

Caso	(238) Trombosis del seno cavernoso como complicación de una sinusitis esfenoidal. Primordial el diagnóstico precoz en la urgencia.
Autores	Teresa Guerra Garijo, Teresa Guerra Garijo, María Luque Cabal, Julia Mato Chaín, Carmen Niño Rojo
Centro	Hospital Universitario Rio Hortega (valladolid)

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 50 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, obesidad mórbida, exfumador e hipertensión. Acude a urgencias por malestar general, fiebre, disnea, cefalea, edema palpebral y disminución del nivel de conciencia. Refiere epistaxis y rinorrea con moco. Neurológicamente presenta paresia del VI par derecho y diplopía. Al ingreso se objetivó fiebre de hasta 38°, Glasgow 15, con imposibilidad de realizar apertura ocular con agudeza y campo visual conservados. El estudio del laboratorio mostró parámetros inflamatorios, iniciando un tratamiento antibiótico empírico.

Se realiza TC cerebral con contraste intravenoso que evidencia una ocupación por un tejido con densidad de partes blandas en ambos senos esfenoidales, con aumento del tamaño y abombamiento de las paredes laterales de ambos senos cavernosos. Presenta un defecto de llenado en su interior que describe una trombosis del seno cavernoso (TSC) como complicación intracraneal. También se observa una colección subdural en tentorio cerebeloso izquierdo y una trombosis de ambas venas yugulares.

Ante el diagnóstico de TSC secundario a una sinusitis esfenoidal se realizó cirugía endoscópica con esfenoidotomía transnasal, antrostomía maxilar, etmoidectomía bilateral y cirugía de limpieza de la cavidad orbitaria izquierda. El hemocultivo dio positivo para *Streptococcus intermedius*.

DISCUSIÓN

Los senos cavernosos son un plexo venoso que se extiende desde el ápex orbitario hasta el cavum trigeminal, conectados por las venas intercavernosas en íntima relación con la silla turca y la porción intracavernosa de la arteria carótida interna y los pares craneales (III), (IV), (V1 y V2) y (VI).

La rinosinusitis esfenoidal aislada es potencialmente tan grave como poco frecuente. Suele presentarse en adolescentes con clínica poco específica (síndrome febril y cefalea retroorbitaria), retrasando el diagnóstico y conduciendo a complicaciones severas, como la TSC.

