



Gonzalo Costales, P., Gallego Vázquez, S., Rumbo Vidal, A., Dorribo Dorribo, E., Álvaro Sardina, P., Rubinos Galende, L., Alonso Gago, P., Alonso Varela, D., Guerra Buezo, B., Pérez Pacín, R.
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Lucas Augusti. Lugo

CONVULSIONES NEONATALES: NO TODO ES ASFIXIA

INTRODUCCIÓN

La trombosis de senos venosos cerebrales (TSVC) afecta entre 0,4 y 0,7 de cada 100.000 niños al año → más de la mitad en el período neonatal.

Puede causar una lesión parenquimatosa (infarto isquémico o hemorrágico) → Causa frecuente de hemorragia intraventricular en el RN.

Factores predisponentes: diabetes gestacional (DG), preeclampsia, corioamnionitis, distocias del parto, asfixia perinatal, infecciones, deshidratación y policitemia.

En un 15-20% de los neonatos se asocia con **factores protrombóticos:** déficit de antitrombina, déficit de proteínas C y S y el factor V de Leiden.

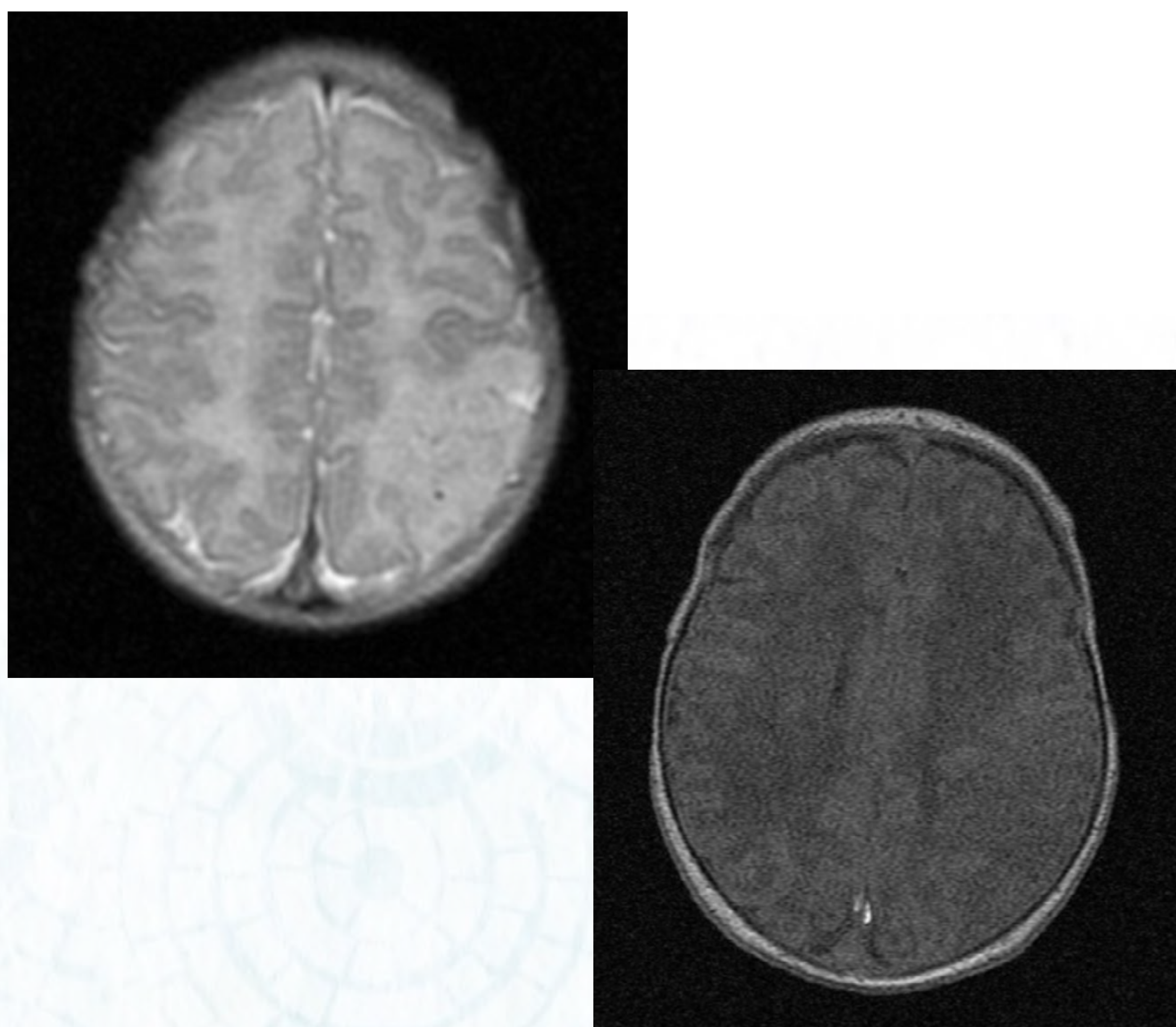
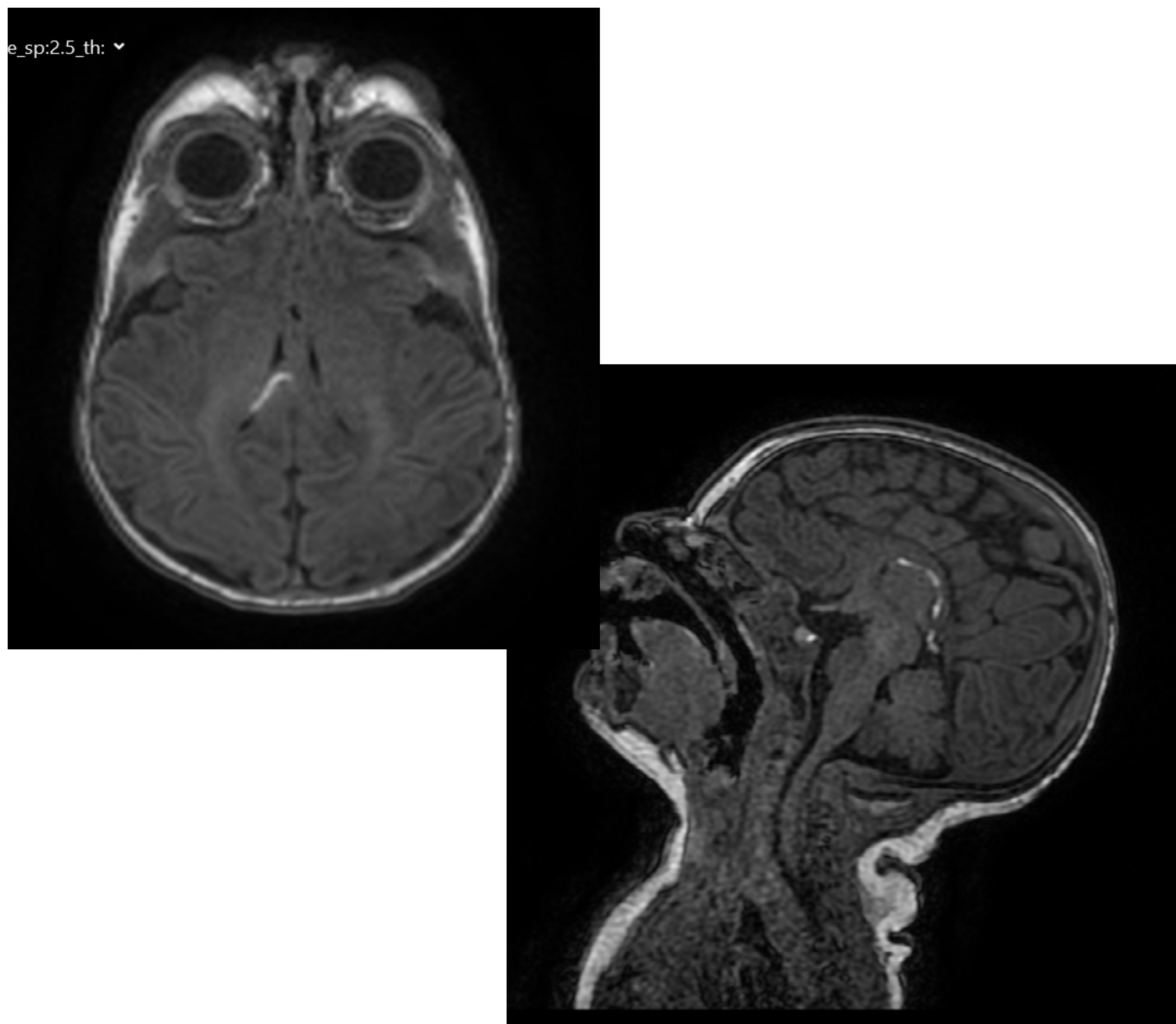
CASO 1

