

Manejo de una fístula carotidocavernosa bilateral traumática: representación esquemática de los diferentes tipos de comunicación carotidocavernosa

Luis A. Domitrovic, Ana M. Fernández-Martínez, Óscar Balboa-Arregui, José Manuel Pumar, Iria Álvarez-Silva

Servicio de Radiodiagnóstico; Complejo Asistencial Universitario de León; León (L.A. Domitrovic, A.M. Fernández-Martínez, O. Balboa-Arregui, I. Álvarez-Silva). Servicio de Radiodiagnóstico; Hospital Universitario de Santiago de Compostela; Santiago de Compostela, A Coruña, España (J.M. Pumar).

Correspondencia: Dr. Luis Alberto Domitrovic. Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Asistencial Universitario de León. Altos de Nava, s/n. E-24071 León.

E-mail: ladvic@gmail.com

Aceptado tras revisión externa: 10.09.15.

Cómo citar este artículo: Domitrovic LA, Fernández-Martínez AM, Balboa-Arregui O, Pumar JM, Álvarez-Silva I. Manejo de una fístula carotidocavernosa bilateral traumática: representación esquemática de los diferentes tipos de comunicación carotidocavernosa. Rev Neurol 2016; 62: 282-3.

© 2016 Revista de Neurología

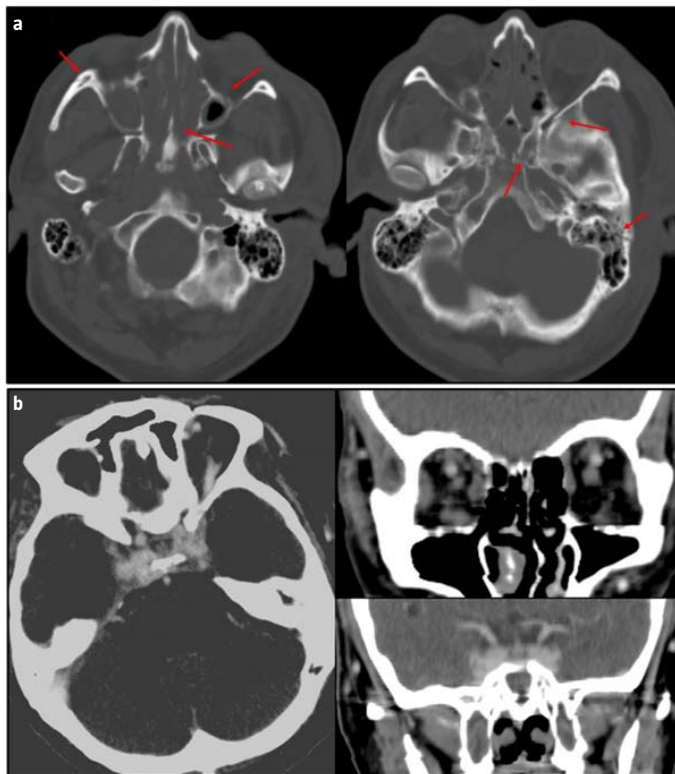


Figura 1. a) Fracturas de la base del cráneo en una tomografía computarizada; b) Angiotomografía computarizada con realce de las venas oftálmicas y los senos cavernosos.

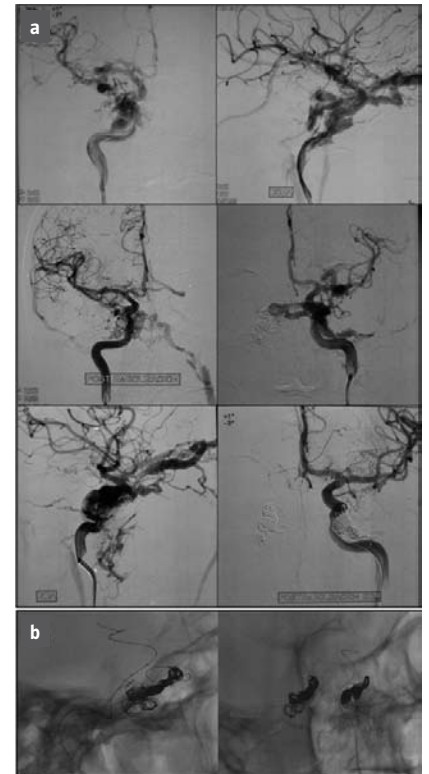


Figura 2. a) Arteriografía y tratamiento endovascular de ambas fístulas carotidocavernosas; b) Embolización con espirales de platino en ambos senos cavernosos.

