



Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

C0249 - FÍSTULA CARÓTIDOCAVERNOSA DIFERIDA SECUNDARIA A ARMA DE FUEGO

L. Calero Félix, P.M. González Vargas, A. de la Lama Zaragoza, P. Sanromán Álvarez, O. Vila Nieto y C. Conde Alonso

Hospital Álvaro Cunqueiro, Pontevedra, España.

Resumen

Objetivos: Descripción de un caso poco frecuente.

Métodos: Estudio de un caso clínico.

Resultados: Las fístulas carótido-cavernosas directas traumáticas afectan al 0,2% de pacientes con traumatismo craneoencefálico. Nuestro paciente es un varón de 51 años, que acudió a Urgencias a los dos días de recibir el impacto de un perdigón en fosa ocular izquierda. Presentaba edema periorbitario, esclera eritematosa y exoftalmos con soplo palpable ocular izquierdo y referido como acúfeno. Se realizó TC cerebral observándose artefacto metálico en el vértice de la hendidura orbitaria superior con entrada periorbitaria sin penetrar en globo ocular. Ingresó en neurocirugía, realizándose angiografía urgente. En la angiografía con abordaje femoral venoso y arterial, se observaba un doble defecto en el segmento cavernoso de la arteria carótida interna izquierda. Se procedió al largado de múltiples espirales de platino biológicas, primero por abordaje arterial y ante la persistencia de la fistula se optó por abordaje venoso, habiendo mejoría radiológica en el flujo de la fistula, con cierre subtotal. Durante el ingreso el paciente mejoró clínicamente. Se realizó una segunda angiografía a los 13 días, permaneciendo una fistula de bajo flujo por embolización subtotal. Se citó para embolización diferida en 3 semanas y se pautó dexametasona 2mg/12h en pauta descendente además de recomendar compresiones carotídeas manuales hasta la reembolización. Tres semanas después, la angiografía no identificaba fistula por lo que no precisó tratamiento endovascular. La clínica mejoró, desapareciendo el thrill y persistiendo clínica oftalmológica por probable edema de cono óptico.

Conclusiones: La opción de tratamiento endovascular de la fístula carótido-cavernosa es satisfactorio. El cierre diferido puede ser debido al ensanchamiento de la espiral recubierta de material biológico que disminuya progresivamente el flujo produciendo trombosis. El tratamiento endovascular está reforzado por tratamiento médico con dexametasona y compresiones carotídeas.