



PRESENTACIÓN DE CASO

Trombosis de senos venosos cerebral en gestante de 10 semanas

Cerebral venous sinus thrombosis in a 10-week pregnant woman

Emilio Álvarez Dubé¹, Alexanders García Balmaseda², Yamilka Miranda Pérez³, Analiz de Paula Paredes⁴, Ediel Ramos Rodríguez⁵

¹ Especialista de primer grado en Medicina General Integral y en Medicina Intensiva y Emergencias. Máster en Urgencias Médicas. Instructor. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. alvarez.dube@princesa.pri.sld.cu

² Especialista de primer grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Instructor. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. gbalmaceda@princesa.pri.sld.cu

³ Especialista de primer grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Instructor. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. yamilka83@princesa.pri.sld.cu

⁴ Especialista de segundo grado en Imagenología. Máster en Atención Integral a la Mujer y en Procederes Diagnósticos. Profesor Auxiliar. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. analiz@princesa.pri.sld.cu

⁵ Especialista de primer grado en Medicina General Integral y en Medicina Intensiva y Emergencias. Máster en Urgencias Médicas. Instructor. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. edielramos@infomed.sld.cu

Recibido: 20 de agosto de 2016
Aprobado: 1 de septiembre de 2016

RESUMEN

Introducción: la trombosis venosa cerebral, es una enfermedad cerebro vascular muy poco frecuente, caracterizada por la trombosis de las venas cerebrales y los senos mayores, que ocasionan edema cerebral, infarto venoso e hipertensión endocraneana.

Historia del caso: paciente de 21 años de edad, femenino, raza negra, con antecedentes de salud y obstétricos de 10 semanas de gestación, partos 0 y abortos 0. Acude al cuerpo de guardia del Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado, por presentar náuseas, vómitos, cefalea en región fronto-occipital de moderada intensidad, visión borrosa y dolores retroculares, al examen físico con oftalmoplegía bilateral del musculo recto externo, parálisis facial y asimetría facial y como dato de interés al interrogatorio que tomaba antes de salir embarazada tabletas anticonceptivas.

Conclusiones: las trombosis de los senos y venas cerebrales si bien son infrecuentes cobran importancia clínica por las complicaciones a las que están expuestas. El

diagnóstico en los últimos años ha progresado gracias a las nuevas técnicas de neuroimagen y a la alta sospecha clínica. El diagnóstico precoz y la rápida instauración del tratamiento anticoagulante en este tipo de trombosis es muy importante para disminuir la morbimortalidad.

DeCs: Embarazo, trombosis de senos venosos

ABSTRACT

Introduction: cerebral venous sinus thrombosis is a rare vascular brain disease, characterized by thrombosis of the cerebral veins and larger branches, causing cerebral edema, venous infarction and intracranial hypertension.

Case history: a 21-year old, female, black, patient with a history of health and having 10 weeks of gestation, with 0 births and abortions attended to the Emergency Room of Abel Santamaria Cuadrado General Teaching Hospital, presenting nausea, vomiting, headache on the fronto-occipital region of moderate intensity, blurred vision and retro-ocular pain. The physical examination showed a bilateral ophthalmoplegia and in the lateral abducens muscle, facial paralysis and facial asymmetry; during the anamnesis it was known the birth control pills the patient was taking before pregnancy.

Conclusions: cerebral venous sinus thrombosis is rare but clinically important, mainly for complications. The diagnosis in recent years has progressed thanks to new neuro-imaging techniques and the high clinical suspicion. Early diagnosis and punctual use of anticoagulant therapy in this type of thrombosis is very essential to reduce morbidity and mortality rates.

DeCs: Pregnancy; venous sinus thrombosis; management of cerebral venous thrombosis

INTRODUCCIÓN

Los primeros casos de trombosis venosa cerebral (TVC) fueron reportados por Ribes y Abercrombie a principios del siglo XIX, incluido el primer caso asociado con el puerperio. Constituye el 0,5% de todos los eventos vasculares cerebrales a nivel mundial. En series de autopsia se calcula que la incidencia de TVC va de 3 a 4 casos por millón de habitantes adultos y de 7 casos por millón en niños y neonatos, mientras que en series clínicas su incidencia es 10 veces mayor.¹

Esta condición tiene características epidemiológicas y factores de riesgo diferentes a las del resto de las enfermedades cerebrovasculares. Aunque puede ocurrir a cualquier edad, se presenta con mayor frecuencia entre los 20 y los 40 años, y tiene una mayor prevalencia en el sexo femenino², con una relación de 3:1; esto se explica por la mayor frecuencia de factores de riesgo propios de las mujeres, como el uso de anticonceptivos hormonales, el embarazo, el puerperio y la terapia de reemplazo hormonal.