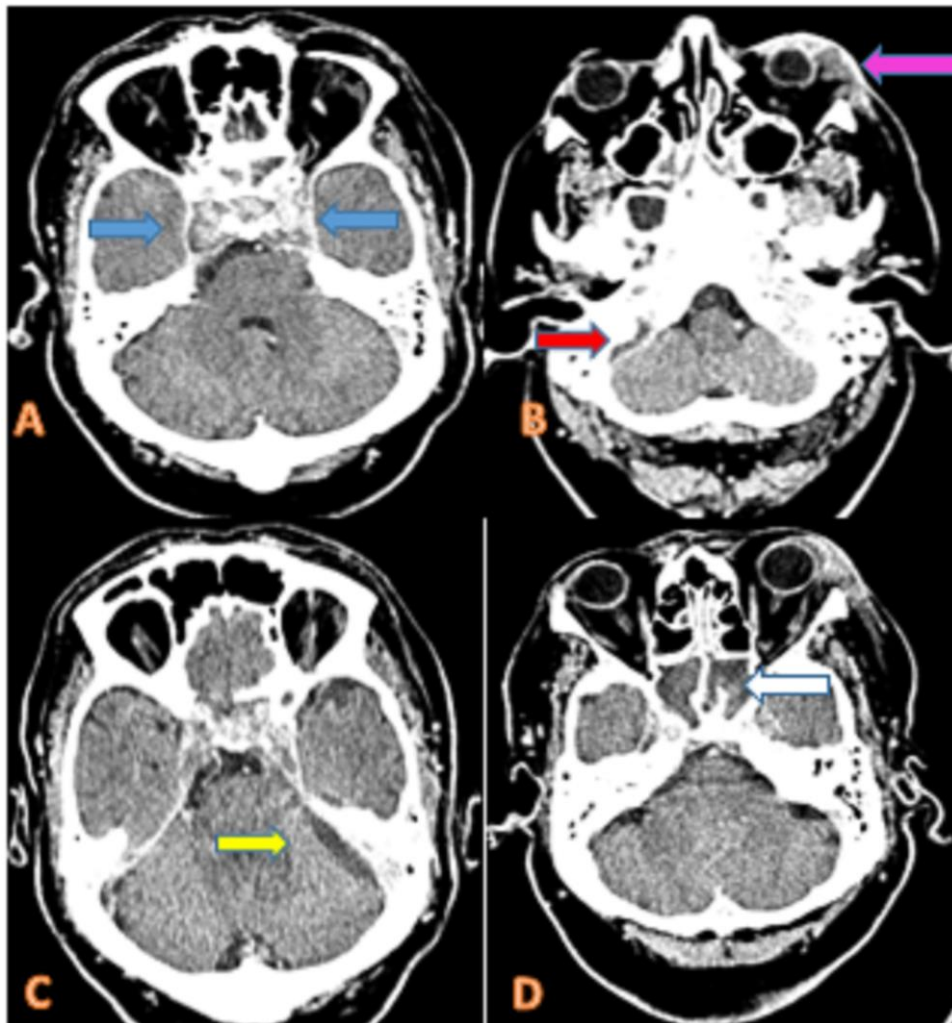
La TSC corresponde al 8% -16% de las complicaciones intracraneales. La progresión intracraneal se realiza por extensión directa o por tromboflebitis de las venas que drenan al seno cavernoso. Los microorganismos más frecuentes son *Streptococcus* (43%) y *Staphylococcus aureus* (29%). La rinosinusitis esfenoidal y etmoidal, son la principal causa, siendo la diabetes un factor de riesgo. El avance radiológico y terapéutico médico-quirúrgico, ha mejorado el pronóstico global, cuya mortalidad es del 30%, siendo fundamental un diagnóstico precoz. Los síntomas principales de

alerta son fiebre alta, cefalea retroorbitaria, síntomas oculares y oftalmoplejía. Los síntomas oculares son signos tempranos de congestión venosa, pudiendo ser bilaterales. La TSC debe sospecharse en el contexto de una progresión rápida de los signos clínicos.

La clínica más frecuente es: cefalea (100%); alteración de pares craneales (86%), (III, IV, V2, VI, X y XII); fiebre (71%) y patología orbitaria. Existe asociación a síndrome de Horner (14%) y síntomas neurológicos (43%). La TC y RM se usan para confirmar la sospecha clínica. Como complicaciones tardías están la insuficiencia hipofisaria, trombosis venosa cortical, abscesos subdurales, fístula carótido-cavernosa o aneurisma carotídeo. También se ha descrito el síndrome de Lemierre por émbolos sépticos.

CONCLUSIÓN

La TSC es una complicación rara y potencialmente mortal secundaria a una infección sinusal. Dada la clínica larvada inicial puede llevar a un retraso en el diagnóstico y debutar con severas complicaciones.



Cortes axiales de Tc cerebral con c.i.v. A) Defecto de repleción tras la administración de c.i.v. de ambos senos cavernosos con abombamiento de ambas paredes laterales (flecha azul). B): Celulitis preseptal izquierda (flecha morada) y trombosis yugular derecha (flecha roja). C): Colección subdural (empiema) en tienda cerebelosa izquierda (flecha amarilla). D): Ocupación de ambos senos esfenoidales por masa de partes blandas (flecha blanca).

BIBLIOGRAFÍA

- Meltzer E., Hamilos D., Hadley J., y cols. Rinosinusitis: establecimiento de definiciones para la investigación clínica y la atención al paciente. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2004; 114: 155-212.
- Carr T. Complicaciones de la sinusitis. *Soy J Rhinol alergía.* 2016; 30 (4): 241-5.
- Oxford L., McClay J. Complicaciones de la sinusitis aguda en niños. *Cirugía de cabeza y cuello de otorrinolaringol.* 2005; 133: 32-7.
- Martel F., Moreno C., Iñiguez R., Fernández R., Rosenblut A. Complicaciones de rinosinusitis aguda en niños del Hospital Sótero del Río. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello.* 2008; 1: 16-20.