



HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL (HTIC) GRAVE EN GESTANTE

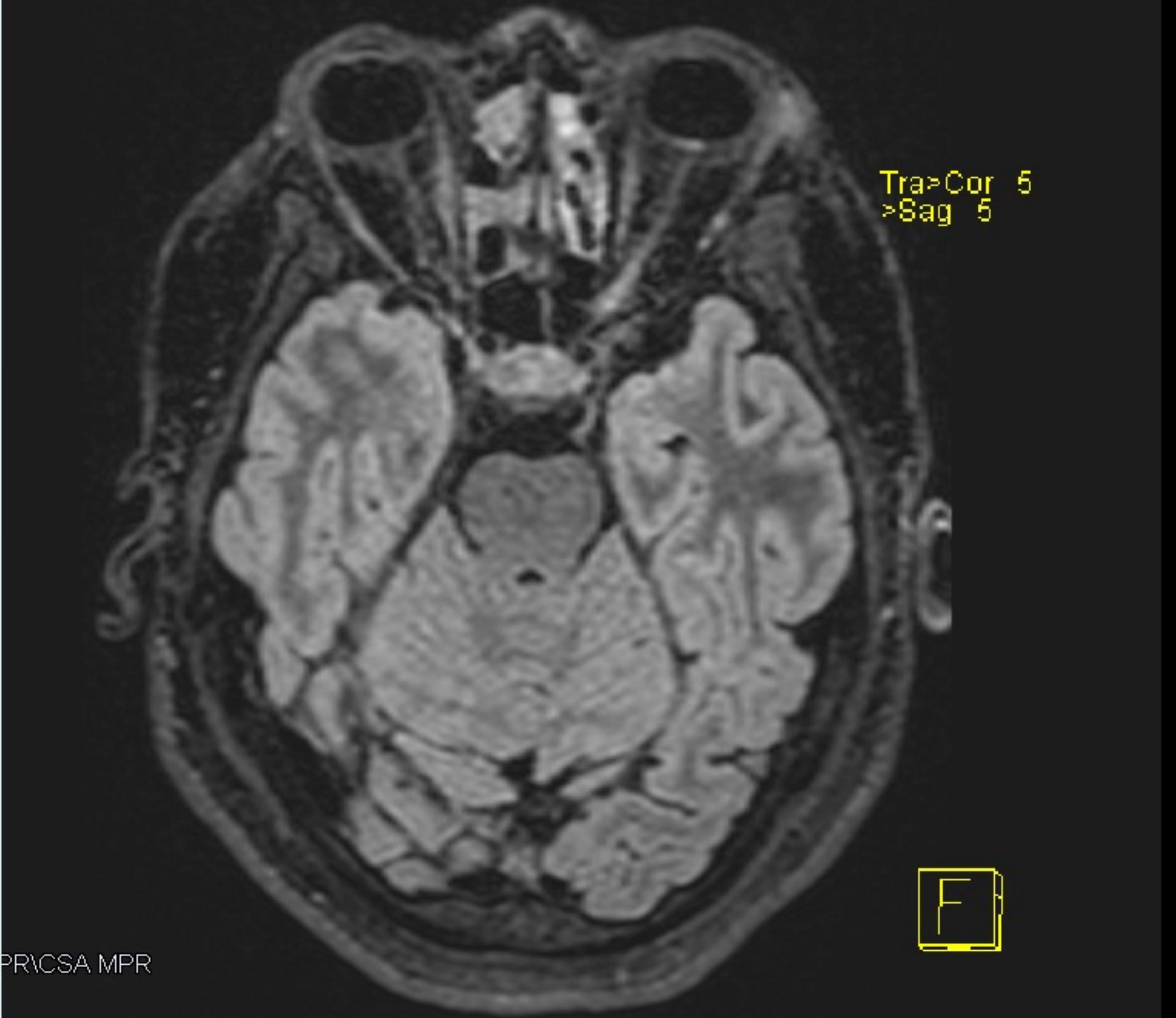
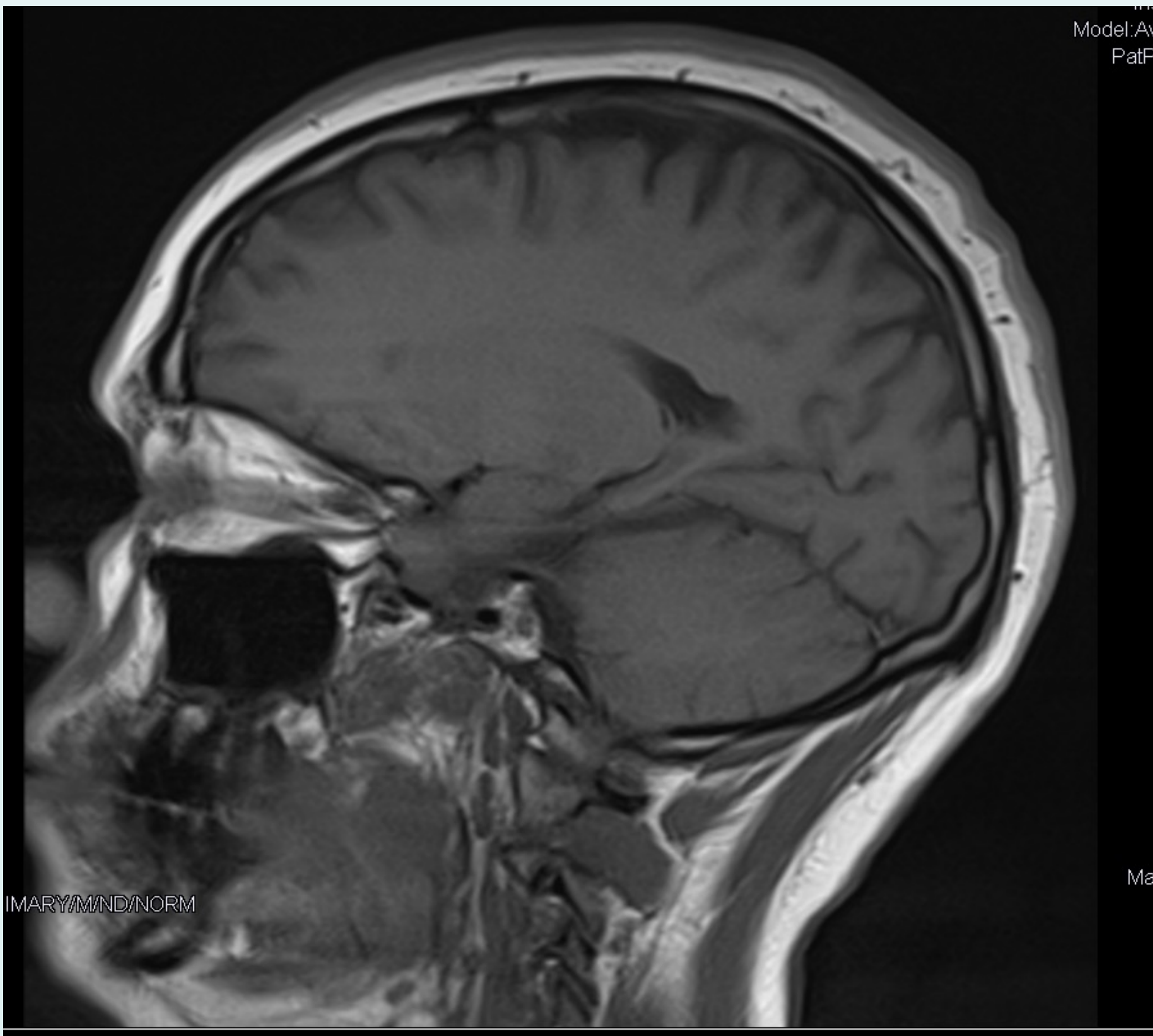
Peñalver Yepes N; Díaz García, A; Gutiérrez de Rubalcava Subiela, L; García Castejón MM; Ferrández Martínez M; Rubio Ciudad M; Martínez Uriarte J; Martínez Cendán JP.

