



TROMBOSIS SENO CAVERNOSO

Doi: <http://dx.doi.org/10.35954/SM2015.34.1.5>

Tte.2º(M) Carolina Castrillón^a, Tte.1º(M) Flavia Leizagoyen^b

a) Médico Internista. Departamento Medicina Hospital Central de las Fuerzas Armadas (H.C.FF.AA.)

b) Médico Internista. Departamento Emergencia H.C.FF.AA. Ex asistente de la Clínica Médica I .Facultad Medicina UDELAR.

RESUMEN

Material y métodos: Se presenta el caso clínico de un paciente de 63 años que consulta por cefalea fronto-orbitaria derecha y fiebre. Agrega vómitos y diplopía en ojo derecho confirmando al examen paresia de recto externo derecho sin quemosis ni dolor. No presentó alteraciones en la paraclínica inicial (técnicas de imagen y laboratorio), y desarrolla a los 3 días proptosis derecha, edema bpalpebral y rubor con mayor cefalea y náuseas. La Resonancia Magnética (RM) de órbita informa celulitis orbitaria y periorbitaria derecha, trombosis de vena oftálmica superior y seno cavernoso. Los hemocultivos fueron positivos a *Streptococcus viridans*.

Resultados: se realizó tratamiento con antibióticos de amplio espectro, con cobertura para *S. aureus* y anticoagulación, no requiriendo tratamiento quirúrgico, con buena evolución sin secuelas oftalmológicas.

Conclusiones: la trombosis del seno cavernoso es la complicación final de la celulitis orbitaria, que requiere de su detección precoz para el tratamiento oportuno siendo a veces necesaria la cirugía.

PALABRAS CLAVE: ANTICOAGULANTES
FLEBITIS SÉPTICA DEL SENO CAVERNOSO
PROFILAXIS ANTIBIÓTICA
SENO CAVERNOSO
TROMBOSIS DEL SENO CAVERNOSO

INTRODUCCIÓN

La trombosis del seno cavernoso (TSCV) es una enfermedad poco frecuente, con una mortalidad en la era preantibiótica del 100%, estando actualmente en un 30% en los mejores centros hospitalarios (1,2).

La morbilidad es cercana al 50% en estos pacientes, siendo la neuropatía craneal la causa más frecuente (2).

La etiología es infecciosa, en la mayoría de los casos con origen en los senos paranasales (sinusitis), menos frecuentemente de etiología odontológica, otológica, faríngeas y focos sépticos distantes. El germen más frecuentemente involucrado es el *Stafilococcus aureus* (3).

Ocurre a cualquier edad aunque en mayor frecuencia se da en pacientes jóvenes.

La clínica puede ser insidiosa, retardando el diagnóstico, siendo la Resonancia Magnética (RM) la paraclínica de elección (1,2).

El tratamiento médico se basa en antibioticoterapia, antiinflamatorios y anticoagulación. El tratamiento quirúrgico está indicado para drenaje de foco infeccioso (5,6).

El pronóstico se basa en el diagnóstico temprano y el inicio del tratamiento antibiótico de forma precoz, así como en la presencia de comorbilidad asociada.

CASO CLÍNICO

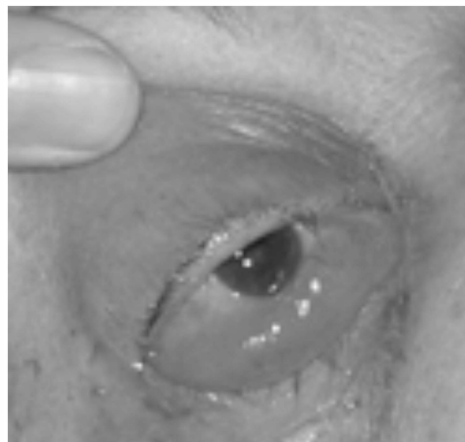
Paciente de 63 años, hipertensa sin compromiso de órgano blanco, consulta por cefalea frontoorbitaria derecha de 5 días de evolución y fiebre, en una oportunidad recibiendo amoxicilina durante 3 días. Agrega vómitos y diplopía en ojo derecho por lo que consulta en emergencia. Al examen: apirética, hemodinamia estable en lo neurológico: se destaca paresia de recto externo derecho sin quemosis, sin proptosis ni dolor, en ausencia de signos de irritación meníngea u otros signos focales neurológicos. Múltiples focos sépticos dentarios. Sin dolor a la palpación de senos faciales.

Paraclínica inicial: Tomografía Computada de Cráneo normal. Resonancia Magnética (RM) de Cráneo normal. Punción Lumbar: líquido claro, proteínas 0,26 g/l, glucosa 0,60 g/l, citología: 2 GR, GB 1 mononucleado, Bacteriológico, Tinta china, serología para Herpes Virus, Epstein Barr Virus (EBV), Citomegalovirus (CMV), Varicela Zoster Virus (VZV) negativos. Hemograma: GB 8000, HB 12, Plaquetas 254.000.

Hemocultivos: positivos por 2 a *Streptococcus viridans* sensible.

Valorada por oftalmólogo confirma paresia de sexto par a derecha, sin edema de papila en el Fondo de Ojo.

