

FISTULA ENTRE MAXILAR INTERNA Y SENO CAVERNOSO. INTRODUCCION MULTIDISCIPLINARIA DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA (*).

C. PICETTI. U.S.L. C 5 - Valle dell'Adige. U.O. di Angiochirurgia (Primario: Dott. A. Zuccheli).

E. DALRI. U.S.L. C 10 - Vallagarina. Ospedale di Rovereto. Reparto Oculistico (Primario: Dott. C. Belci).

C. FUOCHI. U.S.L. C 5 - Valle dell'Adige. Servizio di Radiodiagnostica. Angiografia (Primario: Dott. F. Dalla Palma).

Trento (Italia).

Introducción.

El interés especulativo por las fistulas arteriovenosas del sector carotídeo a nivel de la fosa pterigo-palatina no termina con señalar que se trata de formas raras (56 casos descritos hasta hoy en la literatura mundial) sino que una vez más se pone de manifiesto la necesidad de un estudio multidisciplinario para afrontar un tema muy complejo tanto del punto de vista diagnóstico como terapéutico.

Material y métodos.

Paciente de 55 años, varón. Ausencia de antecedentes de interés. 1er. ingreso en el Servicio de Oftalmología (1975), durante el cual se puso de manifiesto una disminución de la visión, lagrimeo y tumefacción periorbitaria. Rayos X de cráneo: ausencia de lesiones óseas.

Es tratado con antiflogísticos y antineuríticos.

2º ingreso (1983), tras medicación a domicilio durante un mes por conjuntivitis.

Cuadro clínico a su ingreso: Ojo derecho, normal; ojo izquierdo, discreta restricción de la rima palpebral superior, hinchazón por distensión de la vena supraorbitaria, leve exoftalmos. La conjuntiva bulbar en el sector inferior presenta vasos venosos dilatados, visión 10/10, presión ocular normal (fig. 1).

Se solicita, entonces: TAC, Doppler, consulta vascular y arteriografía digital.

TAC: notable engrosamiento de la vena oftálmica superior izquierda con exoftalmos y alargamiento del agujero ótico izquierdo.

Oftalmodinamometría: alteración significativamente de los valores del ojo izquierdo (-19,2). Valores normales, ± 9 .

Vascular: signos clínicos de fístula arteriovenosa.

Neurología: Exoftalmos pulsátil en ojo izquierdo.

Hipótesis diagnósticas formuladas: 1. Proceso expansivo de la órbita. 2. Trombosis del seno cavernoso. 3. Meningioma esfenoidal.

* Traducido del original en italiano por la Redacción.

Arteriografía digital: Evidencia en correspondencia del perfil posterior y superior del seno maxilar de una fístula arteriovenosa en pleno canal con comunicación entre una rama de la carótida externa y la rama supraorbitaria.

A continuación se efectúa:

Rayos X de cráneo y senos maxilares: Signos de proceso expansivo a nivel de la fosa pterigo-maxilar que afecta y se curva hacia adelante la pared posterior del seno maxilar, insinuándose en la cavidad sinusal y determinando erosión y ensanchamiento de la pared lateral. Claro ensanchamiento de la fisura esfeno-esfenoidal izquierda.



FIG. 1.- Aspecto externo de la región ocular del caso expuesto.

FIG. 2.- Cateterismo selectivo del caso.

Cateterismo selectivo con método tradicional. Carótida interna normal. Carótida externa aumentada de calibre, tortuosa y alargada. Maxilar interna: presencia de fístula arteriovenosa entre maxilar interna y vena orbitaria con angioma intermedio en fosa pterigomaxilar y leve visualización del seno cavernoso (fig. 2).

Intervención: Ligadura de la carótida externa. Exposición, con la colaboración del Cirujano Máxilo-Facial, de la fosa pterigo-maxilar hallando una voluminosa neoformación vascular. Resección del angioma y aplicación de «clips» en los principales vasos confluentes.

Discusión.

Las fístulas traumáticas o espontáneas entre la carótida interna y el seno cavernoso son las más frecuentes; bastante más raras son las de las ramas de la carótida externa (en particular la maxilar interna y el seno cavernoso).

Estas fístulas son de dos tipos: 1. La localización interesa el centro y la proximidad inmediata del seno cavernoso y drenan directamente en el seno. 2. Interesan el seno venoso dural situado a distancia pero, sin embargo, comunicante con el seno cavernoso.

Anatomía de la maxilar interna: 1. mandibular, da lugar a la meningea media y a la accesoria. 2. pterigoidea, se distribuye por la musculatura de la cara. 3. pterigo-palatina, tiene múltiples conexiones con el seno cavernoso.

Este tipo de fístulas, por la lenta evolución y la presión venosa intraorbitaria poco elevada y la hipervascularización de la conjuntiva podría orientar el diagnóstico hacia una afección local del ojo.

