

# Un ojo rojo “un poco raro”, cuando no todo es conjuntivitis

Jorge Sánchez-Monroy<sup>a,b</sup>, Victor Mallén García<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Oftalmología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

<sup>b</sup> Departamento de Cirugía, Universidad de Zaragoza, España.

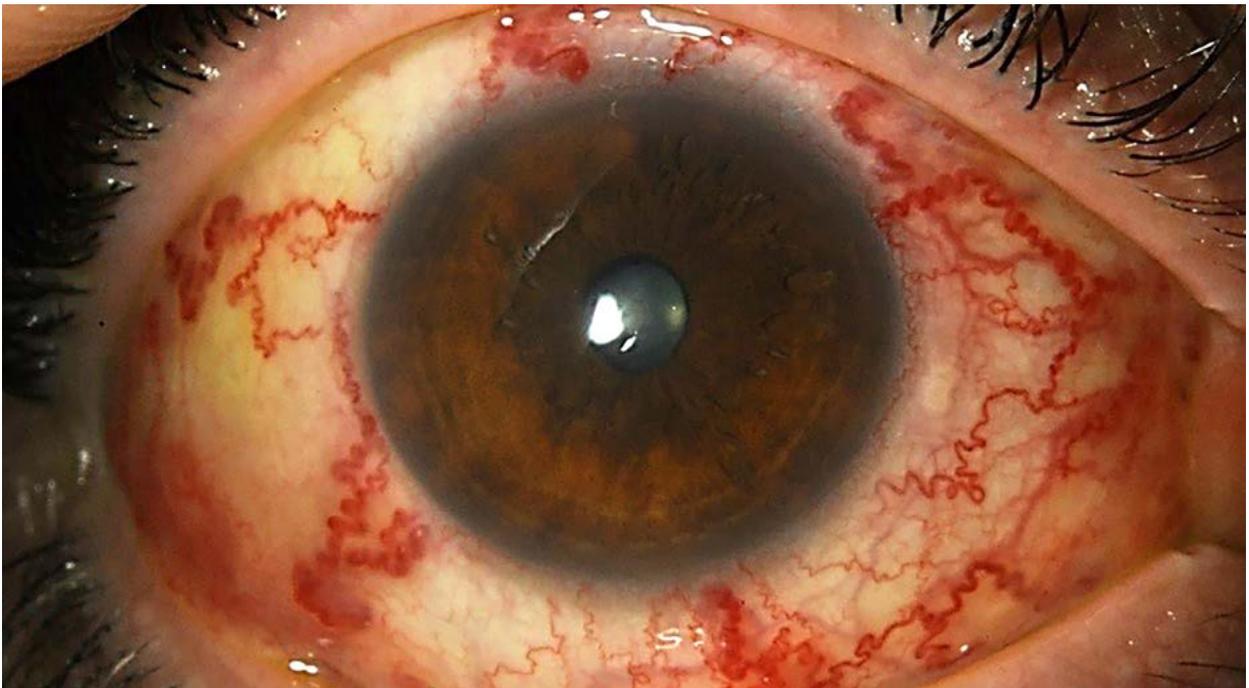
**Recibido:** 30 de agosto de 2021.

**Aprobado:** 3 de marzo de 2022.

**Oftalmol Clin Exp** (ISSNe 1851-2658)  
2022; 15(2): e248-e249.

**Autor correspondiente**

Dr. Jorge Sánchez-Monroy  
Avenida Ramon Sainz de Varanda 20, 10ºB  
CP 50009, Zaragoza, España.  
jrgsanchez.cr@gmail.com



**Figura 1.** Fístula carótido-cavernosa. Se observa la típica imagen de vasos en sacacorchos.



**Figura 2.** Ingurgitación venosa periorcular en fístula carótido-cavernosa.

Se trata de un varón de 40 años con una fístula carótido cavernosa de bajo grado que acudió en numerosas ocasiones al servicio de urgencias por ojo rojo y dolor que asociaba a los esfuerzos pero que cedía rápidamente. Cuatro meses después del inicio de la sintomatología comenzó con dolor sordo opresivo periocular, incremento del enrojecimiento presentando la típica imagen de vasos en “sacacorchos” (fig. 1), ingurgitación de venas perioculares con edema periocular (fig. 2), proptosis, oftalmoplejía dolorosa y disminución de la visión. Se realizó una TAC orbitaria donde se objetivó la proptosis, engrosamiento congestivo de la musculatura ocular extrínseca y la ingurgitación de la vena oftálmica ipsilateral. Se realizó una angiografía obteniéndose el diagnóstico definitivo. Dada la estabilidad clínica, se realizó tratamiento conservador con reposo y compresiones periódicas carotídeas resolviendo el cuadro.