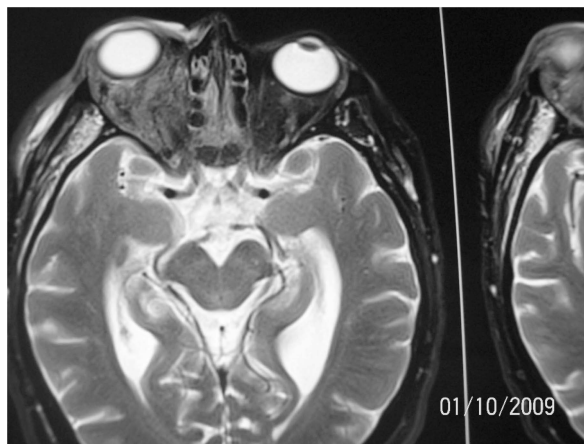
En la evolución persiste con cefaleas, náuseas y vértigo y agrega edema, rubor y protrusión de ojo derecho, leucocitosis y VES en ascenso. Se plantea celulitis de órbita asociada a trombosis de seno cavernoso y se inicia tratamiento con cefalosporina de 3ª generación.



Se repite RM de Cráneo y Órbita que informa extensa celulitis orbitaria y periorbitaria derecha, exoftalmos, trombosis de vena oftálmica superior y seno cavernoso. Se completa valoración con Ecocardiograma Transtorácico normal.



TAC



RM

Ingresa a Cuidados Intermedios y se inicia tratamiento con anticoagulación con heparina de bajo peso molecular (HBPM), corticoides y se agrega clindamicina y vancomicina que cumple por 4 semanas.

Presenta buena evolución, con retroceso de los síntomas oftalmológicos y sin actividad infecciosa.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Presentamos este caso clínico dada la baja frecuencia, siendo las Trombosis Venosas Cerebrales el 0,5 al 1% de los "stroke" (5,6). Nuestra paciente se presentó en principio con cefaleas, diplopía y VI par craneano. La cefalea se presenta entre un 50-90% (4) y si bien el compromiso motor ocular está involucrado en etapas tardías, la afectación del VI desde el inicio se debe a su pasaje intraluminal por el seno cavernoso. Destacándose al inicio del cuadro sin foco infeccioso claro e imagenología normal (4).

En la evolución inmediata agrega clínica característica de TVSC, coincidiendo con fiebre, estando presente este último síntoma hasta en un 90%.

En cuanto a la etiología la TVSC se debe a procesos infecciosos de la cara y senos faciales, siendo menos frecuente punto de partida ótico y odontológico (menos 8%)(3).

Del relevo bacteriológico hallamos un germen frecuentemente vinculado a la etiología de estos procesos infecciosos en un 30%, como lo es el estreptococo.

Se obtuvo un diagnóstico precoz en base a la RM cráneo compatible con Trombosis Seno Cavernoso (TSC) asociando celulitis orbitaria. Se inició tratamiento antibiótico empírico en base a etiologías frecuentes.

Se complementó tratamiento ATB con HBPM a dosis de anticoagulación asociándose posteriormente anticoagulantes orales (ACO). Si bien este tratamiento sigue aún discutido en las últimas publicaciones se inclinan por tratamiento ACO por 1 año aproximadamente dado que mejora el pronóstico (5,6).

SUMMARY

Material and methods: It is presented the clinical case of a 63 year old patient who consults for a right fronto-orbital headache and fever. In addition, he vomited and had right

eye diplopia; upon examination, it was confirmed a right external rectus paresis without pain or chemosis. There were no alterations in the initial paraclinical exams (imaging and laboratory techniques), and, after 3 days, the patient developed right proptosis, bipalpebral oedema and redness with a significant headache and nausea. Magnetic Resonance (MR) of the eye orbit showed right orbital and peri-orbital cellulitis, superior ophthalmic vein and cavernous sinus thrombosis. Hemocultures were positive for *Streptococcus viridans*.

Results: treatment was carried out with wide spectre antibiotics, covering *S. aureus* and anticoagulants; no surgical treatment was required and there was a good evolution without ophthalmologic sequelae.

Conclusions: cavernous sinus thrombosis is the final complication of orbital cellulitis, requiring an early detection in order to perform a proper treatment, where surgery is sometimes needed.

KEY WORDS: ANTICOAGULANTS
ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS
CAVERNOUS SINUS
CAVERNOUS SINUS THROMBOSIS

BIBLIOGRAFIA

- (1) Rodríguez M, García J. Trombosis del seno cavernoso. Rev Sanid Milit Mex 2004; 58(2): 111-3.
- (2) Rivera C, Perez R. Trombosis de las venas y senos cerebrales. En: Guía Neurológica 8: Enfermedad Cerebrovascular. Capítulo 10. p. 173-186.
- (3) Trombosis Séptica del Seno Cavernoso. Neurocirugía 2006. (1 página en pantalla). Disponible en: <http://neurocirugijaveriana.blogspot.com/2006/02/trombosis-septica-del-seno-cavernoso.html> [Consulta 10/06/2015]
- (4) Calderon M, Camacho M, Fernández E. Trombosis del seno cavernoso. Gac Med Boliviana 2009; 32 (2):44-7.
- (5) Bousser M, Ferro J. Cerebral venous thrombosis: an update. Lancet Neurol 2007; 6(2):162-70.
- (6) Saposnik G, Barinagarrementeria F, Brown R, Bushnell C, Cucchiara B, Cushman M, et al. Diagnosis and Management of Cerebral Venous Thrombosis. Stroke 2011; 42(4): 1158-1192.