

FÍSTULA ARTERIOVENOSA INTRAORBITARIA DE BAJO FLUJO: ¿QUÉ HACEMOS?

DR. C.A. DE PABLO MARTÍN, DRA. B. JIMÉNEZ-ROLANDO, DR. D. ORTIZ MARTÍN, DR.A. SÁNCHEZ VENTOSA, DRA. E. MATA DÍAZ
HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA.MADRID

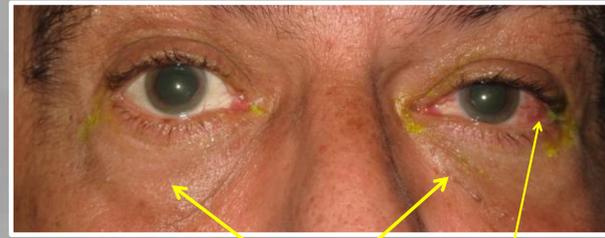
PROPÓSITO

Poner de relieve el papel fundamental del oftalmólogo en la indicación de embolización de una fístula arteriovenosa de bajo flujo y la necesidad de seguimiento postembolización.

CASO CLÍNICO

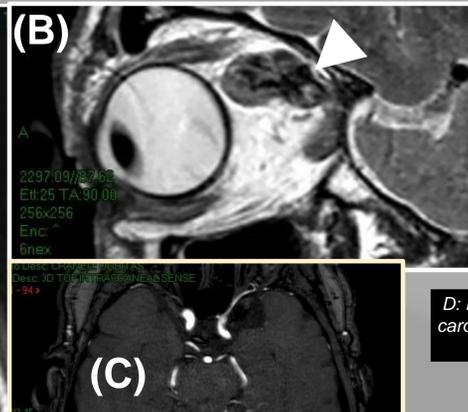
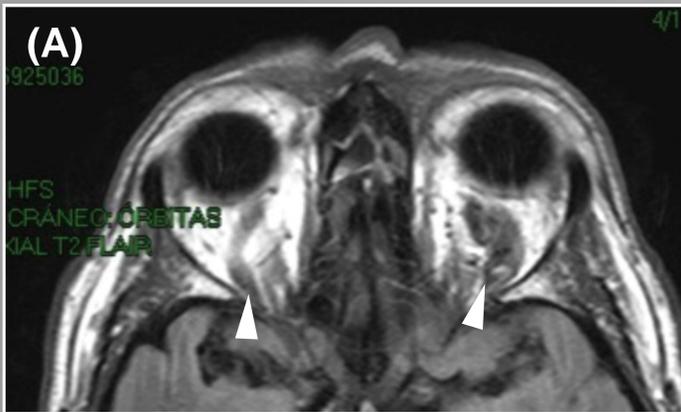
PRESENTAMOS UN CASO DE UNA FÍSTULA ARTERIOVENOSA INTRAORBITARIA DE BAJO FLUJO PAUCISINTOMÁTICA . EL INICIO CLÍNICO SE ASOCIA CON LA INSTAURACIÓN DE UN TRATAMIENTO CON CPAP POR UN CUADRO DE APNEA DEL SUEÑO 4 MESES ANTES.

Varón de 74 años que consulta por **edema palpebral bilateral con ojo rojo de 2 semanas de evolución, más marcado en OI.**
Tratado como conjuntivitis alérgica (colirio azelastina) durante estas dos semanas sin mejoría.



EDEMA PALPEBRAL + OJO ROJO NO BLANQUEA CON FENIEFRINA

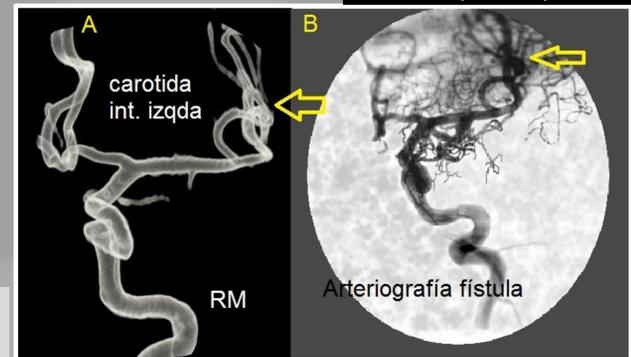
ATCD: HTA, TTO CON CPAP
EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA: ↓
AVLCC: 0,6 AO: **DISMINUCIÓN DE LA VISIÓN BILATERAL**
MOE: VERSIONES Y DUCCIONES NORMALES. **NO PROPTOSIS**
PIO: 12mmHg en OD y 18mmHg en OI
BMC: catarata nuclear NO2 en AO. **HIPEREMIA NO BLANQUEA CON FENIEFRINA. NO PAPILAS, NI FOLÍCULOS NI SIGNOS DE CONJUNTIVITIS. NO TYNDALL**
FO: papila de bordes nítidos bien definidos ,leve tortuosidad vascular
OCT :normal
SOLICITAMOS **PERFIL TIROIDEO, PERFIL PROTEINAS E IONES PARA DESCARTAR CAUSA SISTÉMICA.** → **NORMAL**



UN TC Y RM ORBITARIO MUESTRAN LA EXISTENCIA DE UNA DILATACIÓN VENA OFTÁLMICA SUPERIOR (VOS) BILATERAL (A), PRESENTANDO EN VOS IZQUIERDA UNA IMAGEN SUGESTIVA DE TROMBOSIS INTRALUMINAL. (B). EL SENO CAVERNOSOS NO MUESTRA SIGNOS DE AUMENTO DEL FLUJO (C).

