

“SÍNDROME DE HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL”

DOCENTE: RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

**MATERIA: CLÍNICAS MÉDICAS
COMPLEMENTARIAS.**

ALUMNO: MIGUEL VELASQUEZ CELAYA.

TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.

SÍNDROME DE HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL.

DEFINICION.

Se define como valores por encima de 15 mmHg en el adulto, puede producirse por aumento del volumen del parenquima, liquido cefalorraquideo y sangre.

La presión intracraneana (PIC) normal es de 10 mmHg cuando se mide a través del agujero de Monroe (el trago de la oreja es la referencia anatómica).

EPIDEMIOLOGIA.

Mujeres (65-95%) con un pico de edad (21-34 años).

CLASIFICACION.

Primaria: HIC idiopática, que cursa o no con papiledema (pseudotumor cerebral).

Secundaria: Depende un factor que se conoce específicamente que lo produce.

- Ligera: 15-20.
- Moderada: 21-40.
- Severa: >40 mmHg.

ETIOLOGIA.

Puede ser secundaria a cualquier tipo de proceso ocupante de espacio intracraneal:

- 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).

DIAGNOSTICO.

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

- Cefalea. Generalmente es más grave durante la noche. 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. También aparece frecuentemente diplopía, por lo general secundaria a lesión del VI par craneal.
- Alteración del nivel de consciencia.

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.

TRATAMIENTO.

Siempre que sea posible, hay que tratar el problema primario responsable de la HTIC.

- 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: Consiste en evacuar líquido cefalorraquídeo a un reservorio exterior.
- Manitol al 20%.
- Suero hipertónico.
- Hiperventilación controlada, para disminuir la pCO₂ hasta 30-35 mmHg (niveles inferiores tienen riesgo de isquemia cerebral por vasoconstricción).

Bibliografía.

1. CTO. (2013). Manual CTO, Neurología y Neurocirugía. México : CTO.
2. Farreras. (2016). Medicina Interna. Barcelona, España: Elsevier.