmológicas. (4)

Los **principales diagnósticos diferenciales** son celulitis orbitaria, pancelulitis y hemorragia retrobulbar. (1)

CONCLUSIONES

La FCC directa postraumática es una condición poco frecuente, con consecuencias visuales severas de no realizar un diagnóstico y tratamiento precoz. Se debe tener en cuenta como diagnóstico diferencial ante evoluciones tórpidas de complicaciones postraumáticas de la órbita.

REFERENCIAS

- (1) American Academy of Ophthalmology (2020). Neuro-Ophthalmology. Chapter 7: The Patient with Abnormal Ocular Motility or Diplopia. Páginas 203-206. Elsevier. San Francisco, Estados Unidos de Norteamérica.
- (2) Barrow DL, Spector RH, Braun IF, et al. Classification and treatment of spontaneous carotid-cavernous sinus fistulas. J Neurosurg 1985;62:248-256.
- (3) Kanski, J. Bowling, B. (2016). *Fístula Carótido-Cavernosa*. Órbita en Oftalmología Clínica, Octava Edición. Elsevier Saunders. Barcelona, España.
- (4) Gemmete JJ, Chaudhary N, Pandey A, Ansari S. Treatment of carotid cavernous fistulas. Curr Treat Options Neurol. 2010 Jan;12(1):43-53. doi: 10.1007/s11940-009-0051-3.