

Fístula caròtido-cavernosa

A. Estremera Rodrigo, H. Sarasibar Ezcurra, G. Amengual Alemany, M. Usón Martín¹.

Caso clínic

Varón de 37 años que acude a nuestro centro hospitalario por exoftalmos derecho de tres semanas de evolución que en los últimos días ha empeorado. En la historia clínica se refiere el antecedente de un traumatismo craneoencefálico severo dos meses antes.

En la exploración física se observa un marcado exoftalmos derecho no pulsátil con gran ingurgitación episcleral y equimosis conjuntival, queratitis inferior de exposición y pupilas mióticas reactivas (Fig. 1).



Fig. 1. Aspecto del paciente al ingreso hospitalario

Se realiza TC de base del cráneo y órbitas, antes y después de la administración de contraste IV; posteriormente se obtienen imágenes reformadas en el plano coronal. Se observa fractura bilateral longitudinal de ambos peñascos con luxación de la articulación incudomaleolar izquierda, fractura de la pared medial del canal carotídeo izquierdo y del seno esfenoidal (Fig. 2). En la órbita derecha se visualiza proptosis severa con gran aumento del calibre de la vena oftálmica superior, engrosamiento de la musculatura extraocular (rectos superiores, inferiores, internos y externos) y del párpado superior (Fig. 3).

Servicio de Radiología Hospital Son Llatzer.
1-Servicio de Neurología Hospital Son Llatzer.

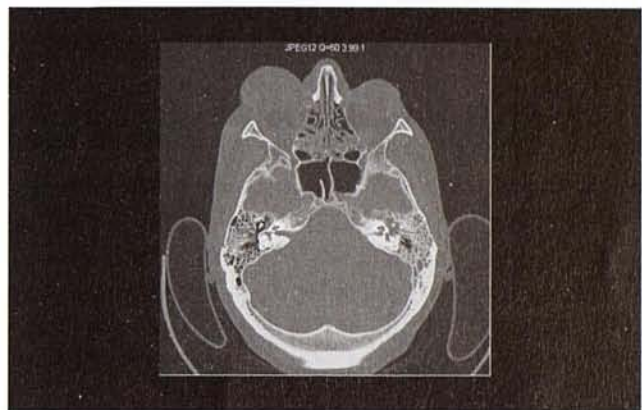


Fig. 2. TC sin contraste, serie para valoración ósea. Fractura longitudinal de ambos peñascos (flechas gruesas) y del canal carotídeo izquierdo (flecha fina)

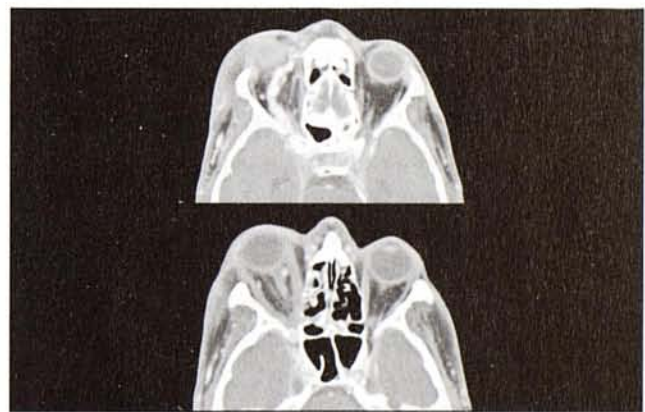


Fig. 3. TC con contraste iv. En la órbita derecha se observa ingurgitación de la vena oftálmica superior (a) y engrosamiento de la musculatura extraocular (b)

La imagen radiológica es compatible con fístula carótido-cavernosa derecha.

Se remite al paciente a otro centro hospitalario para su tratamiento (embolización de la fístula). A las 72 horas del procedimiento intervencionista se objetiva una marcada mejoría clínica (Fig. 4).

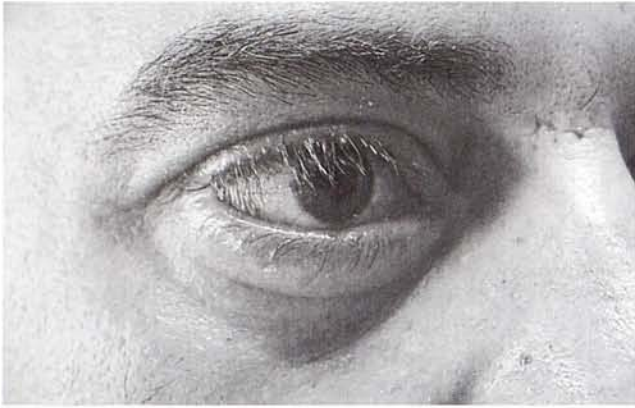


Fig. 4. Mejora clínica tras el tratamiento

Comentario

La fistula carotido-cavernosa es una comunicación directa entre la porción intracavernosa de la arteria carótida interna (ACI) y el seno cavernoso ipsilateral, lo que ocasiona hipertensión venosa orbitaria.

La causa más frecuente es la postraumática; también puede ser debida a rotura espontánea de un aneurisma de la ACI intracavernosa, postquirúrgica...

Clínicamente se produce exoftalmos pulsátil, quemosis conjuntival, ingurgitación venosa y frémito orbitario.

En el estudio de TAC y RM se observa aumento del calibre de la vena oftálmica superior y de la musculatura extraocular, proptosis y edema periorbitario debido a la congestión ocasionada por la hipertensión venosa. El seno cavernoso puede encontrarse distendido con el margen lateral convexo hacia la fosa craneal media.

El diagnóstico diferencial incluiría el edema cerebral difuso, en el que el engrosamiento de la vena oftálmica superior es bilateral en lugar de unilateral, y las malformaciones arteriovenosas dures, que generalmente no se asocian a traumatismo y en las que los síntomas no suelen ser tan fulminantes.

El tratamiento de elección es la embolización mediante el uso de "coils" o balones.

Bibliografía

1. Som PM, Curtin HD. Head and Neck Imaging. Fourth Edition. Mosby 2003; 620-621.
2. Grossman RI, Yousem DM. Neuroradiology. Second Edition. Mosby 2003; 500-501.
3. Teng MM, Lirng JF, Chang T. et al: Embolization of carotid cavernous fistula by means of direct puncture through the superior orbital fissure. Radiology 1994; 194: 705.