

11227

64
205



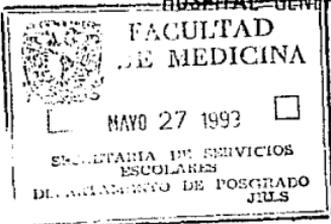
Universidad Nacional Autónoma de México

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO

I. S. S. S. T. E.



Prevalencia de la Trombosis del Seno Longitudinal Superior y sus Factores de Riesgo Determinados por Necropsia en el Hospital General Dr. Darío Fernández F. de 1981-1990

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

P R E S E N T A

Dra. Ana Laura Valenzuela Plata



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**
MEXICO. D. F.

1993



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

R E S U M E N

Se analizaron 554 necropsias en los últimos 10 años en el Hospital General "Dr. Dario Fernandez Fierro" de las áreas de Medicina - - Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Unidad de Terapia Intensiva, - Urgencias y Ortopedia. Recopilando los antecedentes así como cuadro -- clínico y posibles factores asociados de los pacientes que fallecieron por trombosis del seno longitudinal superior o de los casos que fue-- ron hallazgo anatomopatológico o histológico. De acuerdo a lo obser-- vado la trombosis del seno longitudinal superior tiene una presenta-- ción clínica inespecífica que dificulta su diagnóstico oportuno. Por-- 10 anterior efectuamos una correlación clínica y de enfermedades aso - ciadas a esta entidad nosológica, encontramos que los procesos in --- fecciosos representan la mayor prevalencia de factores asociados a és- ta seguida de Diabetes Mellitus misceláneos y neoplasias. En cuanto -- a su distribución por sexos el mayor porcentaje ocurrió en mujeres y-- por edad se presentó en la sexta y séptima década de la vida. La TSLS (la trombosis del seno longitudinal superior) como causa de muerte -- se presentó en el 10.7%, los cuales diagnosticaron premortem. De los 28 casos de trombosis del seno longitudinal superior el 50% presenté-- signos neurológicos aunque estos fueron inespecíficos para orientar -- al diagnóstico.

S U M M A R Y

In order to ascertain the factors and clinical picture associated with the superior longitudinal sinus thrombosis (SLST), either as a -- clinical diagnosis or as a pathological finding, we reviewed 554 necropsies done in the last ten years in the General Hospital, Dr. Dario Fernandez F. The studies that were analysed came from the mortality of the following services: Internal medicine, orthopedics, pediatrics, gynecology-obstetrics, emergency ward and Intensive care Unit. It is concluded that the SLST has no clear cut clinical picture, the risk factors more often found were infectious disease, Diabetes Mellitus, miscellaneous disorders and neoplastic disease. It was more frequent in women, in the 6th and 7th decade of life.

In half of the 28 cases they had inespecific neurologic signs and in three it was the main cause of death (10.7%).

I N D I C E

INTRODUCCION.....	1
MATERIAL Y METODOS.....	7
DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.....	8
RESULTADOS.....	9
CASOS DE PACIENTES CON TSLS.....	12
DISCUSION.....	19
CONCLUSIONES.....	21
BIBLIOGRAFIA.....	23

I N T R O D U C C I O N

En la antigüedad las necropsias se registraron 3500 años antes de Cristo por los Babilonios los cuales examinaban las entrañas de animales para predecir epidemias.

La primera necropsia de un cadáver humano se efectuó en 1302 por Bartolomé de Varignana, profesor de medicina en la edad media, en las Universidades de Bolonia y Padua. En 1471-1484 el papa Sixto IV concede permiso para abrir cadáveres humanos; fué Giovanni Battista Morgagni (1628-1771) quien estableció la correlación anatomoclínica considerándosele el fundador de la anatomía patológica como ciencia(1,5,7,9,11,16,21.).

