

### Trombosis de los senos venosos cerebrales: una emergencia neurológica poco frecuente

*Sr. Director:*

Presentamos el caso de una mujer de 49 años, sin más antecedentes de interés que el de estar bajo terapia hormonal sustitutiva (estrógenos asociados a progesterona), y que ingresó en Urgencias por convulsiones tónico-clónicas generalizadas y pérdida de conciencia. La tensión arterial era de 130/70 mmHg, la frecuencia cardiaca de 110 lpm y la temperatura de 36,9° C. Se encontraba estuporosa, con gran agitación psicomotriz y una puntuación de *Glasgow Coma Score* de 12 puntos. No existía focalidad neurológica ni signos meníngeos. La bioquímica hemática era normal. No se detectaron tóxicos en orina. Se realizó una punción lumbar con salida de líquido claro, normotenso, acelular y con valores de glucosa y proteínas normales. El electroencefalograma y la tomografía axial computarizada (TAC) craneal inicial sin contraste no mostraron alteraciones.

A las pocas horas de su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos, y habiendo mejorado el nivel de conciencia, la paciente refirió cefalea y diplopía. Una nueva TAC craneal con contraste y una resonancia magnética en T1 mostraron defecto de repleción y una señal hiperintensa en el seno sigmoide izquierdo. La angio-resonancia magnética (angio-RM) confirmó la ausencia de material de contraste en los senos transversos y sigmoide izquierdos, hallazgos compatibles con el diagnóstico de trombosis aguda.

Se inició anticoagulación con heparina sódica y se continuó con la terapia anticongulante iniciada a su admisión. Tres días más tarde fue dada de alta a planta asintomática.

La trombosis de los senos venosos cerebrales (TSVC) es una entidad poco frecuente (3-4 casos por millón de habitantes). El 75% son mujeres especialmente en el periodo puerperal. Se ha descrito asociada a factores locales (meningitis, sinusitis, mastoiditis, celulitis y tumores), sistémicos (enfermedades inflamatorias del tejido conectivo y autoinmunes, vasculitis, septicemia y síndrome de *shock* tóxico estreptocócico), estados de hipercoagulabilidad (síndrome antifosfolípido, déficit de antitrombina III) y a otros trastornos hematológicos (hemoglobinuria paroxística nocturna y púrpura trombótica trombocitopénica). Los anticonceptivos orales y la terapia hormonal sustitutiva aumentan el riesgo. Un 20% de los casos son catalogados como idiopáticos<sup>1</sup>.

La localización más común es el seno sagital superior (72%), seguido del lateral. En el 30-40% de los casos afecta a más de un seno<sup>2</sup>. La manifestación clínica más frecuente es la cefalea (75-90%)<sup>3</sup>. Otros sig-

nos incluyen trastornos focales como afasia y hemiparesia (75%). Las convulsiones aparecen en el 40% de los casos y habitualmente son localizadas. En ocasiones, como en nuestra paciente, pueden generalizarse y terminar en estatus epiléptico y coma secundario.

Las técnicas de elección para el diagnóstico de la TSVC son la TAC con contraste intravenoso y la angio-RM. La TAC puede ser normal en el 15-30% de los casos, pero la angio-RM es concluyente casi en el 100%<sup>4</sup>. Las imágenes que sugieren una TSVC son el signo delta vacío con ausencia de realce dentro del seno longitudinal superior, los infartos isquémicos y hemorrágicos y la presencia de flujo colateral.

La heparinización intravenosa es el pilar del tratamiento. Está contraindicada en pacientes con tromboflebitis séptica o con infarto hemorrágico extenso y efecto masa. La trombólisis también se ha mostrado efectiva, aunque no existe suficiente evidencia de que los resultados con esta práctica sean superiores a los obtenidos con la heparina<sup>5</sup>.

La TSVC es una entidad de diagnóstico difícil por sus múltiples formas de presentación. Es imprescindible un alto índice de sospecha que permita iniciar precozmente el tratamiento.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Stam J. Thrombosis of the cerebral veins and sinuses. *N Engl J Med.* 2005;352:1791-8.
2. Villringer A, Einhaupl KM. Dural sinus and cerebral venous thrombosis. *New Horiz.* 1997;5:332-1.
3. De Bruijn SF, Stam J, Kapelle LJ. Thunderclap headache as the first symptom in cerebral venous sinus thrombosis. *CVST study group. Lancet.* 1996;348:1623-5.
4. Thron A, Wessel K, Linden D, Schroth G, Dichgans J. Superior sagittal sinus thrombosis: neuroradiological evaluation and clinical findings. *J Neurol.* 1986;233:283-8.
5. Sánchez-Juan P, Espina Riera B, Valle San Román N, Gutiérrez A. Revisión y actualizaciones: enfermedades del sistema nervioso. Trombosis de los senos venosos cerebrales. *Medicine.* 2003;8:4987-94.

C. DÓLERA<sup>a</sup>, L.Z. PEIRÓ<sup>a</sup>, J.L. ANTÓN<sup>a</sup> Y M. NAVARRO<sup>b</sup>  
<sup>a</sup>Servicio de Medicina Intensiva. <sup>b</sup>Servicio de Radiología.  
Hospital Universitario de San Juan. Alicante. España.

### Recomendaciones en la sedo-analgésia del paciente crítico

*Sr. Director:*

Medicina Intensiva ha publicado el artículo titulado «Documento de Consenso. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo»<sup>1</sup>. Desde el Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación