

quería expresar durante el trastorno, no podemos concluir si existían paragrafias. No tenemos datos suficientes para clasificar el tipo de afasia que podría haber tenido el paciente durante el episodio.

En cualquier caso, fue la agrafia el síntoma centinela que propició la búsqueda de asistencia médica especializada en un contexto clínico que había pasado desapercibido. La expresión de los síntomas clásicos a través de las tecnologías actuales puede resultar de ayuda en el diagnóstico diferencial de los trastornos del lenguaje, en ocasiones difícil cuando son descritos por los familiares del paciente y no son directamente observados por el neurólogo. Así es como pudimos reconocer y caracterizar este trastorno, con sus peculiaridades añadidas dado su medio de presentación, lo que permitió establecer un diagnóstico de sospecha que posteriormente se confirmó.

Bibliografía

1. Jalink MB, Heineman E, Pierie JPEN, Ten Cate Hoedemaker HO. Nintendo related injuries and other problems: Review. *BMJ*. 2014;349:g7267.
2. Fernández-Guerrero IM. «WhatsApp». *Lancet*. 2014;383:1040.
3. Alim-Marvasti A, Bi W, Mahroo OA, Barbur JL, Plant GT. Transient Smartphone «Blindness». *N Engl J Med*. 2016;374:2502–4.
4. Sathiamoorthi S, Wingerchuk DM. Transient smartphone blindness: Relevance to misdiagnosis in neurologic practice. *Neurology*. 2017;88:809–10.

M. Iglesias Espinosa*, J. Fernández Pérez,
T. Ramírez García
y P.J. Serrano Castro

Unidad de Neurología, Complejo Hospitalario
Torrecárdenas, Almería, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: mariglesp@gmail.com
(M. Iglesias Espinosa).

<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.08.004>
0213-4853/

© 2017 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Sinus pericranii: diagnóstico precoz en el lactante



Sinus pericranii: early infant diagnosis

Sr. Editor:

El *sinus pericranii* o seno pericraneal (SP) es una malformación vascular infrecuente. Consiste en una comunicación venosa directa entre los senos duros intracraneales y venas epicraneales, originando una dilatación varicosa de estas últimas¹. Existen unos doscientos casos descritos en la literatura; la mitad de ellos diagnosticados antes de la segunda década de la vida². El diagnóstico precoz en la primera infancia es infrecuente. Presentamos el caso de un lactante con dicha malformación desde el nacimiento.

Se trata de un lactante de dos meses de edad, sin antecedentes de interés, con desarrollo psicomotor adecuado a su edad. Desde el nacimiento, presenta una mácula violácea blanda en cuero cabelludo, de tres mm de diámetro, fluctuante con las maniobras de Valsalva y el llanto (fig. 1).

Se realizó ecografía craneal con modalidad Power Doppler, observándose una lesión vascular que aumenta de tamaño con el llanto y drena en el seno sagital superior. Ante la sospecha de SP, se llevó a cabo angiografía de senos venosos sin contraste con reconstrucción según sistema MIP, que confirmó la comunicación vascular. Se visualizó una variz con drenaje en una vena pericraneal, ambas de pequeño tamaño y localizadas en cuero cabelludo. Dicha variz recibe sangre venosa del seno sagital superior a través de una vena transósea. Dada la edad y características de la malformación, se decidió actitud conservadora. Actualmente se

encuentra asintomático y no ha presentado cambios en la lesión.

El SP es la anomalía venosa más frecuente de las venas diploicas³. La localización más común es en la línea media, sobre todo a nivel frontal, aunque se han descrito otras localizaciones^{4,5}. La mayoría de los casos son congénitos, por probable hipertensión transitoria durante el período embrionario³. Sin embargo, el diagnóstico suele ser tardío. Entre las causas secundarias más frecuentes destacan los traumatismos craneoencefálicos, que provocan avulsión de las venas emisarias^{3,6}. Nuestro paciente presenta un SP congénito y se trata de uno de los casos con diagnóstico más precoz de la literatura.

Clínicamente suele cursar de forma asintomática y es típico visualizar una tumoración de consistencia blanda, azulada, que aumenta de tamaño con las maniobras de Valsalva^{2,3}. En población adulta se han descrito casos relacionados con cefalea, dolor cutáneo, convulsiones, náuseas, vértigo, ataxia, etc.^{3,7–9}. Asimismo, el SP se ha relacionado con algunas malformaciones vasculares, linfáticas o con cuadros sindrómicos, asociaciones que no se dieron en nuestro paciente^{3,4,7,10}.

