

A OFTALMOLOGIA NAS FÍSTULAS CARÓTIDO-CAVERNOSAS (*)

NASSIM CALIXTO (**)

FERNANDO ORÉFICE (**)

GILBERTO B. CAMPOS (***)

Os autores apresentam 5 casos de F.C.C. que ocorreram todos êles em mulheres: em 3 pacientes as F.C.C. se instalaram durante o trabalho de parto e apenas uma paciente apresentou história de traumatismo cefálico.

Com relação à patogenia das F.C.C. relembram e encarecem o aspecto singular (talvez único no homem) de um seio venoso ser atravessado por uma artéria: a singularidade anatômica justificará a singularidade patológica da comunicação vascular por ruptura da artéria com integridade da veia; por outro lado a natureza instalando o seio cavernoso dentro da caixa craniana protegeu o indivíduo portador da fistula do êxito letal que indubitavelmente ocorreria se não houvesse a caixa óssea protetora.

Focalizam patogênicamente os sinais oculares das F.C.C. como sejam:

1. Exoftalmo: presente nos 5 casos.
2. Paralisias e paresias oculares (em todos os casos o VI.^o nervo foi comprometido: razões anatômicas facilmente explicam este comprometimento bem como o III.^o e IV.^o nervos).
3. A sensibilidade da córnea eventualmente presente, explicável ainda por razões anatômicas (trânsito do 1.^o e 2.^o ramos do V.^o nervo pelo seio cavernoso) não foi medida (pela cerato-estesiometria) em nenhum dos casos estudados: sem dúvida foi um lapso de propedêutica.
4. Hiperemia, turgescência venosa e quemose conjuntivas estiveram presentes em todos os casos.
5. Estase venosa e papilar, edema, hemorragias e manchas brancas na retina constituiram as alterações oftalmoscópicas encontradas nos 5 casos.

(*) Trabalho da Clínica Oftalmológica (Serviço do Prof. Hilton Rocha) e da Clínica Neurológica (Serviço do Prof. José Geraldo Albernaz) da Faculdade de Medicina da U.F.M.G. Tema Livre apresentado no XIV Congresso Brasileiro de Oftalmologia.

(**) Assistentes da Clínica Oftalmológica.

(***) Assistente da Clínica Neurológica.

6. Glaucoma secundário, exógeno, unilateral e reversível (por aumento da pressão venosa episcleral), se fôz presente em todos os casos.
7. Sôpro intenso audível nas regiões supra-orbitária, cervical superior e no ângulo da mandíbula, homolaterais com a fistula; presente em todos os casos.
8. O sôpro, o frêmito e o zumbido auditivo (quando presente) desaparecem com a compressão carotidiana ipsilateral.

A êstes achados, constituintes do cortêjo sintomatológico das F.C.C., os autores acrescentam novo elemento semiológico no estudo da F.C.C. representado pela hipotensão da artéria oftálmica medida pelo oftalmodinamômetro: em quatro dos 5 casos houve uma hipotensão arterial oftálmica homolateral altamente significativa em relação ao lado não afetado; o quinto caso de F.C.C. com sintomatologia bilateral os valores oftalmodinamométricos foram idênticos nos 2 olhos: esta igualdade reforçou a hipótese levantada da permeabilidade de comunicações entre os dois seios cavernosos.

Seus casos são documentados com fotografias do segmento anterior, do exoftalmo, das arteriografias, das paralisias oculares e das alterações oftalmoscópicas.