En nuestro siglo, durante su primera mitad, la necropsia alcanzó su clímax numérico, enriqueciéndose con la microscopía electrónica de transmisión de barrido, la inmunohistoquímica, citogenética y cultivo de tejidos por lo que se exigió como mínimo un 20% de necropsias para permitir el funcionamiento hospitalario en E.U.A. Considerándose dicho mínimo como una norma de calidad asistencial, docente y de investigación

En la segunda mitad del siglo disminuyeron los estudios por los avances tecnológicos, como la tomografía axial computada y la resonancia magnética nuclear; Esto motivo que en 1971 se suprimieran las necropsias para el reconocimiento por la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales, por lo que el número de necropsias disminuye en las instituciones. (1,6,7,9,11,12,2,24).

Así como el objetivo inicial de la necropsia fué aprender anatomía actualmente es clave para los estudios de investigación básica y clínica, enriqueciendo los conocimientos de fisiología, bioquímica, biología celular, fisiopatología y correlación anatomoclínicas, así como la aportación a la estadística confiable en relación a la morbilidad y -- y mortalidad; a pesar de las controversias, la necropsia sigue siendo -- fuente de conocimientos, pues para el ejercicio de una buena medicina -- no puede soslayarse este procedimiento, por lo que la correlación clínico patológica aporta información y ejercita al clínico y patológico -- en la práctica profesional para beneficio del paciente (1,7,9,12,13,14-24).

En los estudios post-mortem se ha encontrado a las enfermedades -- cerebrovasculares como una de las principales causas de muerte, siendo una de sus etiologías las trombosis de los senos venosos entre los que destacan el seno longitudinal superior con una prevalencia de 5.05% y se le ha encontrado asociado a factores como infección, neoplasias, t#au matismo craneoencefálico, embarazo, puerperio, uso de anticonceptivos y -- fármacos quimioterápicos, entre otros. (3,4,2,14,15,19,20.)

La sangre de la cara, craneo y porción paravertebral del cuello -- es recogida por tres troncos venosos: 1.- Yugular interna, 2.- Yugular -- externa y 3.- Yugular anterior. El sistema de la yugular interna com-- prende el tronco de la vena yugular, las afluentes de este tronco o -- sea los senos de la dura madre y sus afluentes es decir los senos de -- la duramadre o senos craneales que son conductos venosos abiertos en --

el espesor de la duramadre que conducen la sangre del encéfalo y de las cavidades orbitarias y al unirse entre sí dan origen a la yugular interna. No presentan válvulas, su número es de 21 (5 pares y 8 impares) se dividen en grupo anteroinferior y pósterosuperior. Dentro de este grupo los senos confluyen en la presa de Herófilo, tres son impares (seno longitudinal superior, el inferior y el recto) y dos pares (senos laterales y occipital posterior). El seno longitudinal superior es impar y medio y se extiende a todo lo largo del borde convexo de la hoz del cerebro. Empieza en el agujero ciego con una pequeña vena de Sproger y se extiende de la presa de Herófilo al canal óseo o bóveda craneal y sus caras laterales corresponden a los bordes superiores de cada hemisferio cerebral. En el seno longitudinal superior terminan las venas anteriores del borde orbitario del cerebro, las venas de la cara interna del hemisferio cerebral y la mayoría de la cara externa; las grandes venas anastomóticas unen este seno con el seno de la base. En el seno longitudinal superior acaban las venas meníngeas medias, no se abren directamente en él si no que forman lagos sanguíneos en el espesor de la duramadre y la vena emisaria de Santorini que pasa por el agujero parietal y comunica la circulación exocraneal con la endocraneal. Los lagos sanguíneos son expansiones laterales del seno longitudinal superior y en ellas desembocan las venillas diploicas y meníngeas. (17). De todo el organismo son las más resistentes a los procesos mórbidos, ya que por su diseño los senos venosos cerebrales funcionan como preventivos del colapso en la fase de presión negativa venosa intracraneal ya que las venas que atraviesan el cere-

bro hacia el seno venoso penetran en una dirección opuesta al flujo -- sanguíneo del mismo, de esta manera el efecto venturi que puede colapsar las venas se encuentra minimizado, pero al mismo tiempo las afluen- cia de sangre en sentido contrario a su circulación hace que existan -- turbulencias y flujo lento ocasionando alteraciones hemodinámicas que- quizá predispongan a la trombosis. (9,21).