Las fístulas carotidocavernosas son comunicaciones anómalas entre el sistema arterial carotídeo y el seno cavernoso [1]. Se clasifican como espontáneas o traumáticas. En el 70-90% de los casos son traumáticas [2,3]. Éstas son usualmente unilaterales, y traumáticas bilaterales en el 1-2% de los casos. El objetivo es exponer el caso

de una fístula carotidocavernosa bilateral traumática y la representación esquemática de sus diferentes tipos.

Caso clínico. Varón de 49 años que sufrió un traumatismo craneoencefálico grave. En la tomografía computarizada se identificaron múltiples fracturas en la base del cráneo (Fig. 1). A los siete

días comenzó a presentar edema e inyección conjuntival bilateral, que se malinterpretaron como conjuntivitis infecciosa. Esta clínica progresó lentamente y a los 15 días se comprobó exoftalmos y ceguera bilateral. En la angiotomografía se visualizó engrosamiento de la musculatura extraocular, dilatación de las venas oftálmicas superior-

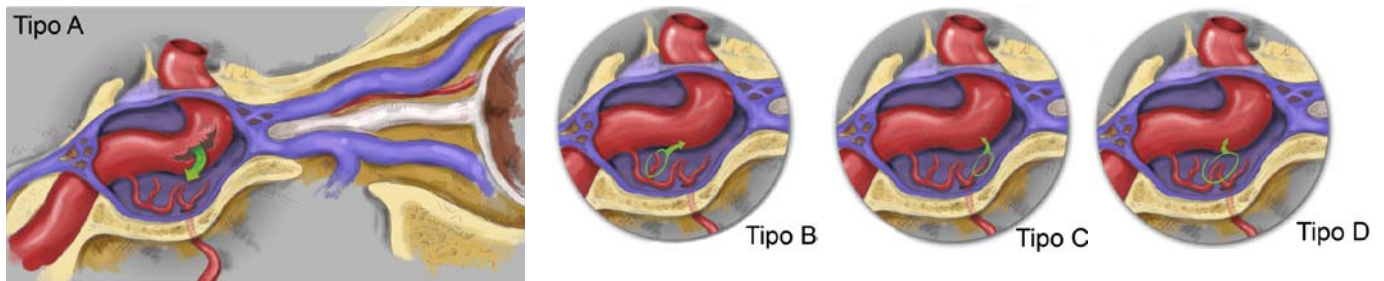


Figura 3. Clasificación de Barrow. Tipo A: comunicación directa entre la arteria carótida interna y el seno cavernoso. Tipos B y C: comunicación entre ramas de las arterias carótidas interna y externa y el seno cavernoso, respectivamente. Tipo D: la comunicación se establece entre ramas de las carótidas interna y externa simultáneamente.

res, y aumento de tamaño y realce de los senos cavernosos. Estos hallazgos hicieron sospechar la existencia de una fístula carotidocavernosa bilateral secundaria al traumatismo craneoencefálico grave (Fig. 1). La arteriografía demostró comunicación directa entre las carótidas internas y los senos cavernosos. Se realizó tratamiento endovascular, que consistió en cateterizar selectivamente las arterias carótidas internas, acceder a las comunicaciones

y embolizar con espirales de platino los senos cavernosos (Fig. 2). Se consiguió el cierre completo y la recuperación de la visión del paciente. Para facilitar la comprensión de los tipos de fístulas carotidocavernosas se emplea un esquema representativo (Fig. 3).

Conclusión. Es importante identificar el tipo de comunicación arteriovenosa para planificar correctamente el acceso terapéutico.

Bibliografía

1. Ellis JA, Goldstein H, Connolly ES Jr, Meyers PM. Carotid-cavernous fistulas. *Neurosurg Focus* 2012; 32: e9.
2. Terceros-Almanza LJ, Mudarra-Reche C, Talayero-Giménez de Azcárate M, García-Fuentes C, Ayala-Calvo G, Alted-López E. Development of carotid cavernous fistula after traumatic brain injury. *Med Intensiva* 2015; [Epub ahead of print].
3. Fattahi TT, Brandt MT, Jenkins WS, Steinberg B. Traumatic carotid-cavernous fistula: pathophysiology and treatment. *J Craniofac Surg* 2003; 14: 240-6.