

UDS

**Universidad del sureste Campus Tuxtla
Gutiérrez, Chiapas Escuela de Medicina
Humana**



ACUÑA DE SAZ RICARDO

MEDICINA COMPLEMENTARIA

SÉPTIMO SEMESTRE DE MEDICINA GENERAL

LLUVIA MARIA PERFECTA PEREZ GARCÍA

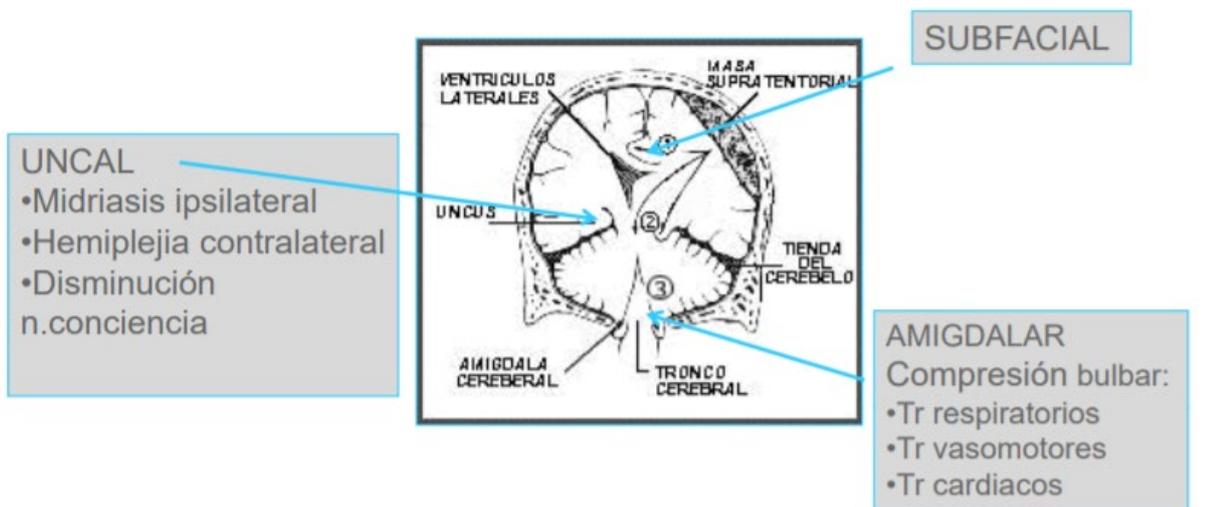
SINDROME DE HIPERTENSION INTRACANEAL

DEFINICION

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.

EPIDEMIOLOGIA

CLASIFICACION



El cráneo funciona como una cavidad cerrada, no expansible, que su interior contiene un volumen aproximado de 1,500 mililitros (ml), divididos en dos compartimentos fundamentales, la mayoría 80% (parénquima cerebral) es fijo y un 20% LCR y sangre y líquido intersticial o H₂O es variable. 1 el parénquima cerebral, está conformado aproximadamente 1,200 gramos de tejido. 2 el componente, representado por la sangre, distribuida en el sistema arterial, capilar, y el gran sistema venoso, su volumen aproximado es de 150 ml, pero varía ampliamente. 3 el líquido cefalorraquídeo: variable de todos ellos, con un volumen aproximado de 150 ml acceso al control de este componente es uno de los principales blancos terapéuticos la PIC está referida a una presión atmosférica, y se le considera como la presión hidrostática del líquido cefalorraquídeo, por medición a nivel intraventricular o en el espacio subaracnoideo lumbar

ETIOLOGIA

Su etiología es múltiple y su instauración puede ser aguda o crónica, lo que determina las diversas manifestaciones clínicas 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 cuanto a los hallazgos objetivados en la exploración física, el signo más específico de HTIC es el edema de papila, pero un examen de fondo de ojo normal no la descarta.