El diagnóstico, primero clínico y luego instrumental, debe complementarse por el cateterismo selectivo, ya que la arteriografía digital se ha demostrado insuficiente.

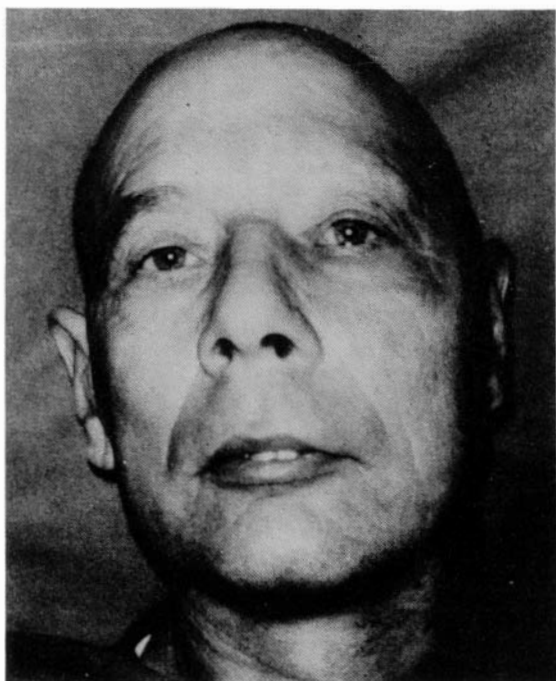


FIG. 3.- Aspecto del enfermo una vez resuelto el caso.

Tratamiento.

La embolización ha sido en verdad el método de indicación primera mediante la utilización de pequeños fragmentos de Ivalon. Este tratamiento no ha determinado, no obstante, una reducción significativa del angioma. En tanto, la necesidad de una intervención rápida a causa del empeoramiento de la sintomatología subjetiva y objetiva del paciente, en relación al constante aumento de la presión endocular nos hacía optar por la intervención quirúrgica, que ha consistido en la ligadura de la cáptica externa, resección del angioma y ligadura de los principales vasos confluentes para evitar la hipertrofia de la circulación colateral de la fístula.

El acceso al angioma, efectuado por el Cirujano Maxilo-Facial, ha sido el siguien-

te: Incisión temporo-parietal alta, desde la zona pretrago a la línea media de la zona fronto-parietal. Se alcanza la región cigomática izquierda. Tras osteotomía del arco cigomático del mismo lado no se logra llegar a la masa vascular de la fosa pterigo-maxilar. Se reseca un segundo fragmento del malar izquierdo y tras despegar el músculo temporal se reseca la apófisis coronóide izquierda.

Tras el tiempo vascular se repone el malar y el arco cigomático, que se mantienen con 5 osteosíntesis.

Al año de la intervención, el paciente no presenta trastornos oftálmicos de género alguno. Objetivamente no se observan signos clínicos de la fistula arteriovenosa, ha desaparecido el exoftalmos y ha desaparecido el soplo en la hemicara (fig. 3).

RESUMEN

Se expone un caso de fistula arteriovenosa espontánea entre la rama pterigo-palatina de la maxilar interna y el seno cavernoso. Los signos clínicos eran exoftalmos unilateral, congestión venosa conjuntival, marcada dilatación de la vena supraorbitaria y soplo difuso en la hemicara. El tratamiento ha consistido en la ligadura de la carótida externa y en la resección de la masa angiomasica con ligadura de los principales vasos confluentes.

SUMMARY

A spontaneous arteriovenous fistula case, between pterygo-palate branch of internal maxillary and cavernous sinus is exposed. Clinic and treatment are resumed.

BIBLIOGRAFIA

1. ROBERT, D.; PUGATCH and SAMUEL M. WOLPERT.: Transfemoral embolization of an External Carotid-Cavernous Fistula. «J. Neurosurg.», Vol. 42, January, 1975.
2. RAPPAPORT, I.; RAPPAPORT, J.: Congenital Art. Venous Fistula of the Maxillo-Facial Region. «The A. J. of Surg.», 134: 39, 1977.
3. DJINDYAM, R.; MANELFE, C.: Fistules Art. Vein. Carotide Externe-Sinus Caverneux. «Neuro-Chir.», Paris, 1973, Tome 19, n.º 1, 91/110.
4. STEPHEN M. MAHALLEY Jr.; STEPHEN C. BOONE.: External Carotid-Cavernous Fistula Treated By Arterial Embolization. «J. Neurosurg.», vol. 40: 110, 1974.
5. CASTAIGNE, P.; LAPLANE, D.: Communication art.-veineuse Spontane entre la Carotide externe et le Sinus Caverneux. «Revue Neurologique», T. 114, n.º 1, 1966.