

Síndrome de HIC

2DO PARCIAL



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

CLINICAS MEDICAS COMPLEMENTARIAS

KAREN YURENNI MARTÍNEZ SÁNCHEZ

DR. RICARDO ACUÑA

Se caracteriza por un incremento mantenido de la presión intracraneal (PIC) por encima de los límites de la normalidad. La PIC viene determinada por la presión de líquido cefalorraquídeo (LCR) dentro de los ventrículos cerebrales, la cual depende del flujo sanguíneo cerebral y el flujo de LCR. Las causas normalmente serán por TCE. La tríada de Cushing es un cuadro clínico tardío de la HTIC, la cual consiste en la combinación de hipertensión arterial sistémica, bradicardia y depresión respiratoria, y es un signo de herniación inminente. La clínica tiene cuatro características: cefalea con predominio nocturno, vómitos con predominio matutino y en escopetazo, edema de papila, que es el signo más importante, alteración del estado de consciencia y paresia del VI par (diplopía), **Etiopatogenia:** Las causas que pueden provocar aumento de la PIC pueden clasificarse según el componente comprometido, parénquima: tumor, absceso, encefalitis, quistes. Sangre: hematoma, trombosis venosa cerebral, LCR: hidrocefalia hipertensiva, Multifactorial y otras: TEC, edema cerebral, status epiléptico, meningitis, insuficiencia hepática aguda, intoxicaciones, encefalopatía hipertensiva y eclampsia. **Hernia subfalcina:** Corresponde a la protrucción de parénquima cerebral frontal bajo la hoz del cerebro. Su clínica es inespecífica, su complicación es la compresión de las arterias cerebrales anteriores, primero la ipsilateral y luego la contralateral, provocando un infarto en sus territorios, en este caso, la clínica será un síndrome frontal. **Hernia uncinal:** Se produce al protruir el uncus del lóbulo temporal hacia medial. Su clínica dependerá de la compresión de estructuras neurovasculares. **Hernia transtentorial:** Se produce al protruir parénquima cerebral hacia la escotadura de la tienda del cerebelo, se comprimen en forma progresiva: diencefalo, mesencefalo, puente y bulbo raquídeo. La fenomenología va cambiando según la estructura comprometida, siguiendo el patrón clásico de progresión rostro-caudal. Los signos más patognomónicos son la respuesta motora, las alteraciones pupilares y la pérdida de los reflejos propios de cada estructura. En el caso de los patrones respiratorios, clásicamente se les consideraba a cada uno de ellos como patognomónico de una estructura comprometida, hoy se reconoce la ausencia de especificidad. La excepción es la respiración apneútica o de Biot, la que frecuentemente indica una lesión bulbar e inminente paro respiratorio.

Hernia cerebelosa ascendente: Es infrecuente, se observa en tumores de fosa posterior e infartos cerebelosos con efecto de masa. Estas lesiones pueden producir compresión del acueducto de Silvio y IV ventrículo, provocando hidrocefalia triventricular, el drenaje supraventricular de esta hidrocefalia, sin tener la precaución de descomprimir la fosa posterior, puede producir una gradiente de presión transtentorial, favoreciendo la aparición de esta hernia. Clínicamente se presenta con compromiso de conciencia cuantitativa y alteración de la oculomotilidad, lo más frecuente es la paresia de mirada ascendente (espontáneamente mira hacia abajo), o más característico, la paresia de mirada descendente (espontáneamente mira hacia arriba). También se observa rigidez de descerebración y decorticación. Puede provocar infarto de la arteria cerebral posterior. **Hernia cerebelosa descendente:** Es infrecuente pero mortal. No presenta clínica premonitoria antes del paro respiratorio por compresión directa de las amígdalas cerebelosas sobre el bulbo raquídeo. La causa más frecuente es una masa cerebelosa que es descompensada al realizar una punción lumbar (PL), debido a estos casos es que se recomienda, salvo excepciones, realizar la PL después de tener imágenes del encéfalo. Tipos de monitores de pic: **Intraventricular:** Es el "gold standard" debido a que tiene una excelente correlación con la clínica, es fácil de calibrar, es de bajo costo y además puede ser terapéutico, al permitir drenar LCR. Su medición es en cm de agua. Su principal complicación es la infección, la que se correlaciona proporcionalmente a los días de instalado e inversamente a su largo. Las complicaciones hemorrágicas son menores al 1%. **Intraparenquimatoso:** Es el más utilizado en la actualidad, entre estos, destaca los de marca CAMINO. Estos equipos trabajan con un haz de luz que se refleja en el parénquima cerebral, este haz reflejado es detectado por un receptor que conduce la información hacia un transductor vía fibra óptica. Finalmente, se traduce a un monitor quien dibuja la curva de PIC y la muestra instantáneamente en mmHg. **Epidural:** Está indicado en pacientes con falla hepática fulminante e HTIC, esta es su principal causa de muerte. El monitor intraparenquimatoso está contraindicado debido a que presentan una coagulopatía, con un elevado riesgo de hemorragias intracraneanas mortales. Presentan una baja tasa de infección (<1%). **DX Y TX:** hay que monitorizar la PIC, tratar la causa

primaria, una TAC, RM, para determinar la etiología. En primer nivel se puede hacer: elevar cabecera 30°, sedación y relajación, drenaje ventricular externo, manitol 20%, suero hipertónico, hiperventilación. En medidas del segundo nivel: craniectomía descompresiva, coma barbitúrico y hipotermia. En pacientes pediátricos prematuros <34 SDG realizar ultrasonido transfontanelar como método de cribado para hemorragia de matíz germinal e hidrocefalia. Realizar tratamiento quirúrgico en prematuros hasta que tengan peso >1500gr y >200mg/dL de proteínas en LCR.

BIBLIOGRAFÍAS:

- Valentín Mateos Marcos. (2008). Urgencias Nerológicas. Madrid, España: Elsevier.
- Julien Paola Castro, Juan Ramón Astudillo Cobos, Juana Maria Vicario Bermudez. (2017). Síndrome De Hipertensión Intracraneal. En Protocolos Diagnóstico Terapeúticos de la AEP: Neurología (p. 263-270). Madrid, España: Elsevier.
- Dr. Patricio Mellado, Dr. Patricio Sandoval. (2001). Síndrome De Hipertensión Intracraneal vol. 25. 2001, de Dpto. de neurología Sitio web: <http://publicacionesmedicina.uc.cl/cuadernos/2001/05.html>