



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/2134 - FÍSTULA CARÓTIDO-CAVERNOSA, REPORTE DE UN CASO DE CONJUNTIVITIS REBELDE AL TRATAMIENTO MÉDICO

M. Boksan^a, E.B. Zapata Ledo^b, M.J. Conesa Espejo^c, C.M. Maté Sánchez de Val^a, A. Delgado García^b, C. Sánchez Pérez^c, M. García Aroca^d, E. Schmucke Fortty^a, C. Celada Roldán^e y C.G. Zambrano Clavier^f

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casco Antiguo. Cartagena. Murcia. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina de Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casco Antiguo. Cartagena. Murcia. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. ^eMédico Residente de 2^o año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Nuestro paciente es varón de 67 años, con antecedentes de HTA y Infección VIH estadio A2, con buen cumplimiento terapéutico, con CV indetectable, ca epidermoide de laringe moderadamente diferenciado, tratamiento por ONCO con RT+QT con intención radical y TEP masivo con estabilidad hemodinámica y con ACO durante 6 meses. En tratamiento actual con Prezista, Norvir, lamivudina, Emconcor cor 2,5 mg, Lexatin, omeprazol, Cardyl 20 mg. Acude a su médico por cuadro de cefalea retro y peri orbitaria derecha dos meses de evolución. Ante la posible cefalea tipo cluster, en la consulta se ensayan múltiples neuromoduladores con buena respuesta clínica. Se deriva a CEX de neurología para el seguimiento. Durante el seguimiento acude a su MAP de novo, por presentar lagrimeo intenso en el ojo derecho, epifora y ptosis. En la exploración se evidencia: epifora, inyección conjuntival, y fotofobia, y se indica tobramicina pomada, pensando en una conjuntivitis bacteriana. Paciente tras 7 días presenta empeoramiento, con esta vez quemosis importante, ptosis, y recidiva de su cefalea periorbital. Ante no mejoría se deriva a urgencias para valoración por Neurología/Oftalmología.

Exploración y pruebas complementarias: Campimetría por confrontación normal. MOE plenos. Ptosis palpebral derecha no fluctuante. Exoftalmos derecho con equimosis significativos. No se auscultan soplos. Resto de pares sin alteraciones. Sistema motor con fuerza 5/5. ROT ++/++++. RCP flexor bilateral. Sensibilidad normal. Coordinación normal. Marcha normal. No signos meníngeos. Eco doppler ocular: Elongación y dilatación de la vena oftálmica superior derecha respecto a la izquierda a y una curva de registro espectral de predominio venoso, con pulsaciones arteriales obteniendo así un pulso venoso "arterializado", lo que orienta hacia la presencia de una fístula. Hallazgos sugestivos de fístula carótido-cavernosa derecha. Se realiza arteriografía confirmándose el diagnóstico, y el tratamiento final fue embolización con coils bajo anestesia general, heparinoterapia y corticoterapia.

Juicio clínico: Fístula carótido cavernosa derecha.

Diagnóstico diferencial: Conjuntivitis vírica, conjuntivitis bacteriana, episcleritis, glaucoma, cefalea tensional, migraña, cefalea hemicraneal paroxística, ictus.

Comentario final: Las fístulas carótido-cavernosas (FCC) son comunicaciones arteriovenosas anómalas entre la arteria carótida interna (ACI) y/o la carótida externa o sus ramas y el seno cavernoso. Estas comunicaciones anómalas pueden ser consecuencia de un trauma, o espontáneas. Se produce una fístula directa, de alto flujo, que típicamente se manifiesta como exoftalmus pulsátil. Otro tipo de FCC son en las que se producen, de forma espontánea. La mayoría de los síntomas y signos se deben a la alteración del drenaje venoso. Como resultado, se produce exoftalmus, quemosis y glaucoma secundario con pérdida de la agudeza visual, ya que muchos síntomas se solapan con otras enfermedades oculares, fístula carótido cavernosa es un reto para cualquier médico de familia, y siempre se debería tener en cuenta como una posibilidad diagnóstica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrow DL, Krisht A. Cavernous sinus dural arteriovenous malformations. En: Awad IA, Barrow DL, editores. Dural Arteriovenous Malformations. Park Ridge, Illinois: American Association of Neurological Surgeons; 1993. p. 117-30.
2. Viñuela F, Fox AJ, Debrun GM, Peerless SJ, Drake CG. Spontaneous carotid-cavernous fistulas: clinical, radiological and therapeutic considerations. Experience with 20 cases. J Neurosurg. 1984;60:976-84.
3. Phatouros CC, Meyers PM, Dowd CF, Halbach VV, Malek AM, Higashida RT. Carotid artery cavernous fistulas. Neurosurg Clin N Am. 2000;11:67-84.