TABLA 1. Clasificación etiológica de la hipertensión intracraneal

| Aumento del volumen cerebral | Aumento del volumen sanguíneo | Aumento del volumen de LCR |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Procesos expansivos intracraneales: <ul style="list-style-type: none"> – Tumores del SNC – Colecciones subdurales – Quistes aracnoideos – Abscesos cerebrales • Edema celular: <ul style="list-style-type: none"> – Lesión axonal traumática – Lesión hipóxico isquémica • Edema vasogénico: <ul style="list-style-type: none"> – Infecciones del SNC – Infartos isquémicos. – Hematomas intracraneales • Edema intersticial: <ul style="list-style-type: none"> – Hidrocefalia | <ul style="list-style-type: none"> • Trombosis de senos venosos • Hipercapnia • Hipertensión arterial • Traumatismo craneal • Síndrome de vena cava superior | <ul style="list-style-type: none"> • Hipersecreción (papilomas plexos coroides) • Obstrucción (tumores, hemorragias) • Alteraciones de la reabsorción (trombosis de senos venosos) • Malfunción de válvula de derivación ventriculoperitoneal/atral |

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la HTIC se establece en base a una historia clínica compatible y hallazgos característicos en la exploración física, si bien su diagnóstico de confirmación generalmente viene determinado por las pruebas de neuroimagen.

- Examen de fondo de ojo: aunque el desarrollo de papiledema requiere de tiempo de evolución y puede no estar presente en casos de hipertensión intracraneal de desarrollo brusco, su presencia es uno de los indicadores más específicos de aumento de la PIC.
- Neuroimagen:
 - La tomografía computarizada (TC) es la prueba radiológica de elección inicial debido a su rapidez, disponibilidad y no invasividad, y debe realizarse tan pronto como se encuentre estabilizado el paciente en los casos de sospecha de HTIC. La resonancia magnética (RM) es más precisa que la TC para detectar aumentos de la PIC, pero requiere más tiempo y está menos disponible es una alternativa adecuada a la TC craneal en pacientes estables sin alteración del estado mental en los que se sospecha una PIC crónicamente elevada.
 - La ecografía es una opción apropiada en pacientes con ventana transfontanelar en los que todavía no se ha producido el cierre de las suturas craneales.

TRATAMIENTO

El tratamiento depende de la causa de base.

1.- Medidas generales: elevación del cabecero a 30-45°, sedación, reducir la fiebre, asegurara la ventilación, el equilibrio hidroelectrolítico y circulatorio, la hiperventilación para disminuir del CO₂ por consiguiente vasoconstricción cerebral y disminución del volumen sanguíneo cerebral y de la PIC.

2.- Medidas farmacológicas:

- Diuréticos osmóticos:

a) Manitol en solución al 20% en dosis inicial en bolo de 1-3 g/kg IV durante 15-20 min que conlleva el riesgo de alteración electrolítica o bien en dosis de mantenimiento de 0,25-0,50 g/kg/4 horas que no altera los iones y se puede repetir varios días con el objeto de mantener osmolaridad >315 mOsm/L.

b) Furosemida se usa si no se obtiene el efecto deseado con Manitol y como consecuencia de la misma se asocia Insuficiencia Cardíaca Congestiva, se usa a razón de 40 mg IV. También se ha propuesto del uso de Acetazolamida, ambas con capacidad de reducir la producción de LCR.

c) Barbitúricos usada en pacientes con HIC refractaria, se inicia

Bibliografía

Amosa, M. D. (2018). Traumatismo craneoencefalico. En M. D. Amosa, *Manual CTO de medicina y Cirugia* Madrid España: Grupo CTO .

Bibiano, C. G. (2018). Traumatismo craneoencefalico. En C. G. Bibiano, *Manual de Urgencia*. MADRID ESPAÑA: Saned grupo.

Borrueal, M. A. (2013). traumatismo craneoencefalico. En M. J. Borrueal, *Manual de urgencias neurologicas* ESPAÑA: Teruel.

