

## CASOS CLÍNICOS

# Trombosis de senos venosos en el tercer trimestre de gestación

Y. Schamman<sup>a</sup>, R. García Rodríguez<sup>a</sup>, M.A. Nieto<sup>a</sup>, B. Vega<sup>a</sup>, N. Medina<sup>a</sup>  
y G. Hernández-Vicente<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. España.

<sup>b</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.

## ABSTRACT

Cerebral venous thrombosis is an uncommon disease during pregnancy. The etiology is unknown in 25-40% of cases. Risk factors are infectious diseases, pregnancy, puerperium, dehydration, oral contraception use, hypercoagulable states, tumors, and traumas. We present a case of cerebral venous thrombosis and discuss the importance of performing a complete neurological examination in pregnant women presenting with abnormal neurological symptoms. With correct diagnosis and early treatment, outcome is usually favorable.

## INTRODUCCIÓN

La trombosis de senos venosos cerebrales (TSVC) es la consecuencia de la oclusión del seno venoso y/o vena cortical, por una compresión extrínseca o un trombo parcial que acaba extendiéndose y produciendo finalmente un infarto venoso cortical con petequias o más frecuentemente un infarto hemorrágico perivascular.

La TSVC es una entidad poco frecuente. Es un proceso de difícil valoración clínica, debido a que puede cursar con manifestaciones múltiples, por ello su diagnóstico requiere una alta sospecha, y el método de elección es la resonancia magnética (RM).

La incidencia es desconocida durante el embarazo. En la población general es del 1-9%. Presenta una morbilidad del 6-20% y una mortalidad del 10-30%.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 33 años, quintigesta con 3 partos eutócicos previos y una cesárea. Como antecedentes per-

sonales destacaba ser una fumadora importante y enfermedad hepática en estudio.

La gestación actual cursa con una diabetes gestacional A1 bien controlada.

En la semana 31 de gestación la paciente acude al servicio de urgencias hospitalario por un cuadro súbito de cefalea hemisférica derecha, pérdida de visión binocular, disminución del nivel de conciencia con amnesia, desviación de la comisura labial, disartria, posición del miembro superior derecho en rotación interna, con déficit motor. En el servicio de neurología se valora a la paciente, que presentaba constantes vitales normales, una exploración neurológica normal, sin foco neurológico que justificara los síntomas. Se realiza una tomografía computarizada (TC) de cráneo con resultado normal y se establece el diagnóstico de cefalea acompañada; se procede al alta de la paciente y se la deriva al neurólogo y tocólogo para ser controlada ambulatoriamente.

La paciente es valorada por el neurólogo en la semana 33 de gestación, destacan como síntomas leve cefalea e hipoestesia en miembro superior derecho. Al realizar la exploración neurológica, se observa una hipoestesia de la hemicara derecha y del miembro superior derecho. En ese momento se plantea como causa una posible crisis comicial y se solicita una RM, en la que no se observan hallazgos patológicos. En la semana 34 se reevalúa el caso, y se plantea la sospecha diagnóstica de una trombosis de senos venosos; se solicita una angio-RM, que informa de ausencia de flujo en la porción anterior del seno longitudinal superior en relación con trombosis en esa zona (figs. 1 y 2). Se establece tratamiento con fraxiheparina en dosis terapéuticas (0,7 ml/12 h).

En ese momento la paciente comenzó con dinámica regular, presentaba condiciones cervicales favorables, y se indujo el parto, mediante un parto eutócico, se obtuvo un recién nacido de 2.630 g, con test de Apgar de 9/10, y pH, 7,24.

Aceptado para su publicación el 19 de julio de 2005.

