

# Un glaucoma agudo muy particular

## Autores:

Dra. Agustina Regnasco, Dra. Fernanda González Ghione, Dr. Ezequiel Regnasco y Dr. Octavio Regnasco

Clínica de Ojos Escobar, Escobar, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Contacto: aregnasco@hotmail.com

Recibido: 3/4/2025

Aceptado: 6/6/2025

Disponible en [www.sao.org.ar](http://www.sao.org.ar)

Arch. Argent. Oftalmol. 2025; 29: 15-20



## Resumen

Se presenta el caso de un paciente masculino de 57 años de edad con antecedentes de hipertensión e hipercolesterolemia bajo tratamiento, que consulta a la guardia con diagnóstico previo de cierre angular primario agudo tratado con una iridotomía periférica y medicación tópica, sin mejoría de los síntomas. De acuerdo con sus manifestaciones clínicas de exoftalmos, diplopía, paresia del VI nervio derecho, quemosis, inyección de vasos conjuntivales y epiesclerales, y aumento de la presión intraocular se establece el diagnóstico presuntivo de una fístula carótido-cavernosa, la cual es posteriormente confirmada por RMN, angioRMN y angiografía cerebral, tratándose de una fístula indirecta. Se medica al paciente con anticoagulantes y se mantiene una conducta expectante, con resolución completa de la mayoría de los signos y síntomas, a excepción de la tortuosidad vascular de vasos conjuntivales, epiesclerales y retinales, la cual persiste, pero en menor medida.

Se recalca aquí la importancia de mantener una alta sospecha diagnóstica para reconocer estos

cuadros y poder tratarlos oportunamente dado que son poco frecuentes y sus manifestaciones clínicas muy variadas, y que pueden tener consecuencias severas y permanentes para el paciente.

## Palabras clave

Fístula carótido-cavernosa; proptosis; quemosis conjuntival; soplo audible; angiografía cerebral; tratamiento endovascular.

## Abstract

*We present the case of a 57 years old male patient with a history of hypertension and hypercholesterolemia under treatment, who visits the emergency department with a prior diagnosis of acute primary angle closure treated with a peripheral iridotomy and topical medication, without symptom improvement. Based on his clinical manifestations,*

*including exophthalmos, diplopia, right sixth nerve palsy, chemosis, conjunctival and episcleral vessel injection, and increased intraocular pressure, a presumptive diagnosis of a carotid-cavernous fistula was established. This diagnosis was later confirmed through MRI, MR angiography, and cerebral angiography, identifying it as an indirect fistula. The patient was treated with anticoagulants and managed with a watchful waiting approach, leading to the complete resolution of most signs and symptoms, except for persistent but reduced vascular tortuosity of the conjunctival, episcleral, and retinal vessels. This case highlights the importance of maintaining a high index of suspicion for timely recognition of these conditions, given their rarity, highly variable clinical presentation, and potential for severe and permanent consequences for the patient.*

### Key words

*Carotid-cavernous fistula; proptosis, conjunctival chemosis; audible bruit; cerebral angiography; endovascular treatment.*

### Introducción

El aumento de la presión intraocular (PIO) puede ser primario, es decir, sin una etiología sistémica u ocular conocida, o secundario, en el cual sí puede detectarse un agente causal patológico sistémico u ocular. Uno de los orígenes menos frecuentes de la elevación de la PIO son las fístulas carótido-cavernosas. Estas son comunicaciones anómalas entre la arteria carótida interna y/o externa, y el seno cavernoso, lo cual lleva a la desembocadura de sangre de un circuito arterial de alto flujo en un venoso de bajo flujo, con el consiguiente aumento de la presión en el seno cavernoso, y, de manera retrógrada, en la vena oftálmica superior, y subsiguiente congestión de los tejidos oculares y orbitarios. En consecuencia, pueden producirse una gran variedad de manifestaciones orbitarias, oculares y neuro-oftalmológicas, cuya presentación y forma de aparición dependerán de la velocidad del flujo sanguíneo y del drenaje venoso de la fístula.

Las fístulas carótido-cavernosas pueden clasificarse en directas, en general de alto flujo,

cuando existe una comunicación entre la arteria carótida interna y el seno cavernoso, e indirectas, habitualmente de bajo flujo, en las que la comunicación se establece entre ramas durales de la arteria carótida interna y/o externa y el seno cavernoso.

Se presenta aquí el caso de un paciente diagnosticado con esta patología que ilustra su forma de presentación, características clínicas, manejo terapéutico y evolución.

### Caso clínico

Paciente masculino de 57 años consulta a la guardia oftalmológica por ojo rojo del lado derecho de 19 días de evolución. Refiere haber concurrido previamente a 2 guardias, en la primera encontraron que tenía la PIO elevada y le recetaron gotas de pilocarpina, y en la segunda le realizaron una iridotomía periférica (IP) y le recetaron loteprednol en ungüento oftálmico, pero pese a estos tratamientos el ojo seguía rojo. Como antecedentes personales, el paciente padece hipertensión arterial medicada con perindopril y amlodipina, e hipercolesterolemia tratada con rosuvastatina. Además, consume habitualmente clonazepam, esomeprazol y pregabalina.

Al examen oftalmológico presenta una agudeza visual mejor corregida (AVMC) de 20/20 en ambos ojos (AO), una presión intraocular de 30 mmHg en ojo derecho (OD) y 16 mmHg en ojo izquierdo (OI), un exoftalmos del OD con una diferencia de 4,5 mm con el OI, medido con el exoftalmómetro de Hertel y diplopía horizontal en la dextroversión por limitación de la abducción del OD (Figura 1). A la biomicroscopía se observa en el OD quemosis, ingurgitación y tortuosidad de vasos conjuntivales y episclerales, la córnea clara, una cámara anterior intermedia sin tyndall ni flare, un IP permeable, la pupila isocórica y reactiva, ausencia de rubeosis, y un cristalino con opacidad leve. La biomicroscopía del OI no manifiesta ninguna particularidad. La gonioscopía denota un grado Shaffer II en todos los cuadrantes sin sinequias en AO, lo cual descarta que la elevación de la PIO sea atribuible a un cierre angular agudo, en cuyo caso el trabeculado no sería visible, y, debido al largo tiempo de evolución, podrían encontrarse sinequias anteriores periféricas. En el fondo de ojos se contempla una papila