

## HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA EN UN VARÓN Y SIN EDEMA DE PAPILA. UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

ALEJANDRO MAYO,\* ESTEBAN CALABRESE, ELSA RAIMONDI

*Cátedra de Neurología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario, Argentina.*

### Resumen

Entre las cefaleas crónicas diarias (CCD) se encuentran dolores cefálicos agrupados en distintos subtipos. La principal categoría corresponde a cefaleas primarias que han evolucionado desde formas episódicas, como la migraña y la cefalea de tipo tensión (CTT). En una apreciable cantidad de casos, el abuso de drogas contribuye a la evolución hacia la cronicidad. Al margen de estas cefaleas primarias, existen otras que tienen alguna causa orgánica demostrable y que constituyen el subgrupo de las secundarias, y deben ser diferenciadas para realizar el tratamiento apropiado. La cefalea diaria causada por hipertensión intracraneal idiopática (HII) pertenece a esta última categoría. Esta entidad debe sospecharse en pacientes con cefaleas diarias, habitualmente mujeres jóvenes y obesas y que en el examen neurológico se presentan con edema de papila. Raramente, pueden existir casos en varones y sin edema de papila, en cuyos casos el diagnóstico suele pasar inadvertido.

**Palabras clave:** cefaleas; hipertensión intracraneal; papiledema

### *IDIOPATHIC INTRACRANIAL HYPERTENSION WITHOUT PAPILLEDEMA IN A MAN. A DIAGNOSTIC CHALLENGE*

### Summary

*Among the chronic daily headaches (CDH), cephalic pains are grouped into several subgroups. The main category is for primary headaches that have evolved from episodic forms such as migraine and tension-type headache (TTH). In a significant number of cases, drug abuse contributes to the chronicity. But beyond these primary headaches, there are others that have demonstrable organic cause, they constitute the secondary subgroup, of and must be identified for appropriate treatment. Among the latter, daily headache is caused by idiopathic intracranial hypertension (IIH). This entity should be suspected in young patients, especially obese women who present papilledema. Rarely, there may be cases in men without papilledema, where the diagnosis is often overlooked.*

**Key words:** headaches; intracranial hypertension; papilledema

### INTRODUCCIÓN

Entre las cefaleas crónicas de presentación diaria, se encuentra una serie de ellas que por no presentar patologías orgánicas subyacentes demostrables, se catalogan como primarias. Por el contrario, las que sí obedecen a causas identificables se agrupan en distintos subtipos bajo la denominación de secundarias. Las cefa-

leas primarias son mucho más frecuentes y generalmente derivan de cefaleas episódicas, como las migrañas y las cefaleas de tipo tensión. Menos comúnmente, pueden presentarse como crónicas desde sus comienzos.

En sí misma, la cefalea crónica diaria (CCD) primaria se presenta como un dolor cefálico muy frecuente (más de 15 días al mes), holocraneano, habitual-

\* Correo electrónico: alejandromayo2002@yahoo.com.ar

mente de moderada intensidad, no pulsátil, que permite, por lo general, continuar con las tareas habituales, pero que de todas maneras, por su continuidad en el tiempo, se constituye en una molestia que lleva a los pacientes que la padecen a consumir analgésicos en forma diaria. Estas mismas características se pueden presentar en pacientes con el síndrome de hipertensión intracraneana idiopática (HII), cuadro caracterizado por aumento de la presión intracraneal, de etiología desconocida y cuyo diagnóstico se hace al constatar un aumento de la presión de apertura del líquido cefalorraquídeo (LCR) medida por medio de una punción lumbar (PL). Lo común es que este síndrome se presente en mujeres jóvenes y obesas y que curse con edema de papila. El propósito es presentar un caso clínico de HII en un varón, con ausencia de papiledema y cuyas cefaleas podían asimilarse a las cefaleas crónicas diarias de origen primario.

#### CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 25 años que consulta por cefalea diaria, holocraneana, opresiva, de 6 meses de evolución, que no se acompaña de ningún otro síntoma o signo neurológico o general, sin respuesta a los analgésicos comunes ni al tratamiento preventivo. Peso 80 kg, talla 1,75 m. Examen neurológico normal. Exámenes complementarios: EEG, fondo de ojo, campimetría computada, Angio-RMI de cráneo con fase venosa, laboratorio inmunológico, endocrinológico y serológico normales. PL en decúbito lateral izquierdo: presión de apertura de 27 cm de H<sub>2</sub>O, maniobras manométricas

libres, aspecto cristal de roca, cito-fisicoquímico, bacteriológico y micológico normales. Comienza tratamiento con acetazolamida, 250 mg cada 8 horas, cediendo las cefaleas en 72 horas. Cuando el paciente abandona el tratamiento por efectos indeseables, se reinician las cefaleas con las mismas características y que ceden al reinstaurar la medicación.

