



## 264/140 - MUJER CON PROPTOSIS BILATERAL AGUDA

M. Bosch Racero<sup>a</sup>, A. García Buendía<sup>b</sup>, A. Gallardo Martín<sup>b</sup> y M. Molina Casado<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de La Miel. Benalmádena. Málaga. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Arroyo de La Miel. Benalmádena. Málaga.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 73 años, sin alergias y con secuelas de encefalitis herpética en 2014 (deambula con andador, se comunica con gestos y frases cortas). Está en tratamiento con levetiracetam 1.500 mg c/12 horas, donepezilo/24 y carbidopa/levodopa 25/100 mg c/8 horas. Acude a consulta por cuadro súbito, de 48 horas de evolución, de exoftalmos bilateral, cefalea que mejora poco con paracetamol 1gr, náuseas y vómitos postprandiales. Una semana antes, crisis de hipertensión arterial con TA 185/95 mmHg que requirió captopril 25 mg SL para su control. Se deriva a Urgencias. El oftalmólogo objetiva PIO 35/30 y un fondo de ojo con papilas de bordes netos, mácula estructurada. Tras instaurar tratamiento solicita valoración por neurología. En TAC: fístula carótido-venosa bilateral. La paciente es trasladada a hospital de referencia donde se practicó tratamiento endovascular de ambas fístulas mediante embolización, desapareciendo el exoftalmos.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración destacan además, inyección conjuntival, quemosis y aumento de la turgencia ocular bilateral. Pulsos carotídeos simétricos. TA: 171/76. FC 71 rítmico sin soplos. Sat O<sub>2</sub>: 98%. Afebril. En analítica de sangre de rutina un mes antes TSH 0,9 mUI/ml. TAC craneal: fístula carótido-venosa bilateral, atrofia córtico-subcortical y lesiones hipodensas en lóbulos frontales e ínsula, en relación con secuelas post-encefalopatía herpética.

**Juicio clínico:** Fístula carotideo-cavernosa bilateral.

**Diagnóstico diferencial:** Oftalmopatía de Graves-Basedow, glaucoma, celulitis orbitaria, tumores (rabdiosarcoma, neuroblastoma, hemangioma).

**Comentario final:** Los síntomas oculares son los más frecuentes en la clínica de fístula carotideo-cavernosa, una rápida sospecha y un pronto tratamiento pueden evitar la pérdida de visión ocular. Debemos descartar una fístula carotideo cavernosa en todos los casos de exoftalmos uni o bilateral. Un soplo en el globo ocular puede orientar nuestra sospecha clínica.

### Bibliografía

1. Fel A, Szatmary Z, Sourour N, Bodaghi B, LeHoang P, Touitou V. Carotid-cavernous fistula: clinical and pathological correlations. J Fr Ophtalmol. 2014;37(6):462-8.
2. Charbonneau F, Williams M, Lafitte F, Héran F. No more fear of the cavernous sinuses. Diagn Interv Imaging. 2013;94(10):1003-16.

3. Celik O, Buyuktas D, Islak C, Sarici AM, Gundogdu AS. The association of carotid cavernous fistula with Graves' ophthalmopathy. *Indian J Ophthalmol*. 2013;61(7):349-51.
4. Grados A, Mantonti F, Malaouly G, Lipski M, Nemnoum-Raad R, Jean E et al. Carotid-cavernous sinus fistula: an unusual cause of exophthalmia. Report of three cases. *Rev Med Interne*. 2012;33(7):396-400.