

HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA EN PEDIATRÍA

Margarita Rodríguez Benjumea

INTRODUCCIÓN

- Descrita por Quincke (1897)
- La nomenclatura utilizada motivo de controversia.
- La hipertensión intracraneal idiopática viene definida por:
 - Incremento de la presión intracraneal:
> 200mmH₂O
 - LCR de composición normal
 - Ausencia de focalidad neurológica o de alteraciones en los estudios de neuroimagen.

- Etiología-Asociación
 - Idiopática / Familiar
 - Patología ORL: **OMA**, Sinusitis
 - Fármacos: **vitamina A**, tetraciclinas, corticoides, indometacina, hormona del crecimiento
 - Infecciones: mononucleosis
 - Alteraciones endocrinas: **menarquia**, hiper/hipotiroidismo, hipoparatiroidismo
 - Alteraciones metabólicas: **obesidad**, galactosemia, hipovitaminosis D
 - Alteraciones hematológicas: anemia ferropénica, leucemias, Wiskott-Aldrich
 - Alteraciones sistémicas: LES, Sd. Guillian-Barré
 - **TCE**

- Hipótesis fisiopatológicas
 - Aumento presión venosa por microtrombosis de los senos venosos: proceso infeccioso o TCE
 - Aumento de la resistencia aracnoidea al drenaje del LCR: hipovitaminosis A, familiar
 - Hipersecreción de LCR: mecanismo hormonal
 - Edema cerebral: galactosemia

- Clínica
 - Niños < 2 años;
 - **Irritabilidad**
 - Somnolencia
 - Apatía
 - **Fontanela abombada**
 - Niños > 2 años:
 - **Cefalea**: intensidad creciente, dificultad descanso nocturno
 - **Vómitos**: de carácter proyectivo, preferentemente al despertar.
 - Disminución de la agudeza visual
 - Dolores cervicales: distensión del espacio subaracnoideo.
 - Ataxia y vértigo

MATERIAL Y MÉTODO

- Se revisaron retrospectivamente 14 casos diagnosticados de HII en un periodo de 24 años (1982-2006). En todos se realizó:
 - Historia clínica detallada
 - Exploración física completa
 - Exploración neurológica
 - Punción lumbar
 - Estudio oftalmológico
 - EEG
 - Estudios de neuroimagen

- **Criterios de Ahlskog (1982) modificados**
 - Ausencia de focalidad neurológica
 - LCR de composición normal
 - Presión de LCR $> 200\text{mmH}_2\text{O}$ (*en niños > 2 años, sedados y en decúbito lateral*)
 - Neuroimagen sin alteraciones o con discreta disminución del tamaño ventricular.

- Se establecieron 2 grupos diferentes en función de la edad:
 - Grupo I: < 2 años (4 casos)
 - Grupo II: > 2 años (10 casos)
- Se recogieron las diferencias en cuanto a:
 - Síntomas de presentación
 - Hallazgos en la exploración
 - Etiología asociada
 - Tratamiento administrado
 - Evolución

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Edad	5 meses	6 meses	7 meses	9 meses
Sexo	Mujer	Mujer	Mujer	Varón
Clínica	Irritabilidad Vómitos	Irritabilidad	Fontanela abombada	Irritabilidad
Exploración	Fontanela abombada	Fontanela abombada	Fontanela abombada	Fontanela abombada Estrabismo
Edema papila	No	No	No	No
EEG	Normal	Normal	Normal	Normal
Neuroimagen	Normal	Normal	Normal	Normal
Asociación	OMA	Obesidad Vitamina A	OMA	Ninguna
Evolución	Favorable	Favorable	Favorable	Favorable

	EDAD	SEXO	CLÍNICA	EXPL.	EDEMA PAPILA
CASO 1	11 años	Mujer	Cefalea Vómitos	Estrabismo	Sí
CASO 2	8 años	Varón	Cefalea Vómitos	Normal	Sí
CASO 3	7 años	Varón	Cefalea Vómitos	Normal	Sí
CASO 4	4 años	Mujer	Cefalea Vómitos	Estrabismo	Sí
CASO 5	7 años	Mujer	Cefalea Vómitos	Normal	Sí
CASO 6	10 años	Mujer	Cefalea Vómitos	Estrabismo	Sí
CASO 7	4 años	Varón	Cefalea Vómitos	Estrabismo	Sí
CASO 8	5 años	Varón	Cefalea Vómitos	Normal	Sí
CASO 9	7 años	Varón	Cefalea Vómitos	Normal	Sí
CASO 10	4 años	Mujer	Cefalea Vómitos	Normal	Sí

	EEG	NEUROIMAGEN	ASOCIACIÓN	EVOLUCIÓN
CASO 1	Normal	Disminución tamaño ventricular	Menarquia	Favorable
CASO 2	Lentificación	Normal	TCE leve	Favorable
CASO 3	Lentificación	Normal	Nada	Favorable
CASO 4	Normal	Normal	Nada	Favorable
CASO 5	Lentificación	Normal	Obesidad Vitamina A	Favorable
CASO 6	Normal	Normal	Nada	Favorable
CASO 7	Lentificación	Normal	Obesidad	Favorable
CASO 8	Normal	Disminución tamaño ventricular	OMA	Alteración agudeza visual
CASO 9	Normal	Normal	Nada	Favorable
CASO 10	Normal	Normal	C.V.A	Favorable



Tratamiento

	GRUPO I	GRUPO II
Restricción Líquida	Si	Si
Dieta hiposódica	No	Si
Dexametasona	No	Si
Factor asociado	Si	Si

CONCLUSIONES

- Debemos sospechar HII en aquellos niños < 2 años con ***irritabilidad y fontanela abombada*** y en los > 2 años con cefalea y vómitos.
- Es necesario investigar la posible presencia de causas subyacentes y si existen tratarlas de forma correcta.
- En aquellos niños ***> 2 años*** con HII debemos considerar el tratamiento con ***DXM iv*** con el fin de evitar complicaciones oftalmológicas.

MUCHAS GRACIAS

