

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 idiopáticos¹.

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 seno². La manifestación clínica más frecuente es la cefalea (75-90%)³. 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%⁴. 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 heparina⁵.

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^a, L.Z. PEIRÓ^a, J.L. ANTÓN^a Y M. NAVARRO^b
^aServicio de Medicina Intensiva. ^bServicio 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»¹. Desde el Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación