

<b>Caso</b>	(335) Trombosis venosa cerebral complicada con hematoma subdural bilateral
<b>Autores</b>	Irene Serrano Bergillos, María Lucía Bermá Gascón, Cristina Palma González, Antonio Adarve Castro, Esther Vázquez Mancilla, José Antonio O'farrell Del Campo
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen De La Victoria

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 69 años sin antecedentes de interés acude al servicio de Urgencias por malestar general, astenia y bradipsiquia de tres días de evolución, presentando debilidad en miembro inferior derecho que le ha provocado algunas caídas. Se ha acompañado de vómitos autolimitados.

Se realiza TC de cráneo sin contraste intravenoso, observando colección extraaxial frontoparietal bilateral hipodensa, con área hiperdensa (nivel hematocrito) en su región declive. Son hallazgos compatibles con hematoma subdural agudo sobre crónico bilateral.

Dichas colecciones provocan efecto de masa con desviación de unos 7 mm de la línea media hacia la derecha, obliteración parcial de surcos cerebrales adyacentes y signos incipientes de herniación subfalcinar izquierda.

Llama la atención una hiperdensidad heterogénea del seno transversal derecho, seno sagital y seno recto, lo que plantea descartar trombosis de senos venosos cerebrales, por lo que se completa estudio con TC de cráneo con contraste intravenoso con protocolo de senos venosos.

En él se observa un defecto de repleción en el segmento proximal de la vena yugular interna derecha que empieza a unos 4 cm de su desembocadura en foramen yugular, junto a otros defectos de repleción en seno sigmoideo, seno transversal derecho, seno sagital superior, seno recto y vena cerebral magna.

## DISCUSIÓN

Nuestro caso presenta hallazgos compatibles con trombosis de vena yugular interna proximal derecha y trombosis de senos duros a varios niveles complicada con hematoma subdural bilateral.

La trombosis venosa cerebral es una enfermedad poco frecuente, pero cuyo diagnóstico precoz es fundamental para instaurar el tratamiento adecuado y así reducir el riesgo de complicaciones<sup>1</sup>. Presenta unas manifestaciones clínicas tan variables que en su diagnóstico es crucial el papel de la neuroimagen<sup>1,2</sup>.

Los hallazgos radiológicos en la TC sin contraste intravenoso pueden clasificarse en signos directos (visualización del vaso trombosado más hiperdenso<sup>1,2,3</sup>, ya sean los senos duros, las venas yugulares o venas corticales/profundas cerebrales - triángulo denso/signo de la cuerda densa-) o indirectos<sup>1</sup>. Estos últimos representan la alteración parenquimatosa secundaria a los cambios isquémicos por alteración

del flujo venoso, pudiendo observar edema cerebral difuso de componente mixto citotóxico-vasogénico, infartos que no se limitan a un área arterial típica o hemorragias subaracnoideas, intraventriculares o subdurales producidas como consecuencia del aumento de presión venosa<sup>3</sup>.