En la literatura científica también se han descrito otros factores de riesgo, como infecciones locales (sinusitis, otitis, meningitis) o sistémicas, trombofilias adquiridas o heredadas, deshidratación, antecedentes de trombosis o enfermedades autoinmunitarias. Se trata de una enfermedad de difícil diagnóstico, debido a la gran variabilidad en su presentación clínica, lo que exige un alto grado de sospecha y descartar oportunamente otros diagnósticos diferenciales.³

Hasta el 25% de los pacientes con TVC puede presentarse como cefalea aislada y otro 25% como cefalea y papiledema o parálisis del VI par sugestiva de hipertensión intracraneal⁴. El diagnóstico mediante pruebas de neuroimagen y el tratamiento precoz con anticoagulación, son vitales para mejorar el pronóstico.⁵ El objetivo de esta comunicación es presentar un caso de TVC en paciente con 10 semanas de embarazo que necesitó ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

HISTORIA DEL CASO

Motivo de consulta: dolor de cabeza y vómitos.

Historia de la enfermedad actual: Paciente de 21 años de edad, sexo femenino, raza negra, obrera, con antecedentes patológicos personales de salud y obstétricos de G1, P0, A0 (gesta 1, para 0 y abortos 0), no refiere hábitos tóxicos, solo que tomaba antes de salir embarazada tabletas anticonceptivas. Ahora con un embarazo de 10 semanas que acude al cuerpo de guardia del Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado de Pinar del Río, sección de Ginecobstetricia el día 11 de febrero de 2016 por presentar hace cuatro días náuseas, vómitos, cefalea en región fronto-occipital de moderada intensidad, visión borrosa y dolores retroculares.

Examen físico

Mucosas: normocoloreadas y húmedas. No íctero.

Sistema respiratorio: murmullo vesicular normal, no estertores. Expansibilidad torácica normal. FR: 15/mtos. SpO₂: 100%.

Sistema cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, de buen tono e intensidad, no presenta soplo, no trhill, no roce pericárdico. TA: 110 / 70 mmHg FC: 87/mtos

Llene capilar normal, no cianosis, no gradiente térmico.

Sistema digestivo: abdomen suave, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda, no visceromegalia, no tumor. RHA: normales

Tejido celular subcutáneo: no edemas.

Sistema nervioso central: consciente, orientada, cooperativa, obedece ordenes sin dificultad, glasgow de 15 puntos, oftalmoplegía bilateral del musculo recto externo, parálisis facial y asimetría facial, no signos meníngeos, reflectividad normal.

Fondo de ojo. Ojo derecho: papilas hiperémicas, bordes papilares, vasos muy tortuosos, no se precisa hemorragias, buen brillo. Ojo izquierdo: papilas hiperémicas, no se puede definir los bordes, con vasos muy tortuosos, no hemorragia.

Exámenes complementarios realizados

Hemograma con diferencial.	Hemoquímica.	Orina.
Hb: 120 g/l.	Glicemia: 5,1 mmol/L	Proteinuria: 10-12 X ml.
Hto: 0,35 l/l.	ALAT: 35,4 U/L	Hematuria: 0 x ml.
Leucocitos: 7,0 x 10 ⁹ /L	ASAT: 30,6 U/L	Cilindruria: 0 x ml.
Polimorfonucleares: 0,65 L/L	FA: 239 U/L	Albumina: no contiene
Linfocitos: 0,31 L/L	Proteínas totales: 63,8 g/L	
Eosinófilos: 0,02 L/L	Albúmina: 40,2 g/L	
Monocitos: 0,02 L/L	Creatinina: 57,4 umol/L	Heces fecales.
Eritrosedimentación: 20	Ac úrico: 57 umol/L	Negativo.
	Urea: 4	
Antígeno de superficie: B. Negativo	VLDL: 0,30	
Anticuerpo: C. Negativo	Colesterol: 3,55 mmo/L	
Serología: no reactiva.	Triglicéridos: 0,67 mmol/L	
HIV: Negativo	Amilasa sérica: 76	
Coagulograma completo.	Gasometría.	Ionograma.
Conteo global de plaquetas: 310 x 10 ⁹ /L	pH: 7,46	HCO ₃ : 23,8 mmol/L
Tiempo de protombina:	PCO ₂ : 33,5 mmHg	Na: 136 mmol/L
Control: 14 s.	PO ₂ : 97 mmHg	K: 2,6 mmol/L
Paciente: 15 s	SO ₂ : 99 %	Ca: 0,67 mmol/L
INR: 1.1		Cl: 110 mmol/L
Tiempo parcial de tromboplastina activada:	Gap: 4,7	
Control: 30 s.	Lact: 1,1	
Paciente: 32 s.	SBE: 0,9	
Electrocardiograma: ritmo sinusal		
Radiografía de tórax vista AP: no lesiones agudas pleuropulmonares		