Dentro de las patologías que afectan estos senos venosos se en- -- cuentra la trombosis del seno longitudinal superior, la cual fué des- -- crita desde 1888 cuando Gowers hace la primera descripción al recono- -- cer la trombosis aséptica y sugiere que estaba asociada con el embara- -- zo y marasmo.

La trombosis de los senos venosos cerebrales se clasifican en pr -- ma -- ria -- s y secundarias y se describen a continuación. La trombosis pr -- ma -- ria en numerosas investigaciones se reporta su asociación o relación -- a embarazo, neoplasias, cardiopatías, marasmo o deshidratación, cirugía, -- insuficiencia renal, traumatismo craneoencefálico, oclusión arterial -- cerebral, anticonceptivos orales, diabetes mellitus y algunos reporta- -- dos como idiopáticos donde los pacientes eran portadores de enfermeda- -- des como hipertensión arterial sistémica. Las trombosis secundarias -- son debidas a procesos piógenos craneofaciales como sinusitis frontal- -- mastoiditis, otitis media supurada, infecciones de nariz y mejillas, -- absceso subdurales, etcetera (2,3,4,8,15,19,20).

Los factores predisponentes o asociados a trombosis del seno lon- -- gitudinal superior varían según la literatura en los diferentes -- -- países, .En algunas partes del mundo se ha demostrado esta entidad re-

lacionada más frecuentemente a anticonceptivos y fármacos quimiote---
 rápicos(18). En México y la India se relaciona más frecuentemente a em
 barazo y puerperio(18), siendo una causa de muerte relativamente rara-
 y su diagnóstico clínico difícil, por sus manifestaciones inespecifi--
 cas con cambios neuropatológicos que varían desde alteraciones mínimas
 del tejido cerebral hasta infartos hemorrágicos bilaterales, con casos-
 intermedios en los que hay edema o infartos pálidos del sistema Nervio
 so Central. Clínicamente es difícil sospecharla trombosis del seno lon-
 gitudinal superior, ya que los antecedentes pueden ser negativos o -
 bien el único dato clínico puede ser cefalea (19), cuya intensidad au-
 menta y posteriormente se asocia a deficit motor que va desde paresias
 hasta plejias de hemicuerpo, fasciculaciones, alteraciones del estado de
 alerta, cursando con crisis convulsivas, llegando a estado de coma y muer-
 te, siendo diagnosticadas frecuentemente como Enfermedad Vascul ar Cere-
 bral de tipo hemorrágico y en pocas casos con antecedentes estableci-
 dos de sepsis o algunos de los factores ya mencionados se sospecha clí-
 nicamente y es difícil corroborar dicho diagnóstico ya que la Tomogra-
 fía axial computada solo dá algunos datos como son: Ventrículos peque--
 ños(33%): el signo delta vacío que se representa en un 33%, esto se obser-
 va en un corte perpendicular al seno como un triángulo de alta densi-
 dad con el centro de baja densidad. El signo del cordón representado por
 un coágulo de mayor densidad en una vena cortical cerebral, es casi --
 patognomónica de la trombosis venosa. Se considera a la angiografía el
 estudio de elección para establecer el diagnóstico.(19).

La trombosis del seno longitudinal superior tiene una mortalidad

elevada ya que su poca sospecha clínica nos lleva a iniciar un tratamiento tardío, por lo que en esta revisión encontramos factores asociados a esta patología para sospechar su presencia tempranamente aunque como se mencionó su cuadro clínico es inespecífico y su mortalidad -- elevada.

MATERIAL Y METODOS:

Se analizaron 554 necropsias y expedientes en el periodo comprendido entre 1981-1990 en el servicio de patología del Hospital General "Dr. Dario Fernandez Fierro" ISSSTE. Para tal fin se diseñó una hoja de recolección de datos donde se consideró :-- edad, sexo, antecedentes, cuadro clínico, diagnóstico anatomopatológico e histológico, causa directa de muerte y días estancia.

Criterios de Inclusión:

Se consideraron todos los estudios post-mortem en los cuales el diagnóstico fué de trombosis del seno longitudinal superior como causa directa de muerte o hallazgo anatomopatológico.

