



RETINA MÉDICA, ESTRABISMO, TRAUMATOLOGIA

14:30 | 16:30 - Sala Lince

Mesa: Ângela Carneiro, Margarida Queirós, Miguel Amaro

PO167- 16:10/16:15

DIPLOPIA E FÍSTULA ARTERIOVENOSA DURAL DO SEIO CAVERNOSO

Tânia Borges, Inês Casal, Sílvia Monteiro, Ana Figueiredo, Vasco Miranda, Ricardo Parreira, Maria Araújo, Pedro Menéres

(Centro Hospitalar do Porto)

Introdução:

As fístulas arteriovenosas do seio cavernoso, durais ou diretas, são raras e de difícil diagnóstico. As durais têm uma incidência de 0,29 por 100.000 pessoas/ano, são mais prevalentes no sexo feminino e na 5^a-6^a décadas de vida. Podem ser tratadas por embolização (transarterial ou transvenosa), cirurgicamente, ou pela combinação das duas técnicas. Os principais sinais e sintomas são: proptose, hiperemia conjuntival, quemose, parésia dos III, IV, V e VI pares cranianos, ptose, glaucoma, diminuição da acuidade visual e cefaleias.

Material e Métodos:

Doente do sexo feminino, 19 anos, sem antecedentes pessoais de relevo ou história de traumatismos, foi observada em consulta de oftalmologia por queixas de cefaleias e olho esquerdo (OE) vermelho com cerca de 1 mês de evolução. Ao exame oftalmológico do OE apresentava melhor acuidade visual corrigida (MAVC) de 9/10, hiperemia conjuntival sobretudo nasal, e pressão intraocular de 22 mmHg. Os movimentos oculares e reflexos pupilares eram normais. À fundoscopia apresentava um disco ótico com c/d 0,3. O exame do olho direito (OD) era normal, nomeadamente PIO de 16 mmHg e disco ótico com c/d 0,2. Um mês depois regressou à consulta com queixas de diplopia horizontal, que agravava no olhar para a esquerda, com 2 semanas de evolução. Apresentava limitação da abdução do OE, ligeira proptose, quemose, hiperemia conjuntival e PIO de 22 mmHg. Foi pedida Ressonância Magnética (RM) cerebral, que revelou uma fístula arteriovenosa dural do seio cavernoso esquerdo. Foi referenciada a Neurocirurgia.

Resultados:

Realizou angiografia cerebral, que confirmou fístula dural do seio cavernoso à esquerda com aferências das artérias carótidas interna e externa esquerdas. Foi feita tentativa de embolização endovascular da fístula, não se tendo conseguido progredir até ao seio cavernoso num primeiro tempo. Numa segunda intervenção foi possível cateterizar o seio cavernoso esquerdo, através do seio petroso inferior esquerdo, e foi excluída a fístula com colocação de *coils*. Um mês após o tratamento, apresentava MAVC 10/10, olho calmo, sem quemose ou proptose, PIO de 10 mmHg (sem medicação), mas mantinha paresia do VI par esquerdo. Dois meses depois, já não apresentava diplopia, nem restrição dos MO's.

Conclusões:

A história clínica e o exame clínico são fundamentais para a suspeita de uma fístula do seio cavernoso. A imagem da RM permitiu o diagnóstico e a angiografia foi fundamental para a confirmação, classificação e tratamento da fístula. Na segunda tentativa de embolização transvenosa atingiu-se o sucesso terapêutico, sem morbilidades associadas ao procedimento e eliminando todos os sintomas da doente.