

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Alteraciones neurooftalmológicas en pacientes con hipertensión endocraneana idiopática

Neurophthalmological alterations in patients with idiopathic endocranial hypertension

Dra. Mayda Armas López¹, Dr. Rubén Julke Delfino Legrá², Robin Pérez Reyes³, Dayanne Delfino Rodríguez⁴

¹ Especialista de II Grado en Oftalmología. Máster en Urgencias Médicas. Asistente. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba

² Especialista de II Grado en Oftalmología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Auxiliar. Hospital General Docente "Octavio de la Concepción y de la Pedraja", Baracoa. Guantánamo. Cuba

³ Estudiante de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas Guantánamo. Cuba

⁴ Estudiante de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas Guantánamo. Cuba

RESUMEN

Se realiza la revisión del tema hipertensión endocraneana idiopática, enfermedad cuya morbilidad radica básicamente en la posible pérdida visual secundaria a la atrofia del nervio óptico. En el presente trabajo se propone un acercamiento al diagnóstico y las principales alteraciones neurooftalmológicas y el tratamiento de esta entidad nosológica.

Palabras clave: hipertensión endocraneana idiopática, papiledema, nervio óptico

ABSTRACT

The review of the topic idiopathic endocranial hypertension, a disease whose morbidity basically lies in the possible visual loss secondary to atrophy of the optic nerve. In the present work, it is proposed an approach to the diagnosis and the main neuroftalmological alterations and the treatment of this nosological entity.

Keywords: idiopathic endocranial hypertension; papilledema; optic nerve

INTRODUCCIÓN

La hipertensión endocraneana idiopática es una entidad caracterizada por un aumento de la presión intracraneal en ausencia de lesiones que ocupen espacio, tales como hematomas, neoplasias, edema cerebral y otras.

Fue descrito por Heinrich Quincke en 1897, denominando a la enfermedad como meningitis serosa, desde entonces es estudiada por numerosos autores entre los que se destacan Sardiñas y Goodwin, una muestra de ello es la gran diversidad de denominaciones con que se ha tratado de identificarla: pseudotumor cerebral, hipertensión endocraneana benigna, hidropesía meníngea hipertensiva, presión intracraneal sin tumor cerebral, entre otras.

Resulta de vital importancia para los oftalmólogos y neurólogos el diagnóstico precoz de esta entidad nosológica que pone en riesgo la visión y en ocasiones la vida del paciente, por tal motivo se propone con este trabajo un acercamiento a las principales alteraciones neuroftalmológicas presentes en los pacientes con hipertensión endocraneana idiopática.

DESARROLLO

La incidencia de la hipertensión endocraneana idiopática es aproximadamente de 1 por 100 000 habitantes en la población en general, que aumenta de 19 a 24 por 100 000 habitantes en el grupo de mujeres obesas con edades comprendidas entre 14 y 44 años según Duncan.

Se puede manifestar por la aparición de síntomas de hipertensión intracraneal como cefalea, vómitos y diplopia, la instauración de síntomas visuales como oscurecimientos visuales transitorios, visión borrosa, disminución de la agudeza visual y por último el descubrimiento de un papiledema como hallazgo de un examen oftalmológico.

Las afectaciones visuales son relativamente frecuentes, dadas por oscurecimiento visual fugaz o transitorio, con duración de segundos, en uno o en ambos ojos.

Las alteraciones cromáticas son más sensibles que la agudeza visual para evaluar el daño del nervio óptico, aunque no están siempre presentes. Estos pacientes pueden presentar alteraciones en la visión de color sobre todo al eje rojo-verde que puede ser explorada con el test de Ishihara o mediante el empleo del Farnsworth Munsell Hue, este último más complejo y exacto.

La sensibilidad al contraste suele afectarse precozmente y antes que la agudeza visual, por eso este estudio es muy útil en el diagnóstico de múltiples enfermedades neurooftalmológicas. Para numerosos autores las pruebas de sensibilidad al contraste brindan una información precoz y adicional, que no es estudiada por la cartilla de Snellen.

Pueden coexistir otras alteraciones neurooftalmológicas como la diplopia, típicamente horizontal como consecuencia de una parálisis uni o bilateral del sexto par craneal, más infrecuente es la diplopia vertical.