Resonancia magnética:(15/2/16): secuencias T1 sagital y axial, T2 y Flair axial. Cuerno temporal derecho que mide 4,9 mm. IV ventrículo en línea media. No se definen lesiones en sustancia blanca ni gris intracraneal. Región sellar sin alteraciones. Unión craneoespinal normal. Tiene engrosamiento mucoso de las celdas etmoidales y una imagen isoipointensa en T1, hiperintensa en T2 de 25 x 18 mm, isoipointensa en Flair en seno maxilar izquierdo que corresponde con un quiste de retención.

En relación con los senos venosos obtenidos, se visualiza en secuencia (T1 sagital) ocupación heterogénea de todos los senos venosos, los cuales están turgentes, visibles en secuencias donde debieran observarse con ausencia de señal, predominando el seno sagital superior, seno transversal, seno recto y vena de galeno. Nervios ópticos, en corte axial y coronal normal y en corte coronalengrosamiento en músculo recto externo derecho.

Fig1. Secuencia de T1 sagital



St: 5, Et: 8.45, Rt: 21, Fa: 30

Fig2. Secuencia Axial Flair.



St: 5, Et: 79, Rt: 6750, Fa: 180

DISCUSIÓN

La trombosis venosa cerebral constituye una enfermedad poco común que se enmarca dentro del grupo de trombosis en sitios infrecuente, representa solo el 0,5% de todos los eventos vasculares cerebrales a nivel mundial ¹, en Cuba la incidencia de la misma es muy baja y hasta este año en Pinar del Río no hay casos reportados en embarazada.

Es una enfermedad con alta morbimortalidad, se estima una tasa de mortalidad de 5,6% aproximadamente en fase aguda al 8.3%; y el 12% presentan secuelas neurológicas moderadas a severas. La mayoría de pacientes con trombosis venosa cerebral, la presentan dentro del periodo perinatal, la paciente que presentamos no se encuentra en éste grupo y aunque se realizó una investigación exhaustiva, no pudo determinarse con exactitud la causa de la trombosis cerebral, algo que ocurre en 23% de las series reportadas ⁶.

En este caso se presentó en una paciente con factores de riesgos para la misma, con clínica compatible de trombosis de senos venosos y estudios de neuroimagen (Resonancia magnética nuclear), la cual mostraba la trombosis de senos venosos en seno sagital superior, seno transversal, seno recto y vena de galeno, siendo esta la localización más frecuente encontrada en la literatura ⁷.

Una vez diagnosticada la trombosis de senos venosos, se decidió en discusión colectiva interrumpir el embarazo e ingresar la paciente en UCI, donde se le puso tratamiento para la hipertensión endocraneana con solución salina hipertónica al 3%, con anticoagulantes por vía parenteral

(Heparina sódica) ajustándolo para obtener dos veces el control ⁸ y después se continuó por vía enteral con dicumarínico (Warfarina) para lograr un INR con el rango de 2-3 por un periodo de 3 a 6 meses. ^{9,10}

Después de una estadía de 10 días en UCI, se egresa en estado vivo para la sala de cuidados perinatales, donde se traslada para su casa con buen estado general y con recuperación de los síntomas iniciales.