Criterios de Exclusión:

Se excluyeron obitos así como padecimientos en los cuales -- el hallazgo fue hemorragia del seno longitudinal superior.

Criterios de Eliminación:

Estudios histopatológicos que dentro del criterio de inclusión no esten completos o no tengan expediente en el hospital.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO:

Se obtuvieron los datos de la causa de muerte clínica de los expedientes que existen en el archivo del hospital Dr. Dario Fernández Fierro. En el área de defunciones, las que se asentaron en la hoja de recolección de datos. Se analizaron y obtuvieron los diagnósticos anatomopatológicos siendo asentados en la hoja correspondiente, se recopiló la causa etiológica de la muerte que pudiera corresponder a trombosis del seno longitudinal, así como el mismo diagnóstico como hallazgo en la necropsia sin ser causa directa de muerte y los antecedentes patológicos de importancia que pudieran orientar a los posibles factores asociados para desarrollar esta patología.

Los diagnósticos anatomopatológicos se agrupan de acuerdo a;

- 1.- Enfermedad que sin traducción clínica aparente representó hallazgos relevantes en la necropsia.
- 2.- Enfermedad que motivó el internamiento y que sus signos y síntomas eran inexplicables.
- 3.- Otras enfermedades o patologías no detectadas en vida que fueron significativas en la necropsia.
- 4.- El total de necropsias revisadas fué de 554 de estas, 28 correspondieron a trombosis del seno longitudinal superior.

RESULTADOS.

De los 554 protocolos de necropsias estudiadas, 28 correspondieron a trombosis del seno longitudinal superior (5.05%).

La trombosis primaria se presentó en 13 pacientes (46.4%), y los casos de trombosis secundaria fueron 15 (53.5%).

Del total de casos reportados el 60.7% correspondieron al sexo femenino y 39.2% al sexo masculino.

La mayoría de los casos de trombosis del seno longitudinal superior se presentaron en la sexta y séptima década de la vida (42.8%) y en orden descendente en la octava década de la vida (17.8%) en la quinta y novena década de la vida 10.7% y en la segunda y cuarta década de la vida (3.5%).

El mayor número de casos de trombosis del seno longitudinal superior se presentó en mujeres en la séptima década de la vida (29.4%) y en hombres en la sexta década de la vida (45.45%).

De las mujeres con trombosis del seno longitudinal superior (60.7%) las infecciones ocuparon el primer lugar con un 32.1%, Diabetes Mellitus 14.2%, Neoplasias 7.14%, enfermedad vascular cerebral y misceláneos 3.5%. De los problemas infecciosos tres correspondieron --

a Meningitis (dos bacterianas y una tuberculosa), dos Pielonefritis,-- una Tuberculosis pulmonar con neumonía tuberculosa y una neumonía -- abscedada, un caso de colangitis, uno con necrobiosis diabéticas y -- absceso hepático.

Dos presentaron Neoplasias que correspondieron a adenocarcinoma-- poco diferenciado de vesícula biliar. La cardiopatía correspondió a -- lesión mitral y aórtica.

De los once pacientes masculinos, seis correspondieron a proble - mas infecciosos, tres casos misceláneos y dos Diabetes mellitus.

Las infecciones fueron tres por neumonía abscedada, uno de estos_ con pielonefritis aguda y crónica abscedada, una tuberculosis activa-- con neumonía fímica, un síndrome de Fournier, un paciente con peritoní_ tis y absceso subfrénico.

De los 28 pacientes con trombosis del seno longitudinal superior 50% presentaron signos neurológicos, siendo el más frecuente el estado de coma y babinski, alteraciones pupilares tanto midriasis como miosis así como crisis convulsivas. En ningún paciente fué realizado el diagnóstico de trombosis del seno longitudinal superior antemortem, solo_ el 5.05% de los pacientes con trombosis del seno longitudinal supe - rior fallecieron por esta entidad. Todos ellos (tres) fueron diagnosti_ cados como enfermedad vascular cerebral hemorrágica.

