

3º Jornadas Nacionales de Medicina Interna Pediátrica.
2º Jornadas Nacionales de Enfermería en Medicina Interna
Pediátrica
1º Jornadas de Kinesiología en Medicina Interna
Pediátrica y 1º Jornadas de Farmacia Pediátrica
Hospitalaria



Mesa Redonda. Discusión de Casos de Neurología.
Grupo Pediatras en Formación.
Nani Verónica, Apkarian María Julia.
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.
Buenos Aires, Argentina

Caso Clínico

- Paciente de 12 años de edad. Previamente sana según referencia.
- Consulta por cefalea frontal bilateral de 3 meses de evolución, asociada a fono y fotofobia, de intensidad 10/10, de periodicidad diaria, sin respuesta a analgésicos no esteroideos.
- Realizó previamente consulta oftalmológica en la cual se evidenció agudeza visual conservada, fondo de ojo con edema bilateral de papila a predominio izquierdo.

Antecedentes Personales

- NT/PAEG. Sin antecedentes perinatólogicos a destacar.
- Sobrepeso-Obesidad desde los 6 años de edad. Seguimiento irregular. Actualmente sin tratamiento.
- Episodios de cefalea dos años previos a esta consulta. En esa oportunidad control oftalmológico con fondo de ojo normal.
- Rinitis alérgica, por la cual utilizaba descongestivos adrenérgicos y corticoides intranasales casi a diario, discontinuados desde hace un año.
- Se decide su internación para estudio.

Examen Físico

- Buen estado general, clínica y hemodinamicamente compensada. Eupneica, eucárdica, normotensa.
- Obesidad mórbida. P: 111 kg , BMI: 48,6 kg/cm².
- Estrias rojo vinosas en abdomen. Sin visceromegalias. Sin otros estigmas cushingoides.
- Tanner M4 VP4.
- Examen neurológico normal, destacándose la referencia de cefalea bilateral, holocraneana a predominio frontal, con diplopía intermitente, foto y fonofobia. Sin otros signos de hipertensión endocraneana ni de foco motor.



¿Cómo estudiarían a esta
paciente?

Exámenes complementarios

- TC y RMN de encéfalo con y sin contraste: estructuras conservadas. Sin particularidades.
- Punción lumbar con presión de apertura: *Presión elevada mayor a 35 cmH₂O (VN 8-20 cmH₂O)*. Citoquímico normal.
- PEAV: normales.
- Fondo de ojo: Agudeza visual 10/10 A/O. *Edema de papila severo bilateral a predominio izquierdo;* Campimetría: Aumento de la mancha ciega en ambas retinas compatible con edema de papila.
- OCT (tomografía del nervio óptico): sin particularidades.

Exámenes complementarios

- AngioRMN de vasos cerebrales: sin signos de trombosis venosa cerebral.
- Dosaje de TSH, T4, T4L y anticuerpos antitiroideos normales.
- Dopaje de Cortisol y ACTH, Lipidograma, hepatograma: sin resultados patológicos. Consulta con Nutrición.
- Valoración ORL con RX de cavum perfil: Se descarta hipertrofia adenoidea.
- Valoración cardiológica normal.
- Valoración toxicológica: Se descartan principales causas de tóxicos asociados a pseudotumor cerebral.

Diagnóstico y Tratamiento

- Con dichos resultados se confirma el diagnóstico de síndrome de hipertensión endocraneana idiopático.
- Se descartaron mediante los exámenes complementarios las principales factores etiológicos, destacándose la obesidad mórbida como un factor asociado importante en este grupo etario.
- Luego de la Punción lumbar evoluciona favorablemente. Inicia tratamiento con acetazolamida a altas dosis.
- Mejora notablemente la cefalea. Persiste fondo de ojo alterado por lo que continua con controles oftalmológicos.



Síndrome de Hipertensión endocraneana Idiopático en pediatría.

Definición Clásica

- Aumento de la presión intracraneana (edad).
- Análisis del líquido cefalorraquídeo normal.
- Estudios por imágenes del sistema nervioso central sin alteraciones.
- Ausencia de signos de foco en el examen neurológico, salvo compromiso del VI par craneal y edema de papila.
- ❖ No se asocia a infección, alteraciones vasculares, lesión ocupante de espacio, hidrocefalia ni alteración de la conciencia.

Epidemiología

- La epidemiología en pediatría difiere según la edad de presentación, por esta razón surgen distintos criterios diagnósticos para niños prepúberes.
- En los pacientes púberes los factores asociados se asemejan a los de los adultos, siendo las más afectadas las adolescentes obesas; mientras que en los niños más pequeños la incidencia no muestra diferencias según sexo y la asociación con la obesidad no es tan clara.