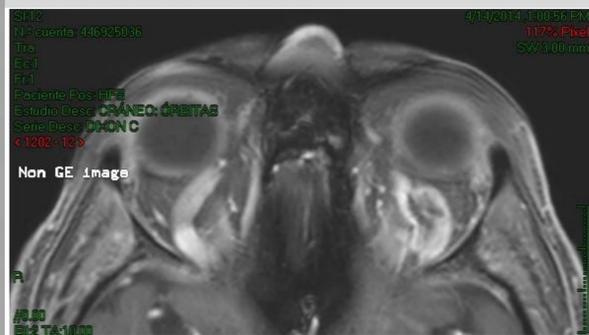
E: Arteriografía cerebral de carótida izquierda que es por donde se rellena la fístula, la cual drena fundamentalmente a través de la vena oftálmica superior izquierda dilatada.

D: Imagen de angio-RM en la que se aprecia la carótida izquierda y fístula de ese mismo lado.



LA ARTERIOGRAFIA DE LOS TRONCOS SUPRAAORTICOS muestra la existencia de una **FÍSTULA DURAL INTRAORBITARIA** nutrida por ramas meníngeas de la arteria oftálmica y ramos frontoetmoidales de la cerebral anterior izquierda. La fístula drena a la vena oftálmica y a través de esta a la vena angular y facial izquierda.

JD: MALFORMACION VASCULAR INTRACONAL IZQUIERDA .POSIBLE FÍSTULA CARÓTIDEA INDIRECTA .



Se aconseja **tratamiento conservador y supresión de CPAP** . Las maniobras de autocompresión manual de la carótida común pueden conseguir la curación por trombosis en casos de muy bajo flujo .

Se produjo una rápida mejoría de la PIO y del edema , observándose una leve disminución del calibre de la VOS en una nueva RM solo 1 mes después.

RM 1 MES DESPUES

SIN EMBARGO EL PACIENTE PRESENTÓ UN AUMENTO DE LA PRESIÓN OCULAR Y SIGNOS CLÍNICOS DE HIPERPRESIÓN EPIESCLERAL A PESAR DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR **RECAIDA** CON PIO DE 25mmHg en OI, PERSISTE EL EDEMA VIOLACEO, VASOS EPIESCLERALES DILATADOS CON TRAYECTO EN SACACORCHO. SE INSTAURA TTO CON TIMOLOL 0,5% CONSIGUIENDO UNA MEJORÍA DE LA PIO A 18mmHg.



PERSISTE EL EDEMA VIOLACEO

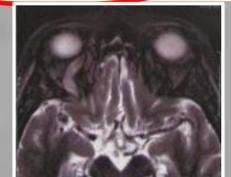
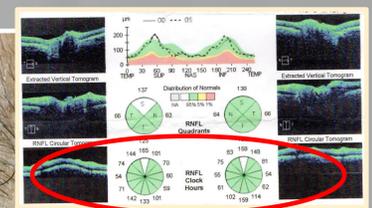


VASOS EPIESCLERALES DILATADOS

Consulta con **RADIÓLOGO INTERVENCIONISTA** y decide **EMBOIZACIÓN DE FÍSTULA DURAL INTRAORBITARIA.** Con anestesia general Vía vena yugular interna cateterismo de yugular externa vena facial hasta origen de fístula. Se introducen coils de platino y se inyecta Onix 18 hasta conseguir el sellado de la vena. Cierre de fístula y recuperación del drenaje de la vena oftálmica.

A las 24h postembolización

Disminución de la visión a 0,5 con edema palpebral marcado .
PIO ya mejor (14mmHg con colirio de timolol 0,5%).
Polo anterior algo de quemosis , mejoría de la congestión venosa episcleral.
FO: **ECTASIA PAPILAR Y LEVE BORRAMIENTO PAPILA DE AO.**



Durante 1 mes postembolización el paciente presento edema papilar bilateral que finalmente se resolvió.

CONCLUSIONES

- El oftalmólogo debe seguir al paciente tras el diagnóstico de una fístula arteriovenosa , pues los síntomas oftalmológicos son los que motivaron la embolización, en un principio rechazada por las características radiológicas de la fístula intraorbitaria.
- El edema de papila postembolización no aparece descrito en la bibliografía previamente.
- Existe la posibilidad de que un flujo de presión positiva (CPAP) en un sistema venoso debilitado por presentar una variz orbitaria pueda originar una fístula arteriovenosa aguda.