

Paciente de 68 años con clínica de oftalmoplejía y exoftalmos

A. B. Gómez Belda, J. Catalá Barceló*, M. García-Escríg*, M. Bonet Valls* y A. Albert Contell

Servicio de Medicina Interna. *Unidad de Neurología. Hospital de Sagunto. Valencia.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 68 años, hipertensa, que consultó por un exoftalmo de un mes de evolución al que se asoció una parálisis del VI nervio craneal izquierdo (fig. 1). No tenía antecedente de traumatismo craneoencefálico. Durante la hospitalización, el cuadro progresó, aumentando la proptosis del ojo, con quemosis conjuntival, disminución de agudeza visual y dolor importante periorbitario. Se añadió parálisis del VI nervio craneal derecho y disminución de la sensibilidad en la primera rama del nervio trigémino izquierdo. Un hemograma, bioquímica sérica, niveles de hormonas tiroideas y radiografía de tórax no mostraron hallazgos patológicos. Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) negativos, líquido cefalorraquídeo (LCR) normal, con cultivos negativos. Serología lúes y *Brucella* negativas. Tomografía axial computarizada (TAC) craneal y de órbitas normales, resonancia magnética (RM) de órbitas: dilatación de la vena oftálmica izquierda y leve realce en la dura del seno cavernoso izquierdo (fig. 2). El diagnóstico se realizó mediante una arteriografía craneal (figs. 3 y 4).



Fig. 1. Se observa edema periorbitario, quemosis e inyección conjuntival en un estadio clínico inicial.

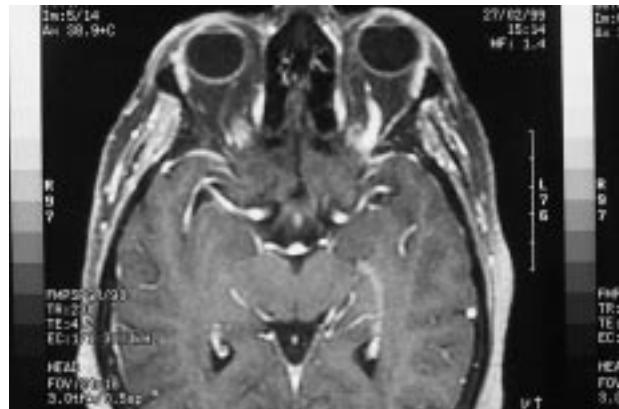


Fig. 2. Resonancia magnética craneal. Dilatación de la vena oftálmica izquierda, sin otros hallazgos patológicos.

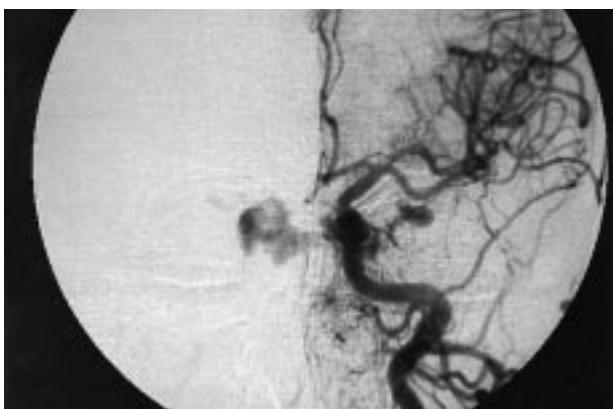


Fig. 3. Arteriografía cerebral tras canalización de la arteria carótida primitiva izquierda. La vena oftálmica izquierda y el seno cavernoso izquierdo se rellenan en fase arterial por un mecanismo a contracorriente. El seno cavernoso derecho se rellena a través del seno coronario. Esto demuestra la existencia de una fistula carótido-cavernosa.



Fig. 4. La canalización de la arteria carótida externa izquierda demuestra su participación en la fistula carótido-cavernosa. La principal arteria nutriente era la arteria faríngea ascendente.

Diagnóstico y evolución

El diagnóstico fue arteriográfico al demostrar una fistula carótido-cavernosa izquierda alimentada por ramas de la carótida externa izquierda, sobre todo la arteria faríngea ascendente y ramas intracavernosas de la carótida interna izquierda (fistula carótido-cavernosa tipo D de Barrow). El estudio de la arteria carótida derecha mostró su participación en menor medida. El drenaje venoso se efectuaba a través de la vena oftálmica superior a contracorriente.

La paciente fue tratada mediante oclusión endovascular de las arterias faríngeas ascendentes al demostrar el estudio angiográfico su especial participación en la malformación. Aunque inicialmente existió mejoría clínica, la clínica recidivó al cabo de 1 semana, por lo que se sometió a radiocirugía con buenos resultados clínicos, persistiendo como secuela una disminución de agudeza visual del ojo izquierdo.

Discusión

La fistula carótido-cavernosa forma parte del diagnóstico diferencial del exoftalmos unilateral. El diagnóstico de sospecha es fácil ante la existencia de un antecedente de traumatismo craneoencefálico y un soplo retroorbitario en la exploración física debido a que la co-

nexión directa entre la arteria carótidea intracavernosa y el seno cavernoso genera una fistula de alto flujo (tipo A de la clasificación de Barrow)¹. Existen además fistulas arteriovenosas indirectas, de curso clínico más larvado, en las que el exoftalmos puede estar ausente y que suele precederse de parálisis de nervios oculomotores, complicando su diagnóstico. Barrow¹ las denominó tipos B, C y D en función de las ramas de arteriales nutritivas. En el tipo B las arterias nutritivas principales son ramas meníngeas de la arteria carótida interna; en el tipo C son ramas meníngeas de la arteria carótida externa y en el tipo D son ramas meníngeas de la arteria carótida interna y externa, frecuentemente bilaterales. Este último tipo, debido a su aporte arterial múltiple, son las más difíciles de tratar². La radioterapia o radiocirugía parece ser el método terapéutico más adecuado debido a la inaccesibilidad quirúrgica y al número elevado de arterias nutritivas, que hacen complicada la oclusión endovascular³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrow DL, Spector RH, Braun IF, et al. Classification and treatment of spontaneous carotid cavernous fistulae. J Neurosurg 1985; 62:248.
2. Schutta HS. Disease of the dura mater. En: Joynt RJ, ed. Clinical neurology. Philadelphia: Lippincott Company, 1994; 1-137.
3. The arteriovenous malformation study group. Current concepts: arteriovenous malformations of the brain in adults. N Engl J Med 1999; 340: 1.812-1.818.