Fisiopatogenia

- Exceso de formación de líquido cefalorraquídeo.
- Drenaje de líquido cefalorraquídeo defectuoso.
- Aumento del volumen sanguíneo cerebral.
- Obstrucción del drenaje venoso.
- Factores endocrinológicos y metabólicos.
- Inflamación Crónica.

Clínica

- Cefalea.
- Visión borrosa, diplopía por parálisis de pares craneanos y rigidez de nuca.
- pérdida transitoria de la visión, fotofobia y luces fugaces similares al aura migrañoso.
- ❖ *La cefalea puede ser un signo de alarma antes de que se produzca pérdida de la visión.*
- Edema de papila, parálisis de los pares craneales III, IV, VI, VII, IX y XII.

Diagnóstico

- Punción lumbar: Presión de apertura del líquido cefalorraquídeo.
- En general, en adultos, una presión de apertura mayor a 250 mmH₂O medida con el paciente en posición decúbito lateral con las piernas extendidas y lo más relajado posible, es consistente con el diagnóstico, menos de 200 mmH₂O es normal, y entre 201 y 249 mmH₂O no permite hacer diagnóstico.
- Aunque no hay total consenso, los niveles normales en niños varían entre 10 y 100 mmH₂O y se acercan a los valores de los adultos a la edad de 8 años.

Diagnóstico

- RMI SNC/ TC de SNC con y sin contraste.
- Venografía por resonancia magnética.
- Evaluación oftalmológica/ Agudeza visual/Campo visual/ Fondo de ojo.
- Evaluación del nervio óptico: Tomografía de Coherencia Optica- Doppler de flujo sanguíneo.

Tratamiento

- Médico:

Acetazolamida / Furosemida-Corticoides.

Punciones lumbares repetidas.

- Quirúrgico:

Derivación lumbo o ventriculoperitoneal.

Fenestración de la vaina del Nervio Optico.

Conclusiones...

- Si bien no es frecuente en niños, es una causa conocida y tratable de pérdida de la visión, por lo que debe ser tomada en cuenta y sospechada ante el cuadro clínico compatible.
- Aunque la asociación con sobrepeso y obesidad está demostrada únicamente en púberes, dado el importante aumento de la prevalencia de esta enfermedad tanto en niños menores como en adolescentes, el síndrome de hipertensión endocraneana idiopática quizás aumente su incidencia en el futuro, sumando otra comorbilidad a esta importante epidemia que compromete cada vez más frecuentemente a la población pediátrica.

Bibliografía

- Spinato P, Ruggiero C, Parlato S, Buonocuore M, Varone A, Ciancuilli E, Cinalli G. Pseudotumor Cerebri. Childs Nerv Syst 2011; 27:215-235.
- Schexnayder L, Lania K, Chapman K. Presentation, Investigation and Management of Idiopathic Intracranial Hypertension in Children. Current Paediatrics (2006), doi 10.1016/j.cupe.2006.07.006.
- Fraser C, Plant G. The syndrome of pseudotumor cerebri and idiopathic intracranial hypertension. Current Opinion in Neurology 2011; 24:12-17.
- Betancourt-Fursow de Jiménez Y.M, Jiménez-Betancourt C.S, Jiménez-León J.C. Pseudotumor Cerebral Pediátrico. Revista de Neurología Española 2006; 42:S67-S73.
- Ko Melissa W., Liu Grant T. Pediatric Idiopathic Intracranial Hypertension (Pseudotumor Cerebri). Horm Res Paediatr 2010; 74:381-389.
- Shannon M, Standridge DO, Intracranial Hypertension in children: A Review and Algorithm. Pediatric Neurology. Vol 43, No 6.
- Wolf A, Hutchenson K. Advances in evaluation and management of pediatric idiopathic intracranial hypertension. Current Opinion in Ophthalmology 2008; 19:391-397.
- Stevenson Sharon B. Pseudotumor Cerebri: Yet another reason to fight Obesity. Journal of Pediatric Health Care 2007.05.004.
- Matthews Y. Drugs used in childhood idiopathic or benign intracranial hypertension. Arch Dis Child Pract Ed 2008; 93: 19-25.
- Stevenson Sharon B. Pseudotumor Cerebri: Yet another reason to fight Obesity. Journal of Pediatric Health Care 2007.05.004.



Muchas Gracias