



<https://www.revistaneurocirugia.com>

C0512 - FÍSTULA DUAL ANTERIOR EN LA FOSA ANTERIOR, PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

J.I. Pinto Rafael¹, M.C. Pérez Castro², G. García Catalán¹, J.M. Esteban García¹, C.J. Velasquez Rodríguez¹, C.A. Bucheli Peñafiel¹ y R. Martín Laez¹

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España. ²Clinica Mompia, Cantabria, España.

Resumen

Objetivos: Las fístulas arteriovenosa durales intracraneales son drenaje arteriovenoso anómalo con una arteria dural de aporte y una vena dural de drenaje, las de la fosa craneal anterior son lesiones raras que pueden causar hemorragia intracraneal, representan del 10 al 15% de todas las malformaciones vasculares intracraneales más frecuente en mujeres y de seno cavernoso.

Métodos: Varón de 62 años con infarto círculo de Willis trasformado en hemorrágico y en arteriografía se descubre fístula del suelo de la fosa craneal anterior izquierda con ramas arteriales etmoidales que dependen de arteria oftálmica izquierda y con eferencia a dos venas corticales con dilataciones aneurismáticas, por lo que se trata de una fístula arteriovenosa dural tipo III, se emboliza parcialmente y requiere cirugía para cierre definitivo. Varón de 70 años con cefalea, alteración del comportamiento, TC craneal con sospecha de fístula dural y arteriografía con fístula arteriovenosa fosa anterior, ramas etmoidales y eferente a seno longitudinal superior, no se puede realizar embolización por lo que se realiza cierre quirúrgico

Resultados: Las fístulas durales deben de tenerse en cuenta en caso de HSA, hematoma subdural, intraparenquimatoso y en algunos casos únicamente tienen cefalea con alteración de la visión y Fondo de ojo con edema de papila. Suele presentar una arteria aferente la etmoidal y drenar al SLS, se presenta con un hematoma intraparenquimatoso, subdural y/o hsa, se diagnostican con angioTC o angio RM aunque el estudio de elección es la arteriografía.

Conclusiones: El cierre de la fístula arteriovenosa dural de la fosa craneal anterior se puede conseguir con la embolización por vía arterial, otra posibilidad es la radiocirugía siempre y cuando el flujo sea lento, y el tratamiento de elección es la cirugía con una morbimortalidad baja, como sucedió en nuestros dos casos que no se consiguió el cierre completo con la embolización y si con la cirugía.