El signo oftalmológico principal de la hipertensión endocraneana idiopática es el papiledema, que lleva al deterioro de la función visual, y puede ocasionar ceguera total, por lo que el término de hipertensión endocraneana benigna resulta paradójico, ya que muchos pacientes quedan una vez curados, con grave afectación visual.

El papiledema es una condición que usualmente se manifiesta en los dos ojos, como un edema bilateral y asimétrico del disco óptico. Este se produce después de una hipertensión intracraneal por encima de 200 mm de agua.

El problema diagnóstico en ocasiones lo constituye el estadio incipiente del mismo, por lo que se recomienda que el examen de fondo de ojo se realice mejor con el empleo de la luz anérita con una buena midriasis.

El diagnóstico, plantea González y Kardon, puede ser difícil clínicamente si se usa solo un oftalmoscopio directo. Debe requerir técnicas de visión estereoscópica en lámpara de hendidura usando lentes especiales, ya

sean de no contacto (Rhuby, 78 D, 90 D, y superfield), o lentes de contacto para una mejor visualización del fondo de ojo, Se deben realizar estudios de imagen del fondo de ojo (fotos a color y libre de rojo en cámaras especiales con sistemas para tomar imágenes; FF 450 y la cámara de fondo TRC-50EX), lo cual permite almacenar las fotos y seguir al paciente evolutivamente de forma comparativa.

Si existen dudas se debe realizar la angiografía fluoresceínica que puede ser útil en el estadio precoz del papiledema, aunque con el advenimiento de otras tecnologías como el OCT (Tomografía de Coherencia Óptica) se puede observar el engrosamiento de las fibras nerviosas del disco óptico en estadios iniciales del papiledema y detectar otras alteraciones peripapilares y retinales.

El OCT es útil no solo con fines diagnósticos sino también pronóstico pues nos permite cuantificar en cada consulta el grado de edema de la capa de fibras nerviosas, lo que facilita detectar disminuciones del grosor de capa de fibras no detectables por oftalmoscopia y evaluar la efectividad del tratamiento.

Al estudio del campo visual se puede observar constricción periférica ligera del mismo, con aumento de la mancha ciega y en caso de pérdida visual importante, aparece constricción mas grave de los campos visuales con perdida nasal completa o nasal inferior. Se han descrito también escotomas centrales, cecocentrales, altitudinales y arqueados.

Están indicados los estudios imagenológicos (TAC y RMN) tengan o no signos neurológicos focales. Si los estudios de imagen niegan la existencia de una lesión ocupativa intracraneal, se debe practicar punción lumbar con medición de la presión del líquido cefalorraquídeo y estudio de este, a fin de descartar procesos infecciosos crónicos que causen cuadros similares.

La hipertensión comprobada del líquido cefalorraquídeo y ausencia de estos procesos llevarán al diagnóstico de una hipertensión endocraneana idiopática.

En línea general se recomienda la corrección de los factores predisponentes o precipitantes, reducción del peso corporal en caso de obesidad asociada, restricción de líquidos y sal.

Las opciones terapéuticas de esta entidad incluyen el uso oral de diuréticos y esteroides, las punciones evacuadoras periódicas y el tratamiento quirúrgico cuando así lo requiera. Las posibilidades

quirúrgicas son básicamente dos: la fenestración de la vaina del nervio óptico y el corto circuito lumboperitoneal.

CONSIDERACIONES FINALES

Se debe hablar de papiledema exclusivamente cuando este sea posterior a una hipertensión intracraneal.