El diagnóstico es clínico, aunque se confirma radiológicamente. No existe consenso sobre la prueba de elección. La tomografía computarizada permite visualizar defectos óseos asociados y la resonancia magnética es útil para descartar malformaciones venosas acompañantes (fig. 1)^{11–13}. La más sensible es la angiografía magnética, muy característica y de gran valor en nuestro caso para la elección del manejo (fig. 2). La ecografía Doppler permite visualizar el flujo sanguíneo de forma no invasiva. En nuestro paciente, esta última fue clave para orientar el diagnóstico. Existen técnicas más novedosas como la arteriografía por sustracción digital, con sensibilidad elevada y más precisa

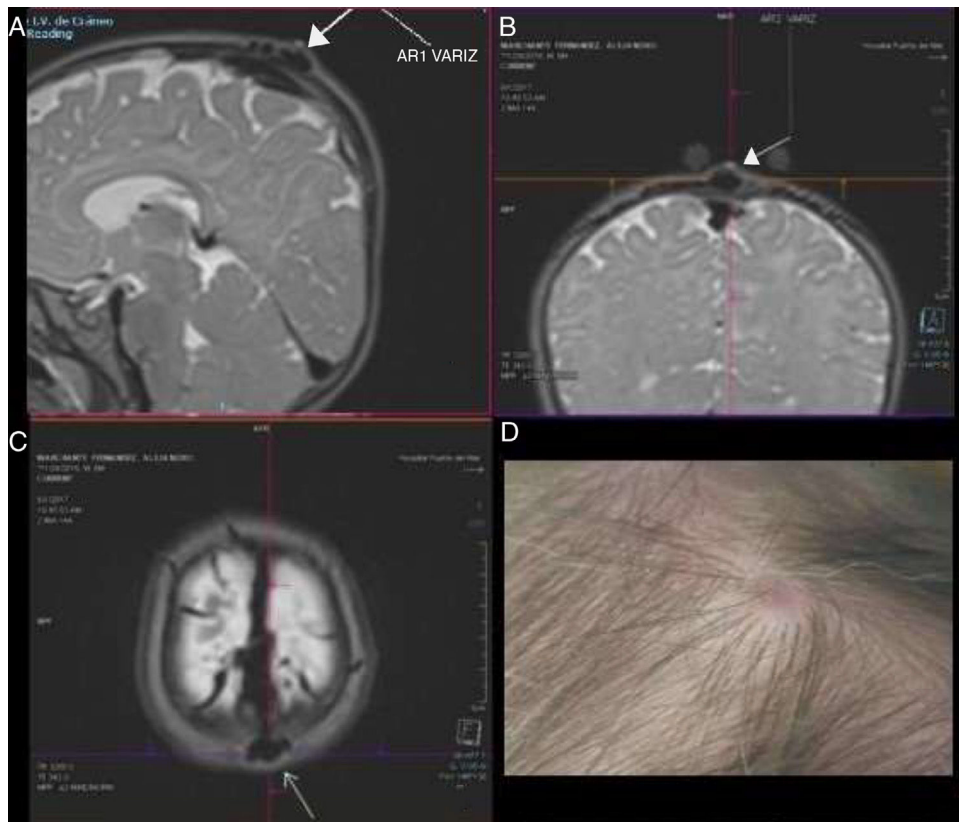


Figura 1 A) Resonancia magnética corte sagital secuencia T2W. Se visualiza variz (flecha blanca, imagen de vacío de señal) con drenaje en seno sagital. B) Corte coronal a nivel de la variz (flecha blanca). Se observa la protrusión en superficie. C) Imagen axial en la que se observa el nivel de la lesión y su localización en línea media. D) Aspecto externo del sinus pericranii. Mácula a nivel de cuero cabelludo, fluctuante en la exploración.

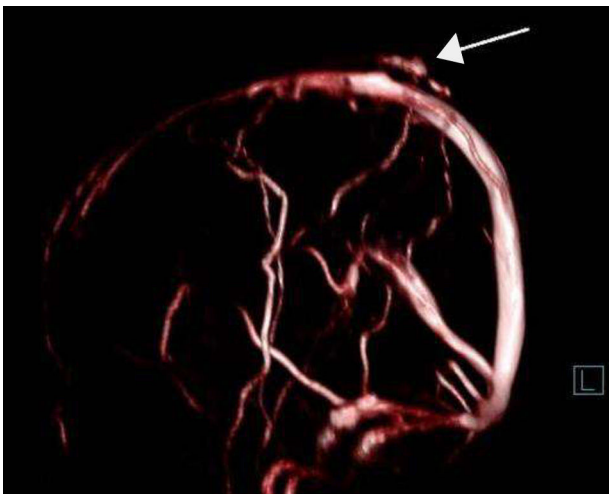


Figura 2 Angiorresonancia magnética (secuencia MRV). Se observa variz (flecha blanca) con drenaje en vena pericraneal, en comunicación con el seno sagital superior a través de una vena transósea.

en la evaluación hemodinámica. El diagnóstico diferencial se realiza con otras malformaciones vasculares¹⁴, granuloma eosinófilo, tumores epidermoides, meningocele, encefalocele y quiste traumático leptomeníngeo^{1,4}.