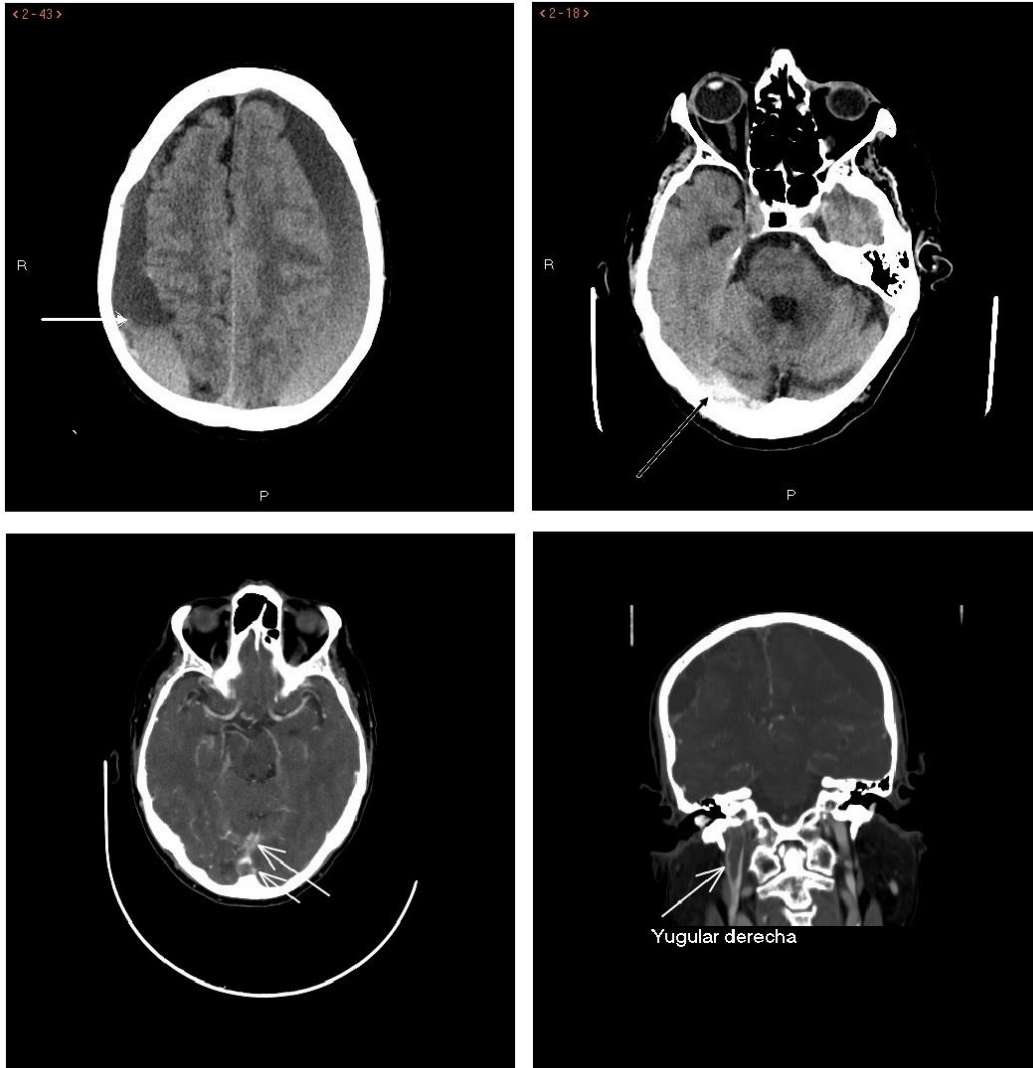
Una vez establecida la sospecha clínica, debe completarse el estudio<sup>2</sup>. En la mayoría de los centros, la prueba urgente más accesible y sensible es la TC y venografía-TC siendo menos accesible pero de elección la RM y venografía-RM<sup>1</sup>. El signo directo clásico que nos señalará la existencia de trombosis venosa en el TC con contraste intravenoso es el defecto de repleción causado por el trombo<sup>1,2</sup>, hallazgo llamado signo del delta vacío, más común en la prensa en Herófilo<sup>1</sup>. También puede observarse ectasia venosa, realce tentorial, giral o parenquimatoso<sup>1</sup>.

La presentación más frecuente es la afectación sincrónica de varios senos, si bien el seno más habitualmente implicado es el seno sagital superior<sup>1</sup>. La complicación más habitual es el infarto venoso no hemorrágico<sup>1</sup>.

Una vez confirmada la trombosis, debe iniciarse el tratamiento anticoagulante<sup>1</sup>. La hemorragia secundaria no lo contraindica, aunque puede requerir craneotomía descompresiva si existe importante efecto masa<sup>3</sup>.

## **CONCLUSIÓN**

La trombosis venosa cerebral es una patología en cuyo diagnóstico es crucial la neuroimagen. Si bien la RM es el gold standard, el TC es más utilizado por su disponibilidad. Debe sospecharse ante una serie de signos en el TC sin contraste intravenoso (vaso trombosado hiperdenso, cambios en el parénquima secundarios a la alteración del flujo venoso...) y en el TC con contraste intravenoso (defecto de repleción, ectasia venosa...). Solo con un rápido diagnóstico podrá instaurarse un tratamiento eficaz.



*Arriba izquierda: TC de cráneo sin contraste intravenoso donde se observa imagen de hematoma subdural crónico frontoparietal bilateral con nivel hematocrito (flecha) que señala resangrado agudo. Arriba derecha: TC de cráneo sin contraste intravenoso donde se señala hiperdensidad heterogénea del seno transversal derecho que plantea descartar trombosis venosa a dicho nivel. Abajo izquierda: TC con contraste intravenoso en fase venosa donde observamos defecto de repleción en la prensa de Herófilo (signo del delta vacío). Abajo derecha: TC con contraste intravenoso en fase venosa donde identificamos defecto de repleción en vena yugular derecha.*

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. J Puig, S Pedraza, G Blasco, J Serena. Actualización en el diagnóstico neurorradiológico de la trombosis venosa cerebral. Radiología. 2009;51(4):351-361. DOI: 10.1016/j.rx.2009.04.006
2. Adam A Dmytriw, Jin Soo A Song, Eugene Yu et als. Cerebral venous thrombosis: state of the art diagnosis and management. Neuroradiology. 2018; 60:669-685. <https://doi.org/10.1007/s00234-018-2032-2>
3. P Redondo Buil, J Garzón Ruiz, M Moral Cano. Trombosis venosa cerebral: claves para el diagnóstico. Congreso SERAM. 2014; S-0242. <https://dx.doi.org/10.1594/seram2014/S-0242>