Es importante realizar el diagnóstico diferencial del papiledema con otras afecciones adquiridas que cursan con una papila edematosa y que habitualmente sólo tienen repercusión oftalmológica y de otras anomalías congénitas papilares que por su aspecto oftalmoscópico sobreelevado se denominan pseudopapiledemas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Columbié Y, Herrera M, Hernández Y, Hernández O, Pola L, Santiesteban R. Alteraciones neurooftalmológicas en pacientes con hipertensión endocraneana idiopática. Rev. Cubana Oftalmol; 2011 (1)
2. Chhabra VS, Newman NJ. The Neuro-Ophthalmology of Pituitary tumors. Compr Ophthalmol. 2008 ;(5):225-240.
3. Delfino R, Castro F, Delfino D. Macroadenoma de hipófisis. Informe de un caso. Rev. Información Científica. 2012; 75(4).
4. Delfino R, Matos U, Gamboa Y, Rodríguez Y. Alteraciones del campo visual en enfermedades neurooftalmológicas y retinianas. Rev Información Científica. 2011; 69(1).
5. Duncan PJ, Corbet JJ, Wall M. The incidence of pseudotumor cerebri. Population studies in Iowa and Louisiana. Arch Neurol. 1998 (8): 51-96.
6. Equía F, Río Torres M, Capote A, Ríos R, Hernández JR, Gómez C, et al. Papiledema En: Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Oftalmología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. p.582-588.
7. González Y, Chang P, Zamora I, Hernández E. Papiledema un enfoque actualizado. Rev. Medisur; 2009; 7 (3).
8. Goodwin J. Pseudotumor Cerebri. Medscape [Internet]. 2010 [citado 20 Oct 2012]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1143167-overview>
9. Kardon RH. Role of the macular optical coherence tomography scan in neuro-ophthalmology. J Neuroophthalmol. 2011; 31 (4):353-61.

- 10.Mendoza E, Santiesteban R, Francisco M. Fenestración de la vaina del nervio óptico en la hipertensión endocraneana benigna. Rev. Cubana Oftalmol. 1996; 9(1):10-15
- 11.Muci M. El papiledema en la práctica neurológica. Rev. Oftalm Ven. 1980; 38(4): 290-331.
- 12.Nazir S, OBrien M, Qureshi NH, Slape G. Sensitivity of papilledema as a sign of shunt failure in children. J AAPOS. 2009; 13(1):63-6.
- 13.López VE, Bilbao-Calabuig R. Papiledema y otras alteraciones del disco óptico. Neurol Supl. 2007; 3(8):16-26.
- 14.Obeid T, Awada A, Mousali Y. Extensive radiculopathy: a manifestation of intracranial hypertension. Eur J Neurol. 2000 ;(7): 549-53.
- 15.Pham L, Wall M. Idiopathic Intracranial Hypertension (Pseudotumor Cerebri). Eye Rounds org [Internet]. 2009[citado 20 oct. 2012]; 21. Disponible en: <http://www.EyeRounds.org/cases/99-pseudotumor-cerebri.htm>
- 16.Paneca R, Santiesteban R, Mendoza C. Métodos de estudio psicofísicos o subjetivos. En Santiesteban R et al. Oftalmología Pediátrica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2011, p95-116.
- 17.Rangwala LM, Liu GT. Pediatric Idiopathic Intracranial Hypertension. Survey of Ophthalmology, 2007; 52 (6):597-617.
- 18.Santiesteban R. Enfermedades del nervio óptico y vías visuales. En: Torres E, González E. Pediatría. Tomo III. La Habana, Editorial Ciencias Médicas; 2007. p. 1299-1303.
- 19.Sardiñas H, Casanova S. Hipertensión endocraneana benigna. La Habana: Editorial pueblo y educación; 1991. p. 11-42.
- 20.Shah M, Park HJ, Gohari AR, Bhatti MT. Loss of myelinated retinal nerve fibers from chronic papilledema. J Neuroophthalmol. 2008; 28(3):219-21.
- 21.Stein J. Ocular manifestation of neurologic disorders. En Internal Medicine. 5ta ed. USA: Editorial Mosby Inc; 1998 p: 1056-60.
- 22.Wall M. Idiopathic intracranial hypertension. Curr Neurol Neurosci Rep. 2008; 8 (2):87-93.
- 23.Waisbourd M, Leibovitch I, Goldenberg D, Kesler A. OCT assessment of morphological changes of the optic nerve head and macula in idiopathic intracranial hypertension. Clin Neurol Neurosurg. 2011; 113(10):839-43.

Recibido: 5 de abril de 2013

Aprobado: 22 de mayo de 2013

Dra. Mayda Armas López. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba. **Email:** mayal@infosol.gtm.sld.cu