CONCLUSIONES

Las trombosis de los senos y venas cerebrales si bien son infrecuentes cobran importancia clínica por las complicaciones a las que están expuestas. El diagnóstico en los últimos años ha progresado gracias a las nuevas técnicas de imagen y a la alta sospecha clínica. El diagnóstico precoz y la rápida instauración del tratamiento anticoagulante en este tipo de trombosis es muy importante para disminuir la morbimortalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guenther G, Arauz A. Trombosis venosa cerebral: aspectos actuales del diagnóstico y tratamiento. Neurología [Internet]. 2011 [citado 19 Ene 2016]; 26(8): 488–98. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-trombosis-venosa-cerebral-aspectos-actuales-90027258>
2. Star M, Flaster M. Advances and controversies in the management of cerebral venous thrombosis. NeurolClin [Internet]. 2013 [citado 19 Ene 2016]; 31:765-83. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S073386191300039X?via=sd>
3. Isabel Zuluaga M, Massaro M, Augusto Franco C. Trombosis de senos venosos cerebrales: epidemiología, características clínicas, imaginología y pronóstico. Biomédica [Internet]. 2015 [citado 19 Ene 2016]; 35:196-203. Disponible en: <http://scholar.google.com/cu/scholar?q=.+Tr>

[ombosis+de+senos+venosos+cerebrales%3A+epidemiolog%C3%ADa%2C+caracter%C3%ADsticas+cl%C3%ADnicas%2C+imaginolog%C3%ADa+y+pron%C3%B3stico&btnG=&hl=e&as_sdt=0%2C5](http://scholar.google.com/cu/scholar?q=Trombosis+de+senos+venosos+cerebrales+en+el+diagn%C3%B3stico+diferencial+de+la+hipertensi%C3%B3n+intracraneal+idiop%C3%A1tica+en+mujeres+j%C3%B3venes+obesas%3A&btnG=&hl=e&as_sdt=0%2C5)

4. Cabrera Naranjo F, González Hernández A, Lagoa Labrador I, Fabre Pi O. Trombosis de senos venosos cerebrales en el diagnóstico diferencial de la hipertensión intracraneal idiopática en mujeres jóvenes obesas: ¿un problema real?. *RevNeurol* [Internet]. 2013 [citado 19 Ene 2016]; 56(8): 420-4. Disponible en: http://scholar.google.com/cu/scholar?q=Trombosis+de+senos+venosos+cerebrales+en+el+diagn%C3%B3stico+diferencial+de+la+hipertensi%C3%B3n+intracraneal+idiop%C3%A1tica+en+mujeres+j%C3%B3venes+obesas%3A&btnG=&hl=e&as_sdt=0%2C5

5. Gajino C, Lamelas M, Cordeiro G, Couceiro E, López y Cajal CN. Trombosis venosa cerebral recurrente en el embarazo. *RevChilObstetGinecol* [Internet]. 2014 [citado 19 Ene 2016]; 79(5): 429_34. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262014000500011&script=sci_arttext&lng=e

6. Lira D, Custodio N, Herrera Pérez E, Núñez del Prado L, Guevara Silva E, Castro Suárez S, et al. Trombosis venosa cerebral de difícil diagnóstico. *RevNeuropsiquiatr* [Internet]. 2014 [citado 19 Ene 2016]; 77(2):. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972014000200011&script=sci_arttext

7. Saposnik G, Barinagarrementeria F, Brown R, Bushnell C, Cucchiara B, Cushman M, et al. Diagnosis and management of cerebral venous thrombosis a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* [Internet]. 2011 [citado 19 Ene 2016];

42:1158-92. Disponible en: <http://stroke.ahajournals.org/content/42/4/1158.short>

8. Alonso de LeciñanaM, Egido JA, Casado I, Ribó M, Dávalos A, Masjuan J, et al. Guidelines for the treatment of acute ischaemic stroke. *Neurología* [Internet]. 2014 [citado 19 Ene 2016]; 29(2): 102–22. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S217358081400008X?via=sd>

9. Gulati D, Strbian D, Sundararajan S. Cerebral Venous Thrombosis Diagnosis and Management. *Stroke* [Internet]. 2014 [citado 19 Ene 2016]; 45:e16-e18. Disponible en: <http://stroke.ahajournals.org/content/45/2/e16.short>

10. Coutinho JM, Ferro JM, Zuurbier SM, Mink MS, Canhão P, Crassard I, et al. Thrombolysis or anticoagulation for cerebral venous thrombosis: rationale and design of the TO-ACT trial. *International Journal of Stroke* [Internet]. 2013 Feb [citado 19 Ene2016]; 8:135_40. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1747-4949.2011.00753.x/full>



Emilio Álvarez Dubé: Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Medicina Intensiva y Emergencias. Máster en Urgencias Médicas. Instructor. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. ***Si usted desea contactar con el autor de la investigación hágalo [aquí](#)***