INTRODUCCIÓN:

La HTIC se da cuando la presión intracraneal (PIC) se eleva por encima de 20mmHg. Puede ser potencialmente mortal, por lo que el manejo de los pacientes que la sufren requiere un diagnóstico rápido y un tratamiento dirigido a reducir la presión y revertir la causa subyacente. Clínicamente se manifiesta con cefalea, alteraciones visuales y disminución del estado de conciencia. Sus signos más característicos son papiledema, hematomas periorbitarios espontáneos y la triada de Cushing (bradicardia, hipertensión y depresión respiratoria). Su tratamiento más efectivo es revertir la causa, pero cuando ésta no está clara, no debe retrasarse su manejo. Éste se realiza con bolos de suero salino hipertónico, manitol, acetazolamida, barbitúricos, hipotermia terapéutica o craniectomía descompresiva, entre otros.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Paciente de 24 años. Sin alergias medicamentosas conocidas, enfermedades sistémicas ni intervenciones quirúrgicas. Gestante de 31 semanas. Acude a urgencias por alteraciones visuales de cuatro días de evolución. Relataba diplopía binocular y dextroversión de la mirada, asociando cervicalgia y cefalea occipital de forma sincrónica. No traumatismo desencadenante. A la exploración la paciente presenta constantes estables y exploración neurológica donde destaca diplopía binocular y dextroversión de la mirada así como ligera limitación para la abducción del ojo derecho. Se solicita analítica general sin hallazgos reseñables, descartándose preeclampsia. Se hace interconsulta a oftalmología que detecta papiledema severo con hemorragias y exudados en ambos ojos así como escotoma centrocecal en ambos campos visuales. Se realiza RMN encontrándose aplanamiento e hiperseñal de papilas y distensión perineural óptica, signos de HTIC, sin objetivarse signos parenquimatosos que sugieran infartos o trombosis. Se realiza punción lumbar obteniéndose una presión de apertura de 60mmHg con citobioquímica normal. La paciente rechaza tratamiento médico con acetazolamida o punciones lumbares evacuadoras ofrecido por Neurología para reducir la presión intracraneal mientras esté embarazada por lo que decide la realización de cesárea electiva en semana 32+3 por HTIC severa.



Imágenes 1 y 2: Corte sagital y axial de resonancia magnética nuclear con signos de HTIC.

COMENTARIOS:

- Si la paciente con HTIC no se encuentra en una edad gestacional adecuada, no hay por qué terminar la gestación ya que la HTIC no empeora por el hecho de estar embarazada ni provoca complicaciones perinatales.
- La HTIC no es indicación de cesárea electiva; se pueden reducir los esfuerzos de la madre durante la segunda etapa del parto mediante la instrumentación del mismo para evitar que la PIC aumente demasiado.
- En caso de terminar en cesárea, la anestesia neuroaxial está contraindicada en la HTIC por riesgo de herniación uncal. Las opciones más seguras son la anestesia espinal, sola o con epidural, usando volúmenes bajos de anestésicos locales y opioides y la anestesia general.

✓ Bibliografía:

- ✓ Alves S, Soausa N, Cardoso L, Alves J. Multidisciplinary management of idiopathic intracranial hypertension in pregnancy: case series and narrative review. Braz J Anesthesiol. 2021 Mar 20:S0104-0014(21) 00095-6.
- ✓ Edward R Smith, MD, Sepideh Amin-Hanjani, MD. Evaluation and management of elevated intracranial pressure in adults. Uptodate. 2019, Apr 26.
- ✓ Godoy DA, Robba C, Silva Paiva W, Rabinstein AA. Acute Intracranial Hypertension During Pregnancy: Special Considerations and Management Adjustments. Neurocrit Care (2022) 36:302–316