Del total de pacientes con TSLs, el 32.14% en el estudio anatomopatológico presentó infartos cerebrales y de estos 25% cursó con edema cerebral. De los casos con infartos cerebrales, en el 10.7% además se encontró hemorragia subaracnoidea, tres pacientes 10.7% solo presentaron infartos hemorrágicos y uno 3.5% hemorragia subaracnoidea.

Del 10.7% de casos que fallecieron por trombosis del seno longitudinal superior, uno 3.5% presentó infartos recientes bilaterales, -- los otros dos 7.14%, infartos hemorrágicos múltiples. Los tres cursaron con edema cerebral y dos con herniación del uncus, cíngula y amígdalas cerebelosas.

Como hallazgo anatomopatológico de importancia, el 53.5% de los -- pacientes presentaron aterosclerosis y arterioesclerosis.

CASOS DE PACIENTES CON T.S.L.S

1.- Paciente femenino de 32 años de edad con cuadro clínico de 15 días de evolución caracterizado por cefalea. 24 hrs antes de su ingreso a la unidad hospitalaria presenta caída de propia altura con traumatismo craneo encefalico en región parietal, presentando posteriormente cefalea generalizada opresiva, somnolienta con nausea y vomito, progresa al estupor, pupilas midriáticas, fondo de ojo con edema de papila y hemorragia temporal de ojo derecho, hiperrreflexia, babinski bilateral, coma, pérdida del automatismo respiratorio, bradicardia y fallece.

Necropsia: Trombosis del seno longitudinal superior, trombosis del seno longitudinal superior, trombosis de vasos pulmonares y hepáticos con infartos recientes bilaterales frontales y occipitales. Hemorragia subaracnoidea.

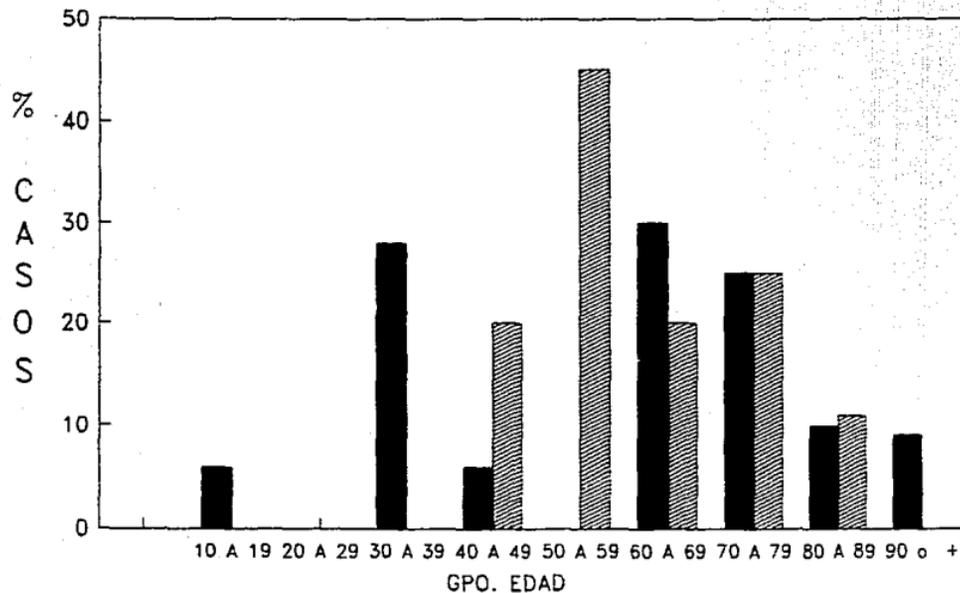
2.- Paciente femenino de 74 años de edad con antecedentes de Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial. Es encontrada inconciente. Se toma - dextrostix el cual reporta 40 mgs de glucosa, se trata como hipoglucemia, posteriormente insuficiencia respiratoria .Se maneja con apoyo --- mecánico ventilatorio, continua en coma profundo con desviación de la-- mirada conjugada a la derecha, pupilas mióticas y babinski, fallece.

