



PO53 - DOUTORA, O MEU OLHO CONTINUA VERMELHO... A PROPÓSITO DE UMA FISTULA CARÓTIDO CAVERNOSA

Sónia Parreira, Nadine Marques, Sandra Barros, Ana Filipa Miranda, Joaquim Silva, Filipe Fraga, Nuno Campos
(Hospital Garcia de Orta)

Introdução: As fístulas carótido-cavernosas (FCC) são comunicações anormais entre o sistema arterial carotídeo e o seio cavernoso. Anatomicamente, são classificadas em dois tipos: diretas (alto débito), de etiologia traumática na maioria dos casos e indiretas (baixo débito), que geralmente ocorrem espontaneamente. O diagnóstico diferencial inclui lesões que afetam o seio cavernoso, conjuntivites e celulite orbitária. O diagnóstico é efetuado pela clínica e por exames de imagem, sendo o tratamento realizado de acordo com o tipo de fístula e a sintomatologia. O objectivo deste trabalho é apresentar um caso de fístula carótido-cavernosa e a sua orientação clínica.

Material e métodos: Doente de 46 anos, com antecedentes pessoais de doença hepática crónica com hipertensão portal, que recorreu ao serviço de urgência por queixas de diminuição da acuidade visual e hiperémia conjuntival do olho direito com agravamento progressivo desde há um mês, altura em que foi medicado com antibiótico colírio para uma conjuntivite. A observação apresentava AVOD de 8/10, PIO de 20mmHg, movimentos oculares preservados sem diplopia, edema palpebral depressível sem dor à palpação, proptose pulsátil e sopro audível na auscultação orbitária. Apresentava ainda, quemose e vasos episclerais em “saca-rolhas”. Na fundoscopia observava-se ligeira tortuosidade venosa. O olho esquerdo apresentava AV de 10/10, PIO de 10mmHg, sem alterações no segmento anterior e fundoscopia. Por diagnóstico presuntivo de FCC, o doente realizou Angio-RM e iniciou colírios anti-hipertensores no olho direito.

Resultados: O exame de imagem confirmou a presença de FCC indireta à direita, alimentada pela artéria meníngea acessória, com ponto fistuloso único na confluência da veia oftálmica superior e inferior com dilatação da primeira. O doente foi submetido a embolização endovascular transarterial pela Neurorradiologia de Intervenção, após a qual se verificou resolução clínica e imagiológica, apresentando 2 meses após o procedimento, AVOD de 10/10 e PIO de 8mmHg, sem sinais de congestão ocular.

Conclusão: As FCC são uma patologia pouco frequente e podem ser erradamente diagnosticadas quando são pouco sintomáticas. Com frequência os sintomas que levantam a sua suspeita são a exoftalmia pulsátil, o sopro e a dilatação venular com quemose (tríade de Dandy), sendo que estes sinais podem ser menos exuberantes nas indiretas. Apesar de a angiografia cerebral ser considerado o exame gold standart para o diagnóstico, tem caído em desuso devido à existência de novos exames de imagem menos invasivos. O tratamento desta patologia é nalguns casos conservador, uma vez que pode ocorrer oclusão espontânea. A embolização endovascular seja por via transarterial ou transvenosa está indicada nas situações de diminuição da acuidade visual, glaucoma, diplopia, proptose severa e cefaleias ou sopro intoleráveis.