Las fístulas carótido cavernosas constituyen un cuadro clínico poco frecuente y necesitan un alto grado de sospecha clínica para su diagnóstico<sup>1-3</sup>. Las manifestaciones oculares son múltiples y no son patognomónicas; incluyen: proptosis, quemosis, congestión episcleral con vasos en sacacorchos, pulsación del globo, frémito orbitario, disminución de la visión y aumento de la presión intraocular<sup>1-2</sup>. Se producen debido a la presión

venosa elevada transmitida desde el seno cavernoso hacia la órbita a través de la vena orbitaria superior y sus tributarias. Para su diagnóstico las pruebas de imagen (TAC, RM) son fundamentales, siendo el *gold standard* la angiografía.

Conocer esta entidad tan poco frecuente y sospecharla desde urgencias es crucial ya que supone una verdadera urgencia neurooftalmológica con graves consecuencias para los pacientes.

## Referencias

1. Raimundo C, Pacheco P, Villarroel F, Urbina F. Fístula carótido-cavernosa: importancia de su diagnóstico y tratamiento oportunos para prevenir la ceguera. *Rev Med Chile* 2004; 132: 1221-1226.
2. Riaño Argüelles A, Bada García MA, Sebastián López C, Garatea Crelgo J. Fístula carótido-cavernosa. *Rev Esp Cirug Oral Maxilofac* 2005; 27: 113-117.
3. Rodríguez Gil R, Hernández Marrero D, Afonso Rodríguez A *et al.* Manifestaciones oftalmológicas de la fístula carótido-cavernosa: a propósito de 3 casos. *Arch Soc Canar Oftalmol* 2014; 25: 104-109.