La mayoría de los casos publicados abogan por manejo conservador⁹, realizándose tratamiento por razones estéticas. En algunos trabajos existe controversia sobre la realización de intervención como profilaxis de complicaciones. En dichos casos, actualmente se aboga por la extirpación de la masa craneal en bloque con ligadura de los vasos comunicantes, contraindicada si el SP forma parte del drenaje venoso cerebral principal. La hemorragia es la complicación más frecuente^{1,7}.

Valorando el riesgo-beneficio del tratamiento, consideramos razonable mantener actitud expectante en asintomáticos. La evolución es favorable en los casos descritos, con buen pronóstico, sin déficits neurológicos ni recidivas en caso de intervención¹⁵.

Bibliografía

1. Guillen-Quesada A, Alamar-Abril M, García Fructuoso G, Costa-Clara JM. Sinus pericranii. A case report. *Rev Neurol.* 2008;47:77–8.
2. Mitsukawa N, Satoh K, Hayashi T, Furukawa Y, Suse T, Uemura T, et al. Sinus pericranii associated with craniosynostosis. *J Craniofac Surg.* 2007;18:78–84.
3. Schenk B, Brouwer PA. Bilateral frontal sinus pericranii with an intratubular course. A case report. *Interv Neuroradiol.* 2010;16:179–82.

4. Iwamuro H, Ikeda S, Taniguchi M. A rare case of diploid venous anomaly: asymptomatic venous sac expanding in the diploe. *Springerplus*. 2016;5:1926.
 5. Ito E, Takasu S, Hattori K. Sinus pericranii with dominant venous outflow in the superior eyelid. *Neurol Med Chir (Tokyo)*. 2017;57:144–8.
 6. Chowdhury FH, Haque MR, Kawsar KA, Sarker MH, Momtazul Haque AF. Surgical management of scalp arterio-venous malformation and scalp venous malformation: An experience of eleven cases. *Indian J Plast Surg*. 2013;46:98–107.
 7. Raheja A, Satyarthee GD, Sharma BS. Single, small,spontaneous,accessory,closed type,frontal sinus pericranii in a child: favorable outcome with surgical excision. *Neurol India*. 2013;61:680–3.
 8. Saba R, Senussi MH, Alwakkaf A, Brown H. Sinus pericranii in a young adult with chronic headache. *BMJ Case Rep*. 2013: 2013.
 9. Estors Sastre B, Requena Díaz M, González Temprano N, Chocarro Amatriain G, Carceller Benito F, López Gutiérrez JC. Sinus Pericranii. A series of 5 cases. *An Pediatr(Barc)*. 2013;79: 325–8.
 10. Scott AA, Hodge KD, Torres-Martinez W, Dlouhy SR, Smith JL, Weaver DD. Sinus pericranii in achondroplasia: a case report and review of the literature. *Clin Dysmorphol*. 2017;26:252–5.
 11. Murias E, Villota E, Saiza A, Gila A, Calleja S. Sinus pericranii asociado a trombosis espontánea de la vena oftálmica: estudios de neuroimagen. *Radiología*. 2009;51:307–12.
 12. Amaral L, Chiurciu M, Almeida JR, Ferreira NF, Mendonça R, Lima SS. MR imaging for evaluation of lesions of the cranial vault: a pictorial essay. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(3A):521–32.
 13. Bigot JL, Lacona C, Lepreux A, Dhellemmes P, Motte J, Gomes H. Sinus pericranii: advantages of MR imaging. *Pediatr Radiol*. 2000;30:710–2.
 14. Asano K, Sobata E, Kubo O. Subepicranial varix mimicking sinus pericranii: usefulness of threedimensional computed tomography angiography and bone window computed tomography—case report. *Neurol Med Chir (Tokyo)*. 2000;40:467–71.
 15. Rizvi MM, Singh RB, Sarkar A, Choubey S. A rare and deceptive venous anomaly, sinus pericranii. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2015;31:279–80.
- M. Lubián-Gutiérrez^{a,*}, M.I. Sánchez-Códez^a,
E. Peromingo-Matute^a
y A. Zuazo-Ojeda^b
- ^a *Unidad de Pediatría y sus áreas específicas, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España*
^b *Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España*
- * Autor para correspondencia.
Correo electrónico: manu.lubian@gmail.com
(M. Lubián-Gutiérrez).
- <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.10.014>
0213-4853/
© 2017 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).