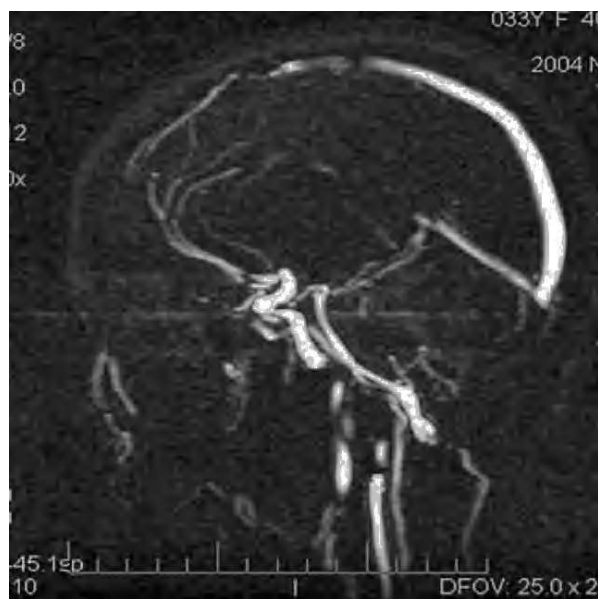


Fig. 1. Angiorresonancia magnética.



Fig. 2. Angiorresonancia magnética.

El puerperio de la paciente cursa dentro de la normalidad, y permanece asintomática neurológicamente. Se completa el estudio con: hemograma, coagulación, bioquímica, ionograma, pruebas de fun-

ción renal, pruebas de función hepática, proteino-grama, con valores dentro de la normalidad. Los anticuerpos antinucleares, anti-ADN y ANCA son negativos y se realiza electrocardiograma que resulta normal.

## DISCUSIÓN

La TSVC es una entidad poco frecuente en el embarazo con una incidencia de 1/10.000-20.000 partos, y es más frecuente en países subdesarrollados<sup>1</sup>.

Existen múltiples factores etiológicos causantes de la TSVC (tabla I); el embarazo y el puerperio son las causas más frecuente en mujeres jóvenes sanas, probablemente debido al aumento de factores de coagulación y al estado de hipercoagulabilidad<sup>2</sup>.

La mayoría de los casos durante el embarazo ocurren en el puerperio, en los primeros 7-15 días, y en el tercer trimestre de gestación; es una entidad rara en el primer trimestre<sup>3-8</sup>.

Aunque la etiología generalmente es desconocida, en el embarazo suele asociarse con enfermedades como preeclampsia, sepsis y trombofilias.

En cuanto a los síntomas que presentan estas pacientes, destaca cefalea, convulsiones, déficit motor o sensitivo, pérdida de conciencia e incluso en ocasiones trastornos psiquiátricos<sup>3</sup>.

En la exploración los signos que no podemos encontrar son papiledema, edema de párpados, proptosis, compresión de los pares craneales III, IV, VI, así como signos focales relacionados con la localización anatómica de la trombosis.

El método de diagnóstico más fiable para el diagnóstico de la TSVC es la angio-RM. La RM es el método diagnóstico de elección en el embarazo por su sensibilidad al flujo cerebral, su capacidad para visualizar el trombo y las lesiones parenquimatosas asociadas, así como por ser un método no invasivo, que demuestra una buena correlación con la imagen angiográfica y gran fiabilidad diagnóstica<sup>8</sup>.

Otra prueba diagnóstica utilizada es la TC, que puede mostrar datos indirectos como el edema cerebral con disminución de los surcos corticales, así como la presencia del signo delta, que es muy característico y consiste en un reforzamiento de las paredes del seno trombosado que rodea a una zona central isodensa que teóricamente corresponde al trombo. No obstante, en la mayoría de los casos la TC suele ser normal.

La base del tratamiento de la TSVC es la heparinoterapia en dosis anticoagulante, la cual se debe instaurar de forma sistemática y temprana, que de esta forma mejora el pronóstico. Este tratamiento ha

TABLA I. Causas de trombosis venosa cerebral

Séptica
Bacteriana
Hongos
Virus (VIH, citomegalovirus)
Parásitos ( <i>Trichinella</i> )
Traumatismos
Lesiones penetrantes y no penetrantes de cabeza
Hematológicas
Policitemia vera
Drepanocitosis
Criofibrinogenemia
Hemoglobinuria paroxística nocturna
Trombocitosis
Trombocitopenia
Coagulación intravascular diseminada
Anemia
Linfoma
Coagulopatías
Deficiencia de antitrombina III y proteínas C y S
Mutación del factor V
Síndromes antifosfolípidicos
Transfusión materna
Neoplasias
Metástasis
Linfomas
Tumores primitivos
Inflamatorias
Enfermedad de Behçet
Granulomatosis de Wegener
Síndrome de Cogan
Síndrome Kohlmeier-Degos
Lupus eritematoso sistémico
Poliarteritis nudosa
Sarcoidosis
Enfermedad de Crohn
Estados hemodinámicos
Deshidratación, fiebre
Descompensación cardíaca
Hormonales
Gestación y puerperio inmediato
Tirotoxicosis
Vasculares
Malformaciones arteriovenosas
Oclusiones arteriales
Medicación
Andrógenos
Anticonceptivos orales
Progesterona
L-asparaginasa
Ácido épsilon-aminocaproico
Drogas