Mujer de 41 semanas de gestación (SG). Parto instrumentado con ventosa, Apgar 9/10. Madre DG e hipotiroidismo. SGB + con profilaxis incompleta. Analítica con RFA elevados y policitemia, por lo que se inicia antibioterapia y fluidoterapia.

El **5º día de vida** presenta tres episodios de crisis comiciales consistentes en clonías de cabeza y extremidades de minutos de duración por lo que se pauta fenobarbital y exanguinotransfusión.

RM: trombosis aguda en seno sigmoide derecho y sistema venoso profundo sin datos de sangrado.

Estudio de trombofilias → heterocigosis de Factor V de Leiden.



Al alta: tratamiento con levetiracetam y enoxaparina subcutánea

Ninguno presentó secuelas en RM de control. Actualmente en seguimiento con desarrollo psicomotor normal.

CASO 2

Varón de 38+5 SG. Parto eutócico, Apgar 9/10. Madre DG sin otros factores de riesgo.

A las **8 horas de vida** inicia crisis clónicas focales múltiples en hemisferio derecho y cara de cinco minutos de duración, por lo que recibe tratamiento con fenobarbital las 2 primeras semanas de vida.

RM: trombosis de senos transversos y longitudinal izquierdo e infarto parietal izquierdo con sangrado parasagital.

No presentó alteraciones en el estudio de coagulación.

CONCLUSIONES

- Debemos pensar en la TSVC ante un cuadro neurológico agudo o subagudo en presencia de factores predisponentes.
- Habitualmente se diagnostica con la RM siendo el gold standard la angiorresonancia.
- El tratamiento de elección son las heparinas de bajo peso molecular y debe iniciarse lo más precozmente posible.
- El correcto tratamiento mejora significativamente el pronóstico neurológico.
- El manejo de la TSVC es multidisciplinar.