#### DISCUSIÓN

La HII es una entidad reconocida por la Sociedad Internacional de Cefaleas, la que en su última clasificación estipula varios criterios de diagnóstico (ver Tabla I).<sup>8</sup>

Un dolor de cabeza se atribuye a HII cuando se desarrolla en estrecha relación temporal con el aumento de la presión intracraneal de LCR y mejora después de su extracción. La cefalea debe ser progresiva con al menos uno de los siguientes:

- Ocurrencia diaria
- Difusa y/o constante no pulsátil
- Agravada por la tos o el esfuerzo

La incidencia anual de HII es de 0,9/100.000 en la población general y se incrementa a 21/100.000 en mujeres jóvenes y obesas.<sup>1-4</sup> Los hombres son menos frecuentemente afectados. La relación sexo femenino/masculino varía de 4,3:1 a 15:1.<sup>1-4</sup> En la etapa prepuberal esa relación no existe.<sup>5-6</sup> La asociación con obesidad no se ha demostrado en hombres y en los niños prepúberes.<sup>5-7</sup>

**Tabla I. Clasificación de HII de la Sociedad Internacional de Cefalea**

1. Paciente alerta con examen neurológico normal o demostrando uno de las siguientes anomalías:
  - a) Papiledema
  - b) Incremento del área ciega
  - c) Defecto del campo visual
  - d) Parálisis del sexto par craneal
2. Incremento de la presión del LCR (>200mm H<sub>2</sub>O en no obesos, >250mm H<sub>2</sub>O en obesos) medida por PL en la posición de decúbito o por monitoreo de presión intraventricular.
3. LCR con cito-fisicoquímico normal (bajo nivel de proteínas es aceptable).
4. Enfermedades intracraneales (incluida trombosis de senos venosos) descartadas por estudios apropiados.
5. Descartar causas metabólicas, endocrinas y tóxicas de hipertensión intracraneal.

El síndrome se caracteriza por presentar síntomas y signos (Tabla II) que no son patognomónicos, existiendo casos donde la forma de presentación es asintomática y el hallazgo es un fondo de ojo alterado en un estudio oftalmológico de rutina.<sup>9</sup> En estos casos, la incidencia real y el curso clínico son inciertos.

Cuando nos encontramos ante esta entidad, hay que descartar los factores de riesgo que pueden llevar al desarrollo del cuadro (Tabla III) y en cuyo caso el tratamiento se centra en corregir dichos factores como medida coadyuvante.

Nuestro caso no cumple con las premisas citadas

como para sospechar esta entidad pero ante la falta de respuesta a los tratamientos efectuados –analgésicos y amitriptilina– y habiendo descartado causas secundarias frecuentes con estudios de neuroimágenes y de laboratorio, se decide realizar una punción lumbar, que da por resultado el hallazgo de valores incrementados de presión de apertura. La respuesta favorable al tratamiento correspondiente –acetazolamida– pone de manifiesto que el aumento de la presión intracraneal, en este caso idiopática, era la causa de su sintomatología, lo que se corrobora cuando el paciente abandona el tratamiento con acetazolamida por los efectos adversos y que deter-

**Tabla II. Presentación sintomática de la hipertensión intracraneal idiopática<sup>10-12</sup>**

<b>Pacientes (Nº)</b>	62	63	57
<b>Síntomas (%)</b>			
Cefalea	95	75	81
Diplopía	31	35	33
Visión borrosa	65	68	-
Obscurecimientos visuales trans.	-	46	72
Náuseas y vómitos	24	21	?
Mareos	11	?	?
Asintomáticos	0	5	?
Otros	15	19	?

**Tabla III. Factores etiológicos de Hipertensión Intracraneal**

<i>Fármacos</i>	<i>Endocrinológicos</i>	<i>Hematológicos</i>
Antiinflamatorios no esteroides	Irregularidad menstrual	Anemia
Tetraciclina	Embarazo	Hipercoagulabilidad
Nitrofurantoína	Anticonceptivos orales	
Isotretinoína	Hipertiroidismo	
Minociclina	Hipotiroidismo	
Tamoxifeno	Hiperaldosteronismo	
Ácido nalidíxico	Insuficiencia adrenal	
Litio		
Esteroides		
Amiodarona		
Vitamina A		
Tamoxifeno		
<b>Otros</b>		
Lupus Eritematoso Sistémico		
Insuficiencia Respiratoria Aguda		
Apneas del Sueño		

mina el reinicio de la sintomatología con las mismas características de su cefalea.

