

Nombre:	María del Mar
Apellido:	García Gallardo
Otros Autores:	Tania Díaz Antonio, Ignacio García Trujillo, Pedro Gutiérrez Chacón, Andrea Domínguez Igual, María Lucía Berma Gascón
E-mail:	<a href="mailto:mdelmrg@gmail.com">mdelmrg@gmail.com</a>
Hospital:	Hospital Universitario Virgen de la Victoria
Ciudad:	Málaga
Título:	APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA A LA FÍSTULA CARÓTIDO-CAVERNOSA EN URGENCIAS.
Presentación:	Mujer de 60 años que presenta edema palpebral ,exoftalmos bilateral ,quemosis, hiperemia y PIO elevada. Refiere cefalea fronto-temporal el día previo. Se realiza TCMC de cráneo s/c ante la sospecha de tumoración visualizándose un aumento de densidad y ensanchamiento bilateral del seno cavernoso además de proptosis ocular bilateral, ingurgitación de las venas oftálmicas superiores y engrosamiento de la musculatura extraocular. Ante la sospecha de fístula carótido cavernosa (FCC) se completa el estudio con Angio TC de cráneo objetivándose aumento de tamaño y realce del seno cavernoso con relleno precoz de las venas oftálmicas superiores. Hallazgos compatibles con el diagnóstico de presunción y confirmados tras arteriografía.
Discusión :	La FCC es una comunicación anómala entre el sistema arterial carotídeo y los senos venosos cavernosos (shunt arteriovenoso) directamente a la arteria carótida interna (alto flujo) o través de ramas intradurales (bajo flujo). El 75% de las FCC son adquiridas (traumatismo, iatrogenia) el resto espontáneas (principalmente por rotura de aneurismas en el intracavernoso). Los síntomas/signos de la FCC se relacionan con el tamaño,duración,localización y vía de drenaje siendo los más frecuentes el exoftalmos pulsátil,quemosis conjuntival y soplo fronto-orbitario; en la mayoría de los casos de forma unilateral.En ocasiones asocian pérdida de agudeza visual y alteración de los pares craneales. Es importante plantear el diagnóstico diferencial con otras entidades como con glaucoma y celulitis.
Conclusión:	El diagnóstico de la FCC requiere de un alto grado de sospecha clínica. Es de especial interés la valoración de las venas oftálmicas, seno cavernoso y musculatura ocular en el TC sin/con contraste en urgencias; si bien el gold standard para la confirmación de esta entidad es la arteriografía.
Bibliografía:	- HalbachV,HieshimaG,HigashidaR,ReicherM.Carotidcavernousfistula: indicationsforurgenttreatment.AmJRoentgenol1987;149:587-93 - KeltnerJ,Satterfield D,DublinA, Lee B.Duralandcarotidcavernousfistulas. Diagnosis,managementandcomplications.Ophthalmology1987;94:1585-99
Pie de foto:	A. TC de cráneo s/c: Aumento de densidad y ensanchamiento bilateral del seno cavernoso . Proptosis ocular bilateral. B. Reconstrucción MIP de TC de cráneo c/c. Marcada dilatación de la vena oftálmica superior con arterialización de su flujo en fase precoz. C. Arteriografía. Presencia de relleno de contraste del seno cavernoso inmediatamente tras la inyección del mismo en la arteria carótida interna por fístula carótido cavernosa derecha de alto flujo. D. Arteriografía. Embolización completa del seno cavernoso mediante coils y onyx.

