

Figura 3: Pérdida del vacío de flujo normal en las estructuras venosas en RM. Se observan ejemplos de TVC en 3 pacientes con el signo de la pérdida del vacío de flujo normal en las estructuras venosas. En A secuencia sagital T1 que muestra el aumento de señal en el seno longitudinal superior, seno recto y vena de Galenol. En B secuencia axial T2 con aumento de señal en el seno longitudinal superior. En C eon de gradiente (GRE T2*) con arteficio de susceptibilidad en las venas corticales.

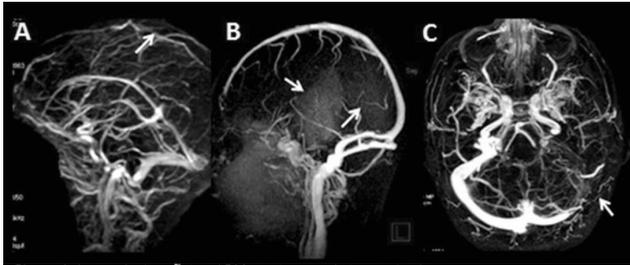


Figura 4: Ausencia de señal en ARM en el sector de la trombosis. Se observan ejemplos de TVC en 3 pacientes con ausencia de señal en ARM del sistema venoso en el sector de la trombosis. En A ausencia de señal en el seno longitudinal superior, en B ausencia de señal en el sistema venoso profundo incluyendo el seno recto ye en C en parte del seno lateral del lado izquierdo.

cío de flujo normal de las estructuras venosas en el sector trombosado y cuya señal depende de la fase^{17,18,20} (Figura 3). En secuencias de ARM se observará una ausencia de señal en el sector trombosado lo que se correlaciona con lo identificado en las secuencias convencionales (Figura 4). La RM tiene una sensibilidad muy elevada para el análisis del parénquima comprometido y establecer si corresponden a zonas de edema o infarto ya establecido. Como concepto general la RM es el método de elección en el diagnóstico y seguimiento del paciente con TVSC con mayor sensibilidad y especificidad en establecer el diagnóstico y su extensión así como descartar diferenciales y sobre todo para el análisis del sector de encéfalo comprometido.

Este punto es de particular importancia en la edad pediátrica dado que la TC utiliza radiaciones ionizantes con el riesgo que ello implica en pacientes de esta edad sumado al riesgo de complicaciones por la utilización de medio de contraste. Actualmente la angiografía digital se reserva para menos del 5 al 10 % de los casos, como árbitro final, en casos de sospecha clínica con neuroimagen (ATC y ARM) no concluyente, especialmente ante el compromiso profundo o venas corticales, pudiendo observar ausencia de relleno, o signos indirectos como retraso en vaciamiento venoso, circulación colateral anómala o flujo contracorriente.(Figura 5) En casos excepcionales de deterioro a pesar del tratamiento médico puede estar indicado para tratamiento intravascular.⁵⁻⁷

Hay que recordar que si bien existe con cada técnica un porcentaje de falsos negativos ya mencionados, también puede haber falsos diagnósticos de TSVC como por ejemplo imágenes directas por hemoconcentración, deshidratación,

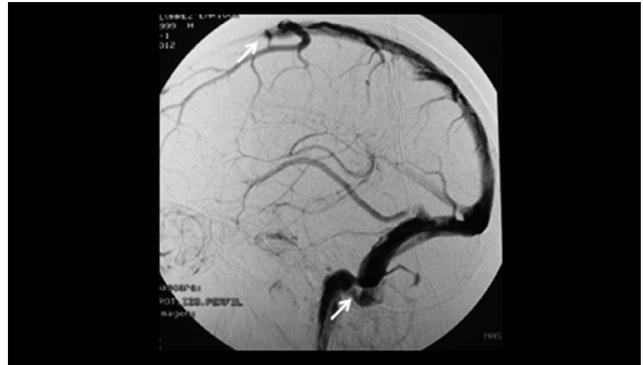


Figura 5: Arteriografía digital: Amputación Seno Sagital anterior y trombo en seno sigmoideo.

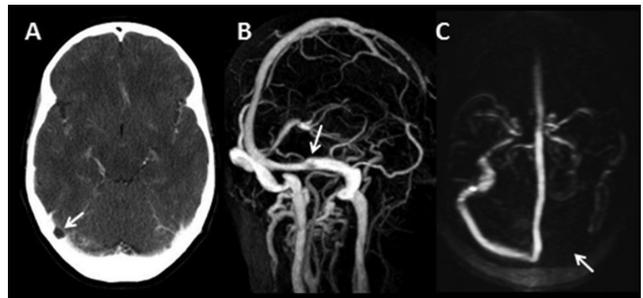


Figura 6: Diagnósticos falsos positivos de TVC (pitall diagnóstico). Se observan diferentes ejemplos de falsos diagnósticos positivos de TVC. En A (ATC) y en B (ARM) dos casos diferentes de granulaciones aracnoideas en el interior del codo del seno lateral del lado derecho, imagen clásica que genera dificultades diagnósticas. En C (ARM) de un paciente sin TVC demostrable en otras secuencias ni en ASD pero que mostró hipoplasia del seno lateral lado izquierdo.

y en la ARM venosa los casos de flujo lento, hipoplasia seno lateral izquierdo como variante anatómica o compresión posterior seno sagital en posición supina en RN^{5,23} (Figura 6). El clínico debe considerar este diagnóstico en una amplia gama de trastornos neurológicos en la infancia, que incluya las pruebas de neuroimagen con hidrocefalia, derrame o hematoma subdural, hemorragia subaracnoidea, hemorragias intracerebral o infarto, sobre todo en las regiones parietales y occipital.⁷

TRATAMIENTO

Históricamente el tratamiento de la TSVC consistió en medidas sintomáticas, como hidratación, antibióticos, anti-convulsivantes y medidas para disminuir la PIC. En los últimos años la evidencia disponible, basada en extrapolación de trabajos de adultos, que comparten mayores similitudes fisiopatológicas que el ACV arterial y un mejor seguimiento de los pacientes, con mejor pronóstico en los anticoagulados (AC), ha llevado a un consenso de la mayoría de las guías terapéuticas de recomendar la AC. La controversia de que hacer en recién nacidos y ante la presencia de hemorragia, se ha ido inclinando también a favor del tratamiento AC.^{1,23,24,25}

No existen trabajos pediátricos que comparen los diferente anticoagulantes, la mayoría de los centros utilizan heparina de bajo peso molecular (HBPM subcutánea), la heparina no fraccionada (HNF intravenosa) tiene la ventaja