Este caso plantea la necesidad de tener en cuenta la posibilidad de realizar una PL en pacientes con cefalea crónica diaria con patrones poco definidos y resistentes a los tratamientos habituales.

## CONCLUSIÓN

La HII habitualmente ocurre en mujeres jóvenes

y obesas y en su mayoría presentan papiledema, aunque ocasionalmente este signo puede faltar. La incidencia de HII en el sexo masculino es baja, por lo que si un paciente con CCD, varón y sin edema de papila, se presenta a la consulta, el diagnóstico de HII puede ser pasado por alto, demorándose el tratamiento apropiado.

(Recibido: febrero de 2010. Aceptado: marzo de 2010)

## REFERENCIAS

- Durcan FJ, Corbett JJ, Wall M. *The incidence of pseudotumor cerebri. Population studies in Iowa and Louisiana.* Arch Neurol 45:875-7, 1988.
- Radhakrishnan K, Ahlskog JE, Cross SA, Kurland LT, O'Fallon WM. *Idiopathic intracranial hypertension (pseudotumor cerebri). Descriptive epidemiology in Rochester, Minn, 1976 to 1990.* Arch Neurol 50:78-80, 1993.
- Radhakrishnan K, Thacker AK, Bohlega NH, Maloo JC, Gerryo SE. *Epidemiology of idiopathic intracranial hypertension: a prospective and case-control study.* J Neurol Sci 116:18-28, 1993.
- Kesler A, Gadoth N. *Epidemiology of idiopathic intracranial hypertension in Israel.* J Neuroophthalmol 21:12-4, 2001.
- Kesler A, Fattal-Valevski A. *Idiopathic intracranial hypertension in the pediatric population.* J Child Neurol 17:745-8, 2002.
- Balcer LJ, Liu GT, Forman S, Pun K, Volpe NJ, Galetta SL y col. *Idiopathic intracranial hypertension: relation of age and obesity in children.* Neurology 52: 870-2, 1999.
- Kesler A, Goldhammer Y, Gadoth N. *Do men with pseudomotor cerebri share the same characteristics as women? A retrospective review of 141 cases.* J Neuroophthalmol 21:15-7, 2001.
- The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition.* Cephalalgia 24 (Suppl 1):9-160, 2004.
- Galvin JA, Van Stavern GP. *Clinical characterization of idiopathic intracranial hypertension at the Detroit Medical Center.* J Neurol Sci 223:157-60, 2004.
- Johnston I, Paterson A. *Benign intracranial hypertension. I. Diagnosis and prognosis.* Brain 97:289-300, 1974.
- Rush JA. *Pseudotumor cerebri: clinical profile and visual outcome in 63 patients.* Mayo Clin Proc 55:541-6, 1980.
- Corbett JJ, Savino PJ, Thompson HS, Kansu T, Schatz NJ, Orr LS, y col. *Visual loss in pseudotumor cerebri. Follow-up of 57 patients from five to 41 years and a profile of 14 patients with permanent severe visual loss.* Arch Neurol 39:461-74, 1982.

 <b>UAI</b> <b>El futuro sos vos.</b>	<b>Universidad Abierta Interamericana</b>	<small>Excelencia Académica Reconocida Nacional e Internacionalmente Reconocida Internacionalmente por la acreditadora COAIE (Washington, USA)</small>	<b>SEDE ROSARIO</b> Sede Administrativa Av. Pellegrini 1816 (2000) Rosario Tel.: (0341) 4408010 - 4477220/21 uairosario@vaneduc.edu.ar	<b>RECTORADO</b> Chacabuco 90 (C1069AAB) Capital Federal Tel./ Fax: (011) 4342-7788 (y rotativas) uai@vaneduc.edu.ar	 <b>VANEDUC</b> <small>1942 - 2010 68 AÑOS</small>
<h1>INSCRIPCIÓN 2011</h1>					
<b>Medicina</b> - Acreditada por CONEAU . Res. 945/05 (Rosario) - Acreditada por CONEAU . Res. 697/04 (Buenos Aires)		<b>Instru. Quirúrgica Univ.</b>			
<b>Lic. en Kinesiología y Fisiatría</b>		<b>Lic. en Nutrición</b>			
<b>Lic. en Producción de Bioimágenes</b>		<b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ALTA COMPLEJIDAD</b>			
Localización Lagos	Ov. Lagos 944 - Tel.: (0341) 4356510 uairosario@vaneduc.edu.ar - www.uai.edu.ar				
<b>Aprender es mucho más que estudiar</b>					