



IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA CLÍNICA EN EL DIAGNÓSTICO NEUROOFTALMOLÓGICO

M. Cecilia Gómez, Clara Berrozpe, Lorena Castillo
Institut Català de Retina

Pacientes con fístula carótido cavernosa pueden acudir inicialmente al oftalmólogo, por lo que debemos ser capaces de hacer un diagnóstico de presunción y solicitar las pruebas complementarias apropiadas. Varón 78 años, antecedente de adenocarcinoma de colon. Presenta diplopía binocular vertical con cefalea frontal opresiva de 7 días de evolución. La exploración inicial mostraba segmento anterior y fundoscopia sin alteraciones, evidenciándose paresia de IV nervio craneal izquierdo orientada inicialmente como probable microvascular, con RM craneal y análisis sanguíneo normal. Un mes más tarde refería dolor ocular izquierdo (OI) y cefalea hemicraneal por lo que neurología solicitó serologías, nueva RM y angioRM, AngioTC, TC torácico y punción lumbar sin alteraciones significativas. El paciente refería persistencia del dolor y empeoramiento de la diplopía evidenciándose PIO de 24 mmHg en OI, paresia de IV y VI nervios craneales izquierdos y asociándose de forma progresiva paresia de III nervio craneal izquierdo. Un nueva RM mostró engrosamiento de seno cavernoso izquierdo orientado por Radiología como proceso inflamatorio. La sospecha clínica oftalmológica era de fístula carótida cavernosa por lo que se insistió en la realización de arteriografía. Los síntomas empeoraban: resistencia a la retropulsión y congestión epiescleral confirmando la arteriografía nuestra sospecha. El "ojo clínico" es primordial para solicitar las pruebas diagnósticas adecuadas. La arteriografía cerebral es la prueba gold-standard para el diagnóstico de FCC por lo que, ante una sospecha alta teniendo otras pruebas de imagen resultado normal, debe solicitarse, no sólo por la capacidad diagnóstica sino porque permite la planificación y desarrollo del procedimiento terapéutico.

