

Isabel Martín Sobrino<sup>1</sup> (*isabelms95@hotmail.com*), Laura Restrepo Carvajal<sup>2</sup>, Isabel Martínez Fernández<sup>2</sup>, Lucía Quirós Illán<sup>1</sup>, Pilar Nieto Palomares<sup>1</sup>, Asunción García Maruenda<sup>1</sup>, Paola Gómez Ramírez<sup>1</sup>, José Manuel Flores Barragán<sup>1</sup>, Francisco Hernández Fernández<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Ciudad Real

<sup>2</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

## INTRODUCCIÓN:

La hipertensión intracraneal (HTIC) idiopática se caracteriza por una elevación de la presión intracraneal >25cmH<sub>2</sub>O. Presenta una incidencia de 1/100.000 habitantes, predominando en mujeres obesas con pico de incidencia entre los 20-30 años. Clínicamente cursa con papiledema bilateral, y puede aparecer cefalea, diplopia (paresia VI par bilateral) o acúfenos. Fisiopatológicamente intervienen 3 mecanismos: disminución de la absorción de LCR, aumento de la producción de LCR, aumento de la presión venosa intracraneal (por estenosis de senos venosos, entre otros).

En la HTIC es esencial la pérdida de peso y restricción hidrosalina, así como tratamiento médico con Acetazolamida, Topiramato o Furosemida. En casos refractarios con rápida evolución se opta por técnicas quirúrgicas (derivación de LCR ventrículo-peritoneal o lumbo-peritoneal). El tratamiento endovascular con stent venoso está indicado en casos de HTIC refractaria a tratamiento médico o quirúrgico.

## REPORTE DE CASOS:

Caso 1: Mujer de 19 años con normopeso, presenta cefalea holocraneal grave de 4 semanas, visión borrosa con papiledema bilateral y DPAR OD, paresia VI par derecho. PL: presión de apertura: 46cmH<sub>2</sub>O. Venografía: asimetría senos trasversos con estenosis bilateral con gradiente de presión aumentado. Se propone válvula de derivación ventrículo-peritoneal, con mejoría drástica de cefalea y visión, y resolución de papiledema.

Caso 2: Mujer de 50 años con artritis reumatoide y síndrome de Sjögren. Presenta cefalea y papiledema refractario a tratamiento médico. Venografía con estenosis senos trasversos con gradiente de presión aumentado (*imagen inferior*). Se implanta stent venoso con mejoría inmediata de la cefalea, acúfenos y agudeza visual.

Caso 3: Mujer de 45 años con cefalea y acúfenos, sin alteración visual. Presión de apertura 27. Stent que mejoró al principio la cefalea y acufenos de manera muy significativa, aunque la mejoría no se mantuvo en el tiempo.

Caso 4: Mujer de 39 años con normopeso. Presenta cefalea refractaria desde 2012 con PL de repetición, con 27cmH<sub>2</sub>O, sin compromiso visual. Se realizó venografía sin objetivar aumento de gradiente, por lo que no hay indicación de stent venoso.

Caso 5: Mujer de 16 años, estenosis de senos venosos con buen control con Edemox, no se plantean más procedimientos diagnóstico-terapéuticos en este momento.

## CONCLUSIÓN:

En el tratamiento endovascular con stent es necesario demostrar estenosis de senos venosos con gradiente de presión aumentado >5mmHg. El objetivo es aumentar el drenaje venoso para disminuir la presión venosa intracraneal y aumentar el drenaje y la reabsorción de LCR.

Puffer et al. en 2013 publicaron un metanálisis en el que se evidenció una mejoría/resolución de cefalea en un 88%, del papiledema en un 97% y de síntomas visuales en un 87%. Como principal complicación, en torno a un 12% requirieron reintervención por reestenosis (del stent o de novo). Es necesario el tratamiento con doble antiagregación durante 3-6 meses para evitar trombosis del stent.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Puffer, RC et al (2013). Venous sinus stenting for idiopathic intracranial hypertension: a review of the literature. *Journal of neurointerventional surgery*, 5(5).
2. Rodríguez Pupo, JM et al (2015). Hipertensión intracraneal idiopática: principales aspectos neurofisiológicos, diagnósticos y terapéuticos. *Correo Científico Médico* 19.2.