VI: virus de la inmunodeficiencia humana.

demostrado ser seguro a pesar del riesgo hemorrágico<sup>7</sup>.

El pronóstico depende principalmente de la extensión de la zona trombosada. La mortalidad según la literatura médica oscila entre el 5 y el 30%<sup>9</sup>, pero los

supervivientes suelen evolucionar satisfactoriamente. El coma, el infarto hemorrágico y las convulsiones son factores de mal pronóstico.

La instauración de la TSVC asociada a la gestación y el puerperio suele ser aguda, y ésta tiene mejor pronóstico que cuando se produce secundaria a otra enfermedad. Normalmente, su evolución en la gestación y el puerperio suele ser favorable cuando se realiza un diagnóstico temprano.

La búsqueda sistemática de déficit en los inhibidores de la coagulación es esencial, ya que nos permitirá tomar medidas preventivas para evitar la recidiva<sup>10</sup>.

## CONCLUSIONES

El puerperio es el factor de riesgo más frecuente en la trombosis de los senos y venas tributarias cerebrales. La cefalea, la focalización neurológica y la pérdida de conciencia son sus principales síntomas y signos.

Tanto el coma, el infarto hemorrágico como las convulsiones tienen un mal pronóstico y una evolución desfavorable, aunque éstos pueden mejorar con una terapia anticoagulante adecuada.

## RESUMEN

La trombosis venosa cerebral es una enfermedad poco frecuente durante el embarazo. En un 25-40% es de causa desconocida; los factores predisponentes frecuentemente relacionados con ésta son: infección, embarazo, puerperio, deshidratación, anticonceptivos orales, coagulopatías, tumores y traumatismos. Presentamos el caso de una trombosis de senos venosos y la importancia de realizar una exploración neurológica completa en pacientes gestantes con síntomas neurológicos anormales.

Un adecuado diagnóstico y un tratamiento precoz pueden proporcionar un buen pronóstico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Enfermedades del tejido conectivo. Williams Obstetricia 20.<sup>a</sup> ed. 54 (1.168).
2. Cantú C, Barinagarrementeria F. Cerebral venous Thrombosis associated with pregnancy and puerperium: review of 67 cases. Stroke. 1993;24:1880-4.
3. Lavin PJM, Bone I, Lamb Jt, et al. Intracranial venous thrombosis in the first trimester of pregnancy. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1978;41:726-9.
4. Turkewitz LJ, Jacobs AK, Bidwell JK. Atypical MRI findings of venous sinus thrombosis in pregnancy: clinical significance relating to episodic vascular headache. Headache. 1991;31:240-3.

5. Beltrán Blasco I. Trombosis venosas intracraneales. *Rev Neurol.* 1997;25:569-75.
6. Mc Lean BN. Dural sinus thrombosis. *Br J Hosp Med.* 1991;45:226-30.
7. Ameri A, Bousser MG. Cerebral venous thrombosis. *Neurol Clin.* 1992;10:87-111.
8. Martín Araguz JM, Moreno Martínez ML, García de la Rocha V, Fernández Amador S, Delgado Reyes B, Revilla-Vall A, et al. Trombosis del seno lateral durante el primer trimestre del embarazo. *Rev Neurol.* 1997.
9. Patel MR, Brain MD. Venous sinus thrombosis. *Radiological Society of North America.* April 17, 2002.
10. Alexander LF, Yamamoto Y, Ayoubi S, Al Mefty O, Smith RR. Efficacy of tissue plasminogen activator in the lysis of thrombosis of the venous sinus. *Neurosurgery.* 1990; 26:559-64.