# ¿Queratitis amebiana o herpética?

Florencia Valvecchia, Lourdes Greco y Yanina Terrazas

*Centro de Ojos Quilmes, Quilmes, Buenos Aires, Argentina.*

**Recibido:** 20 de marzo de 2022.

**Aprobado:** 30 de abril de 2022.

**Oftalmol Clin Exp** (ISSNe 1851-2658)  
2022; 15(2): e250-e251.

**Autor correspondal**

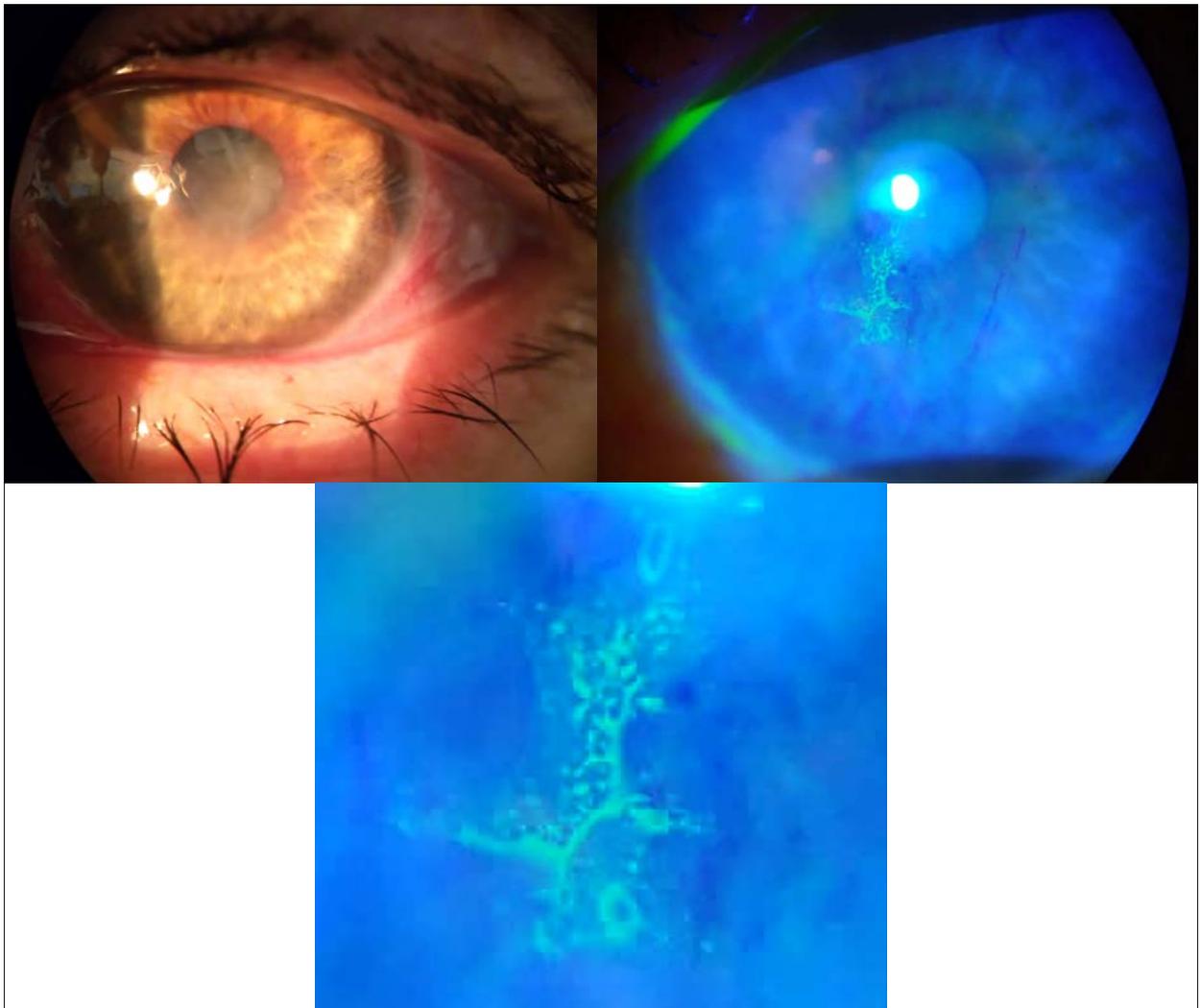
Dra. Florencia Valvecchia

Humberto Primo 298

(1878) Quilmes, prov. de Buenos Aires, Argentina

+54 (11) 2206-2650

florencia\_valvecchia@hotmail.com



La queratitis herpética epitelial se presenta como una lesión ramificada característica que al ser teñida con fluoresceína revela una ulceración ramificada, delgada y lineal, con bulbos terminales en forma de “palillo de tambor” en los extremos (dendrita)<sup>1</sup>.

La queratitis por *Acanthamoeba* se puede presentar como una pseudodendrita, en forma de anillo que simula una queratitis herpética (como se observa en las imágenes del presente artículo), lo que puede retardar el diagnóstico y la instauración de un tratamiento adecuado<sup>2</sup>.

Aunque su aspecto en la lámpara de hendidura puede ser muy similar en estadios iniciales, no son iguales y se debe sospechar la presencia de *Acanthamoeba* en pacientes con queratitis y alguno de los siguientes factores de riesgo: trau-

matismos, práctica de deportes acuáticos y náuticos, uso de lentes de contacto con higiene inadecuada, empleo de soluciones salinas hogareñas y agua de red para el lavado de lentes de contacto<sup>3</sup>.

## Referencias

1. Holland EJ, Schwartz GS. Classification of herpes simplex virus keratitis. *Cornea* 1999; 18: 144-154.
2. Jiang C, Sun X, Wang Z, Zhang Y. Acanthamoeba keratitis: clinical characteristics and management. *Ocul Surf* 2015; 13: 164-168.
3. Panjwani N. Pathogenesis of acanthamoeba keratitis. *Ocul Surf* 2010; 8: 70-79.