



Radiología



0 - DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS FÍSTULAS CARÓTIDO-CAVERNOSAS

V. Navarro Aguilar¹, M.L. Parra Gordo², C. Aboud Llopis¹, J.L. Camacho Alcázar¹, M.A. Sánchez Fuster¹ y F. Aparici Robles¹

¹Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España. ²Hospital Universitario La Princesa, Universidad Autónoma, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Presentar los hallazgos clínico-radiológicos de las fístulas carótido-cavernosas (FCC), en tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RM) y arteriografía cerebral (AC).

Material y método: La fístula carótido-cavernosa (FCC) es una comunicación anormal entre la arteria carótida interna y el seno cavernoso. Pueden tener origen traumático (75%), espontáneas (rotura de aneurismas intracavernosos, neurofibromatosis, enfermedad aterosclerótica, enfermedad del colágeno) o de causa iatrogénica. Se repasan los hallazgos en TC y RM que sugieren el diagnóstico. Se incluyen aquí pacientes con diagnóstico confirmado de FCC en arteriografía cerebral desde 2002 a 2012.

Resultados: Son ocho pacientes, tres mujeres y cinco hombres, media de edad 53 años. Cinco casos son post-traumatismo, tres espontáneas, una iatrogénica. El 75% son unilaterales. Todos los pacientes presentaron exoftalmos, diplopía y quemosis en el 62% y otros síntomas en el 25%. Tres pacientes presentaron trombosis espontánea. Los demás precisaron tratamiento con balón y/o oclusión con *coils* sin complicaciones inmediatas durante los procedimientos. Como complicaciones tardías hubo persistencia de la FCC y formación de pseudoaneurisma en sendos pacientes.

Conclusiones: El diagnóstico de la FCC requiere un alto grado de sospecha clínica. La TC y la RM pueden sugerir el diagnóstico y valorar la afectación ocular unilateral o bilateral (la ingurgitación de la vena oftálmica superior, el engrosamiento de los músculos extraoculares y la dilatación del seno cavernoso afectado). La arteriografía cerebral sigue siendo el estándar de oro para la evaluación de pacientes con FCC, permitiendo el tratamiento endovascular y la realización de controles periódicos, si no es posible el tratamiento percutáneo.