

## Carta al Director

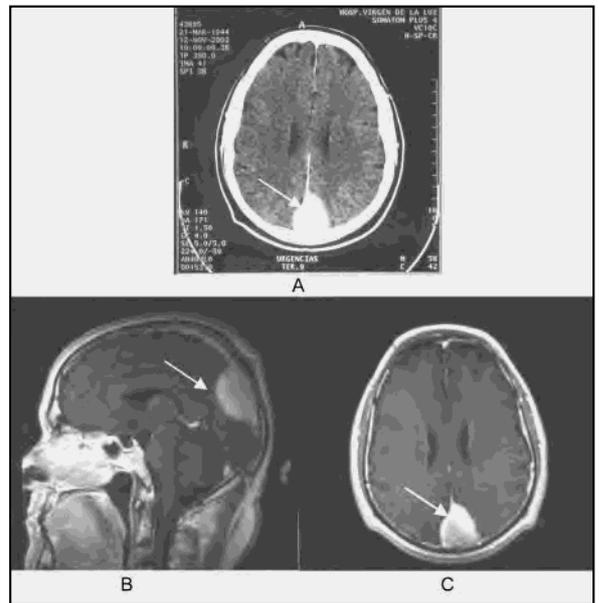
### Implicaciones terapéuticas urgentes de la Resonancia Magnética Craneal y trombosis venosa cerebral

#### Sr. Director:

La trombosis de los senos venosos cerebrales (TVC) es un proceso poco frecuente y de difícil diagnóstico. Dentro de las causas de TVC se encuentran las lesiones ocupantes de espacio, y entre ellas, el meningioma<sup>1</sup>. La resonancia magnética (RM) con venografía se considera la prueba diagnóstica de elección<sup>2</sup> y su resultado es definitivo a la hora de iniciar un tratamiento anticoagulante eficaz y seguro. La exclusión del diagnóstico de TVC evita una terapia anticoagulante urgente que puede constituir un riesgo innecesario para el paciente.

Presentamos el caso de un varón de 59 años, sin antecedentes personales de interés salvo hematuria y hemoespermia. Acudió al servicio de urgencias por sensación de mareo con giro de objetos de inicio brusco al levantarse de la cama por la mañana, diaforesis profusa y sensación nauseosa, que se exacerbaban con el movimiento de la cabeza. La exploración era normal, salvo nistagmo bilateral horizonte-rotatorio derecho en mirada extrema horizontal derecha agotable. Se realizaron hemograma, bioquímica, estudio de coagulación, ECG y radiografía de tórax sin hallazgos de interés. Un vértigo periférico fue la sospecha clínica, indicándose al paciente sedantes vestibulares. Ante la escasa mejoría de la sintomatología se realiza una TC en la que se observa imagen compatible con meningioma, afectando al seno longitudinal, dilatación del seno e hipodensidad en su interior compatible con trombosis venosa local (figura 1A). Con el fin de confirmar el diagnóstico de trombosis del seno longitudinal, para iniciar anticoagulación, se realizó una RM de urgencia (figura 1B y 1C) en la que se descartó la TVC.

Las TVC tienen diversas presentaciones clínicas que pueden incluir cefalea, déficit focal, alteración del nivel de conciencia y papiledema, de inicio brusco o progresivo<sup>3</sup>. Hasta en el 80% de los pacientes se pueden identificar uno o varios factores causales o predisponentes, entre ellos las lesiones ocupantes de espacio<sup>4</sup>. El diagnóstico de TVC, aunque frecuentemente sospechado por la TC, se basa en el hallazgo de hiperseñal tanto en T1 como en T2 de la RM y la Angio-RM, siendo rara vez necesaria la realización de angiografía con-



**Figura 1. A:** TC con contraste iv con lesión triangular con realce interno y homogéneo que afecta al tercio posterior de la hoz cerebral y seno longitudinal superior. **B:** RM Plano axial secuencia SE-T1 la administración de gadolinio (B). La lesión se realza de forma intensa y homogénea confirmando su origen meníngeo, con compresión e invasión del seno longitudinal superior, sin trombosis del mismo. No hay edema ni infartos venosos adyacentes asociados. **C:** Plano sagital secuencia SE-T1 con gadolinio se aprecia la extensión meníngeo adyacente al seno longitudinal superior que se encuentra comprimido.

vencional<sup>5,6</sup>.

En la TVC se recomienda el tratamiento con heparina no fraccionada como primera elección o, en su defecto, heparina de bajo peso molecular durante la fase aguda, incluso en presencia de infarto hemorrágico, seguido de anticoagulación oral durante 3-6 meses (INR 2,0-3,0)<sup>7</sup>.

En el caso de nuestro paciente, la única clínica que presentaba era compatible con el diagnóstico de vértigo periférico, no pudiendo asegurar que la sintomatología del paciente y el meningioma tuvieran una relación etiopatológica, siendo la tumoración probablemente un hallazgo. Se realizó una TC craneal, apareciendo una lesión ocupante de espacio compati-

ble con un meningioma que englobaba el seno longitudinal superior con TVC concomitante. Nuestro paciente presentaba una sintomatología previa de hematuria y hemospermia que obligaba a valorar con cautela el diagnóstico antes de iniciar un tratamiento anticoagulante. Al realizarse una RM se descartó la presencia de trombosis, lo que evitó que el paciente asumiera un riesgo de anticoagulación innecesario.

Como conclusión, no es suficiente la realización de una TC, en determinados casos, para la valoración de meningioma y TVC, siendo la RM de urgencia la prueba diagnóstica de elección que influirá definitivamente en las decisiones terapéuticas anticoagulantes iniciales. Ya que esta técnica no siempre está disponible de manera urgente, sería necesario poder practicarla de urgencias, cuando se requiera como es el caso que comentamos.

1- Zarranz JJ. Neuro-oncología. Tumores (neoplasias) cerebrales. Metástasis cerebrales. Otras complicaciones neurológicas del cáncer sistémico: síndromes paraneoplásicos. En: Zarranz JJ. Neurología. 2ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 1998. 593-636.

2.- Ferro JM. Cerebral venous thrombosis. J. Neuroradiol. 2002; 29: 231-9.

3.- Bousser MG, Chiras J, Bories J. Cerebral venous thrombosis: a review of 38 cases. Stroke 1985;16:199-213.

4.- Allroggen H., Abbott Richard J. Cerebral venous sinus thrombosis. Postgrad Med 2000;76:12-5.

5.- Bousser MG. Cerebral venous thrombosis: nothing, heparin, or local thrombolysis? Stroke 1999;30:481-3.

6.- Lee SK, terBrugge KG. Cerebral venous thrombosis in adult : the role of imaging evolution and management. Neuroimaging Clin N Am. 2003; 13:139-52.

7.- Bousser MG. Cerebral Venous thrombosis: diagnosis and management. J Neurol. 2000;247:252-8.

**G. Garde Barea, F. González Martínez, E. Cueto Calvo\*,  
MA. S. Godoy López\*\***

*Unidad de Urgencias. \*Servicio de Pediatría.*

*\*\*Servicio de Radiología. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.*