Necropsia: Trombosis del seno longitudinal superior y plexos co-roides. Infartos hemorrágicos múltiples corticales y núcleos basales - hemorragia en puente.

3.- Paciente masculino de 48 años de edad. Ingresa con cuadro clínico de crisis convulsivas tónico clónico generalizada y sialorrea. Durante su estancia evoluciona con crisis parciales con pronación de -- miembros torácicos y movimientos de ojos, presenta fiebre hasta 38.7°C presenta crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas, pupilas anisocóricas por midriasis derecha y posteriormente midriasis bilateral y fallece.

Necropsia: Trombosis del seno longitudinal superior, congestión y hemorragia subaracnoidea, hemorragia en lobulo frontal, infartos hemorrágicos occipitales, edema cerebral.

DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO DE TROMBOSIS SENO LONGITUDINAL SUPERIOR



F: 60.7%

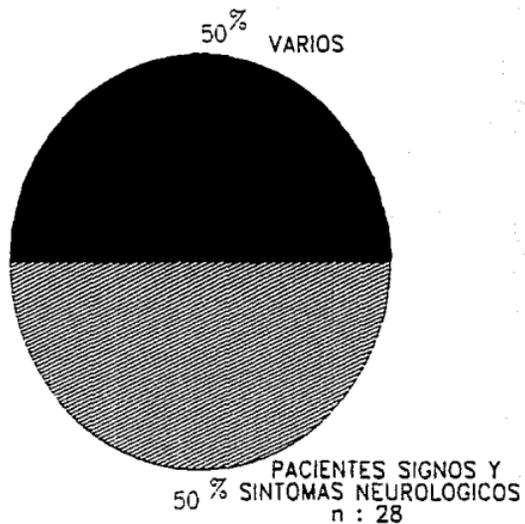
M: 39.2%

n: 28

F
 M
LEGEND

DISTRIBUCION SIGNOS Y SINTOMAS
PACIENTES TROMBOSIS
SENO LONGITUDINAL SUPERIOR

16



**CUADRO SIGNOS NEUROLOGICOS PACIENTES TROMBOSIS
SENO LONGITUDINAL SUPERIOR**

	No	%		No	%
SOPOR	4/14	14.2%	PEPILEDEMA	1/14	3.5%
COMA	4/14	14.2%	HEMIPLEJIA	2/14	7.1%
DISARTRIA	2/14	7.1%	PARESIA	1/14	3.5%
CRISIS CONVULSIVAS	3/14	18.7%	BABINSKI	4/14	14.2%
MIOTICAS	2/14	7.1%	DESVIACION COMISURA LABIAL	1/14	3.5%
PUPILAS:					
MIOTICAS	3/14	18.7%			

**CUADRO FACTORES ASOCIADOS A
TROMBOSIS SENO LONGITUDINAL SUPERIOR**

18

ENTIDAD NOSOLOGICA	% DE PACIENTES
EMBARAZO Y PUPERIO	-
TRAUMATISMO CRANEOCETALICO	-
NEOPLASIAS	7.14% (2)
IMPECCIONES	53.58% (15)
MEDICAMENTOS (ANOMULATORIOS QUIMIOTERAPEUTICOS)	-
CARDIOPATIAS ADQUIRIDAS	3.58% (1)
CIRUGIA	-
DIABETES MELLITUS	21.48% (6)
ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL	3.58% (1)
MARASMO Y/O DESHIDRATACION	-
MISCALANEO	18.78% (3)
T O T A L	100.00% (28)

D I S C U S I O N

La frecuencia de la trombosis del SLS en nuestra serie fué de 28-casos(5.05%) en un periodo de 10 años en 554 protocolos de necropsia, porcentaje alto comparado con otras series. Como la serie de Ramirez--- (18) 0.0045%, la de Reddy que fué de 1.5%. En la serie referida por Ramírez la frecuencia de trombosis del seno longitudinal superior es mayor en el embarazo(40.8%).

El mayor número de trombosis fueron secundarias 53.5% y la --trombosis primaria se presentó en el 46.5% de los pacientes. Ocurrió en el 60.7% en el sexo femenino y 39.28% en el sexo masculino.

