



Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

C0361 - FÍSTULA CARÓTIDO-CAVERNOSA DE LARGA EVOLUCIÓN. ANEURISMA VENOSO GIGANTE CON INVASIÓN DE LA FOSA MEDIA

P. Jiménez Arribas, M. Castaño Blázquez, M. Schüller Arteaga, J. Galván, C. Sánchez Fernández, M. Dueñas Carretero y C. Alberto Rodríguez-Arias

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

Resumen

Objetivos: Las fístulas carótido-cavernosas (FCC) son una conexión anómala entre la arteria carótida y el seno cavernoso. Su etiología es traumática en el 75% de los casos. Los síntomas (proptosis, quemosis, oftalmoplejía, soplo orbitario y cefalea) se instauran rápidamente y pueden ser irreversibles, por lo que el tratamiento, de elección endovascular, debe realizarse con la mayor brevedad para minimizar secuelas. Presentamos el caso de una paciente afecta manejada en nuestro centro, detallando la evolución clínica, los hallazgos radiológicos y el tratamiento.

Métodos: Paciente mujer de 33 años con antecedente de traumatismo craneo-encefálico 18 años antes. TAC inicial normal. Desde entonces proptosis y diplopía, sin quemosis conjuntival. Valorada por oftalmología y sin realización de nuevos controles de imagen. Acude actualmente por cefalea hemicraneal derecha de 3 semanas de evolución. A la exploración destaca exoftalmos pulsátil, ptosis y diplopía. Mínima midriasis derecha y agudeza visual de 0,5 en ojo afecto. Soplo audible. La TC y RM craneales mostraron una masa extraaxial en fosa craneal media derecha, captante de contraste, compatible con gran dilatación aneurismática de 2,6 × 3,5 × 3,4 cm dependiente de la carótida interna derecha (ACID) en su tramo cavernoso. Condiciona proptosis y congestión de las estructuras venosas adyacentes.

Resultados: Se realizó arteriografía cerebral que mostró importante displasia del segmento cavernoso de ACID, con una comunicación anómala con el seno cavernoso que se encuentra muy dilatado con aneurisma venoso. Hallazgo compatible con FCC directa tipo 1. Se propuso cierre endovascular de la comunicación arteriovenosa, así como la ACID, previo test de oclusión negativo, comprobando oclusión total de la fístula. Actualmente la paciente presenta una mejoría de la proptosis y desaparición de la cefalea, con persistencia de diplopía y agudeza visual.

Conclusiones: Las FCC son poco frecuentes y su diagnóstico no siempre es sencillo. Identificar de esta patología y tratarla precozmente se considera un reto clínico que determina el pronóstico visual.