



Medicina humana

Clínicas médicas complementarias
“Síndrome de hipertensión
intracraneana”
2do Parcial (Séptimo semestre)

Doctor Ricardo Acunia Del Saz
Alumna Citlali Guadalupe Pérez Morales

Síndrome de hipertensión intracraneana

Definición

La Hipertensión Intracraneana (HIC) es una elevación sostenida de la Presión Intracraneal (PIC) por encima de sus valores normales (0-15 mmHg) originada por la pérdida de los mecanismos compensatorios o ruptura del equilibrio existente entre el cráneo y su contenido (VSC + LCR + VPC).

Etiología

Las causas más frecuentes de elevación de la presión intracraneana:

Traumatismo craneoencefálico:

- Hematoma epidural
- Hematoma subdural
- Contusión hemorrágica –Swelling

Hidrocefalia

Tumores

Infecciones:

- Absceso cerebral
- Empiema subdural

Procesos vasculares:

- Infarto cerebral
- Trombosis venosa
- Hematoma intraparenquimatoso

Encefalopatías que pueden cursar con edema cerebral:

- Hipercápnica
- Hepática -Síndrome de desequilibrio (diálisis)

Clínica

La clínica característica del síndrome de hipertensión intracraneal (HTIC) es:

- **Cefalea.** Generalmente es más grave durante la noche debido a la hipercapnia nocturna, que produce vasodilatación cerebral, sobre todo, en la fase REM del sueño. Puede despertar al paciente y empeora por la mañana. Característicamente aumenta con las maniobras de Valsalva.
- **Vómitos.** De predominio matutino, muy típicos en "escopetazo".
- **Edema de papila.** Es el signo exploratorio que traduce la existencia de HTIC. En los lactantes puede no encontrarse, pero se apreciará abombamiento de la fontanela y separación de las suturas (diástasis)
- También aparece frecuentemente diplopía, por lo general secundaria a lesión del VI par craneal. Los niños no suelen quejarse de visión doble porque eliminan más fácilmente la imagen del ojo afectado, pero es frecuente que inclinen la cabeza para hacer coincidir las dos imágenes.
- **Alteración del nivel de consciencia.**

En fases de HTIC moderada o avanzada, con compromiso en el FSC, puede observarse la tríada de Cushing: hipertensión arterial (lo más constante), bradicardia y alteraciones del ritmo respiratorio, aunque sólo en un 30% de los pacientes se observa la tríada completa.

Diagnostico

El diagnóstico de certeza de un paciente con sospecha clínica de hipertensión intracraneal se establece mediante la monitorización de la PIC, utilizando sensores que pueden colocarse a nivel intraparenquimatoso, intraventricular, epidural o subdural.

La onda de presión intracraneal depende de oscilaciones normales de la tensión arterial (en la sístole cardíaca se produce una elevación de la presión intracraneal, al llegar la sangre al cerebro) y del ritmo respiratorio (la inspiración conlleva un descenso de la presión intracraneal, ya que facilita el retorno venoso al corazón).

En una situación de hipertensión intracraneal, además de obtener en el registro cifras elevadas de presión, se pueden detectar variaciones en la morfología de la onda normal que tienen diferentes interpretaciones clínicas (ondas de Lundberg):

Ondas A meseta o plateau: elevaciones mantenidas de la PIC (>50 mmHg durante 5-20 minutos) que indican compromiso en la auto-rregulación cerebrovascular.

Ondas B: se han relacionado con alteraciones en el ritmo respiratorio, principalmente con la respiración de Cheyne-Stokes.

Ondas C: probablemente en relación con variaciones en la presión arterial.

Tratamiento

Siempre que sea posible, hay que tratar el problema primario responsable de la HTIC. Por ejemplo, en situaciones en las que haya una hidrocefalia aguda, habrá que proceder a colocar un drenaje ventricular externo.

En cuanto al tratamiento general de la hipertensión intracraneal, independientemente de cuál sea la causa que la esté provocando, son útiles las siguientes medidas:

Medidas de primer nivel	<ul style="list-style-type: none">• Elevación cabecera 30°• Sedación y relajación• Drenaje ventricular externo• Manitol 20%• Suero hipertónico• Hiperventilación
Medidas de segundo nivel	<ul style="list-style-type: none">• Craniectomía descompresiva• Coma barbitúrico• Hipotermia

- Elevar la cabeza del enfermo unos 30° para favorecer el retorno venoso.
- Evitar la hipotensión arterial, la hipertermia y la hiperglucemia.
- Sedación y relajación, si es necesario.

- Drenaje ventricular externo. Se trata de una medida que se emplea en el tratamiento de la hipertensión intracraneal, aún no teniendo hidrocefalia. Consiste en evacuar líquido cefalorraquídeo a un reservorio exterior.
- Manitol al 20%. Es un diurético osmótico de alta eficacia y de , mecanismo de acción más rápido que los corticoides, pero es importante no superar una osmolaridad plasmática de 320 mOsm/l.
- Suero hipertónico, que lo que provoca es un paso de líquido desde el espacio intersticial al espacio intravascular debido a sus propiedades osmóticas.
- Hiperventilación controlada, para disminuir la pCO₂ hasta 30-35 mmHg (niveles inferiores tienen riesgo de isquemia cerebral por vasoconstricción).
- En casos refractarios a estas medidas, puede ser necesario recurrir al coma barbitúrico, hipotermia o craniectomías descompresivas

Bibliografía

Delgado, A., M.. (2017). Síndrome de hipertensión intracraneal . En Manual CTO de medicina y cirugía. Neurocirugía (124). México: CTO editorial.