Nosotros encontramos que la trombosis del seno longitudinal superior secundaria se presenta no solo en procesos infecciosos de senos-paranasales y oído medio como fué descrito por Wilkins(19) sino en infecciones en cualquier parte de la economía como son a nivel pulmonar y renal y vías biliares.

En numerosos estudios se reporta la asociación de TSLS y la ingesta de anticonceptivos orales ya que estos causan elevación de la pro--trombina y factores de coagulación VII, IX, X, (10, 15), en nuestro estudio no encontramos TSLS asociada al uso de anticonceptivos la cual puede deberse a nuestra población estudiada.

Por otro lado la TSLS se ha relacionado con neoplasias cuya causa puede ser metastásica y no metastásica. De nuestra serie estudiada el-

7.14% ocurrió como complicación de neoplasias que correspondieron a adenocarcinoma poco diferenciado de vesícula biliar. En series referidas por Sigsbee (22), se encontró que son más frecuentes las TSLS por metastásis de enfermedad maligna hematológica que las trombosis en pacientes con cancer y sin metástasis intracraneales. No encontramos en nuestro grupo estudiado relación con quimioterápicos.

De los casos reportado en esta serie de TSLS el 10.7% falleció por esta entidad nosológica, el resto fue hallazgo en el estudio post mortem.

En ningún paciente se realizó el diagnóstico antemortem de TSLS ya que su diagnóstico clínico es difícil por lo inespecífico de su cuadro clínico, como se mencionó por Wilkins que dado su cuadro clínico el estudio de elección para diagnosticar esta entidad nosológica es la angiografía (19), como auxiliar de diagnóstico la Tomografía axial computada..

Los pacientes con TSLS no recibieron tratamiento con anticoagulantes como se menciona en la literatura (8) ya que no existió la sospecha clínica de TSLS.

Como hallazgos importantes en nuestro estudio el 53.5% de los pacientes presentaron aterosclerosis y arterioesclerosis. El 21.4% se asoció a Diabetes Mellitus

C O N C L U S I O N E S

- 1.- Se encontraron 28 casos de trombosis del seno longitudinal superior(5.05%) en un período de 10 años en 554 protocolos de necropsias.
- 2.- 60.7% se presentaron en el sexo femenino y 39.28% en el sexo masculino.
- 3.- Ningún caso fué diagnosticado antemortem.
- 4.- El 50% de los pacientes presentó signos neurológicos.
- 5.- Del cuadro clínico neurológico los pacientes presentaron sopor - progresando al coma, babinski, crisis convulsivas, alteraciones pupilares ya sea midriasis o miosis, observándose en cada caso por lo menos tres signos neurológicos.
- 6.- De los casos de trombosis del seno longitudinal, en el 10.7% - - fué causa de muerte.
- 7.- La mayor incidencia ocurrió entre la sexta década de la vida.
- 8.- De los pacientes que fallecieron por trombosis del seno longitudinal superior, dos fueron de causa infecciosa y uno relacionado con-- Diabetes Mellitus.
- 9.- De todos los casos de T.S.L.S el 53.5% fué de etiología infecciosa.
- 10.-El 21.4% se asoció a Diabetes Mellitus.

- 11.- Reportamos solo el 7.14% asociado a neoplasias, las cuales correspondieron a adenocarcinoma poco diferenciado de vias biliares.
- 12.- De los casos relacionados con procesos infecciosos nosotros encontramos no solamente infecciones en senos paranasales y oido, sino en cualquier órgano de la economía.
- 13.- Las lesiones neuropatológicas en su mayoría fueron infartos trombóticos de diferente localización, así como infartos hemorrágicos y hemorragía subaracnoidea.
- 14.- Los tres casos que fallecieron por trombosis del seno longitudinal superior presentaron edema cerebral y dos herniación del uncus, cingula y amígdalas cerebelosas.
- 15.- Ningún caso recibió tratamiento médico ni quirúrgico.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Aguirre,J, Contreras,R, .González,A, .Bentz,L. La autopsia: Un procedimiento que ha pasado de moda?. Gacet Med Mex. Sep-Oct 198;124 - 9-10.
- 2.- Atkinson,E,A: Intracranial venous thrombosis as complication of oral contraception. Lancet,1:1079, 1974.
- 3.- Basal,B,C,Prakash,C: Study of serum lipid and blood fibrinolytic-activity in cases of cerebral venous/venous sinus thrombosis during the puerperium. Am J. Obstet. Gynecol, 119:1079-1082,1974.
- 4.- Brisar,G, .Brisnar,J.:Trombosis of intraorbital veins an cavernous sinus. Acta Radiol, 18:145-153,1977.
- 5,- Dizey,D,B, .Limited autopsies;dified benefits limited costs. Arch - Pathol lab Med, 108: 469-472,1984.
- 6.- Flores,B. : La practica de la autopsia en ls enseñanza de la medicina; Gacet Med Mex, 113:95; 1977.
- 7.- Goldman L, . Sayson,R, .Robbins,S. The value of the autopsy in three medical. N Engl J.Med. 308:1000-1005; 1983.
- 8.- Greenfield; Vascular disease of the central nervous system. Neuro_pathology, Londres,Edward Arnold publ Ltd; 119:1976.
- 9.- King,Dw: Potential of the autopsy.Arch Pathol Lab Med:108: 439-443 1984.

- 10.- Lastre,L,A,.Sanchez,T,M,. Díaz,S,J,: Desviaciones extracraneales y embarazo.Ginecología y Obstetricia;1988,56: 253-255.
- 11.- Lundberg,G,B.:The archives of Pathol and Laboratory Medicine and the autopsy.JAMA,1984;252:390-392.
- 12.- Mc Farlane,A.:The "Epidemiology Necropsy": Unixpeted Detection - Demografic,Selections and the Changing Rats of Lung Cancer.,Clin Res-1985,33: 269-A.
- 13.- Mc Phee,S,. Bottes;K,.Autopsy: Moribund Arto vital Science, The- Am Jour Med. 1985,78.
- 14.-Michael,C: Sagittal sinus thrombosis related to oral contraceptives. case report. J Neurosurg,1970;33:714-717.
- 15.- Nelson,S, IreY,M,D,: Vascular lesions in women Taking oral contra ceptives. Arch Patth,1970; 89:1-8.
- 16.-Pérez Tamayo,R.f Sobre los origenes de la anatomía patológica. Pa- tología. 1985;27: 77.
- 17.-Quiroz,G,F: Sistema Venoso.Tratado de Anatomía Humana;1989: 361-- 365.
- 18.- Ramírez,M,P,.Olvera,R,J,.Olvera,G,J,:Trombosis primaria del seno- longitudinal superior y venas afluentes. Patología,1984;22:4, 341-355
- 19.- Roberth H,Wilkins,.;Noseptic Venous occlusive Disease.Mc Graw Hill Boor Company Neurosurgery.1985; 1300-1307.
- 20.- S.Mullick,M,B; Serum lipid studies impregnancy. Am J.Obst and --- gyneco;1964: 89.

NO EXISTE

PAGINA

- 21.- Sandrit,W,.Staediger,M,.Drexler,H,: Autopsy and clinical Diagnosis.Pathol.Res Pract; 1980;168: 107-114.
- 22.- Sigsbee,B,.Michael,D,: Nonmetastatic Superior sagittal sinus thrombosis complicating systemic cancer.Neurology; 1979; 139-146.
- 23.- Southwick,M,D,.Richardson,J,R,.Septic thrombosis of the Dural venous Sinuses.Medicine; 1986,82-106.
- 24.- Wisler Rw,: The value of the autopsy for understanding cardiovascular disease. Arch Patol Lab Med.1984: 108: 479-483.
- 25.- Yañez,B R,. Rossi,L,J: Trombosis venosa profunda cerebral en relación a traumatismo craneo encefalico.Notas Clínicas Servicio de Neurología y Neuroradiológico. Univ. Autonoma de Madrid. 1985;258-259.