



# CADI2018

CONGRESO ARGENTINO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

TRABAJO: 893

## SÍNDROME DE HIPERTENSIÓN INTRACRANEANA IDIOPÁTICA: SIGNOS RADIOLÓGICOS CARACTERÍSTICOS EN RESONANCIA MAGNÉTICA, PRESENTACIÓN DE UN CASO PRE Y POSTRATAMIENTO QUIRÚRGICO

### ***Autores:***

Munar Nelson, Cerquera Johan, Liberatoscioli Juan,  
Morales Carlos, Constain Carlos, Docampo Jorge.



**Fundación Científica del Sur**  
**Diagnóstico por Imágenes Adrogué**

**Objetivos de aprendizaje:** \_\_\_\_\_

- Describir de manera académica e ilustrativa los signos radiológicos de hipertensión intracraneana idiopática (HII).
- Presentar un caso clínico-radiológico de paciente con HII previo y postratamiento de derivación de líquido cefalorraquídeo (LCR) lumboperitoneal.

**Revisión del tema:** \_\_\_\_\_

La HII es causada por una elevada presión del LCR no atribuible a causas estructurales. La presentación clínica usual es la cefalea (90-94%), alteraciones visuales: fotopsia (54%) y dolor ocular (44%), náuseas, tinnitus, menos frecuentemente diplopía y pérdida de visión, siendo ésta última la principal secuela, aunque la mayoría de veces es transitoria.

El papiledema es el signo oftalmológico más frecuente, sin embargo otros signos pueden aparecer como la disminución de la agudeza visual y pérdida del campo visual.

El tratamiento se enfatiza en la restauración de la agudeza visual y la resolución del papiledema, ya sea con tratamiento farmacológico y en casos resistentes con intervención quirúrgica, considerada para evitar progresión de la enfermedad. Con frecuencia se utilizan derivaciones de LCR ( derivación ventriculo-peritoneal y lumboperitoneal).



## Signos radiológicos de hipertensión intracraneana idiopática :

Los signos radiológicos en estudios de neuroimagen pueden ayudar a establecer el diagnóstico de HII, incluyen: aplanamiento posterior del globo ocular, protrusión del nervio óptico, aumento del diámetro a expensas de distensión de la vaina del nervio óptico (diámetro mayor a 6.5 mm) y tortuosidad del mismo, realce del nervio óptico, ensanchamiento del cavum de Meckel, estenosis del seno transversal y ensanchamiento de la silla turca, llegando a predecir la presencia de presión intracraneal elevada en un 90% de los casos con HII. (Figuras 1-9).

### APLANAMIENTO DEL SECTOR POSTERIOR DE LA ESCLERÓTICA



Figura 1. Mujer de 13 años con papiledema. RM de órbitas axial T2 con supresión grasa, mostrando aplanamiento del sector posterior de la esclerótica (flechas naranjas).



## AUMENTO DEL DIÁMETRO DEL NERVIÓ ÓPTICO

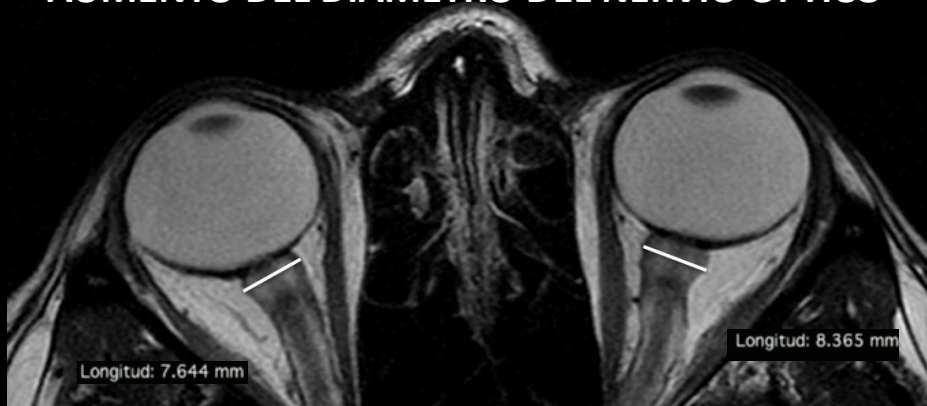


Figura 2. Mujer de 37 años, antecedente de papiledema, cefalea y fotopsia. RM de órbitas axial T2. Muestra distensión del espacio subaracnoideo perióptico y aumento del diámetro del nervio óptico (Líneas blancas).

## PROTRUSIÓN INTRAOCULAR DEL NERVIÓ ÓPTICO

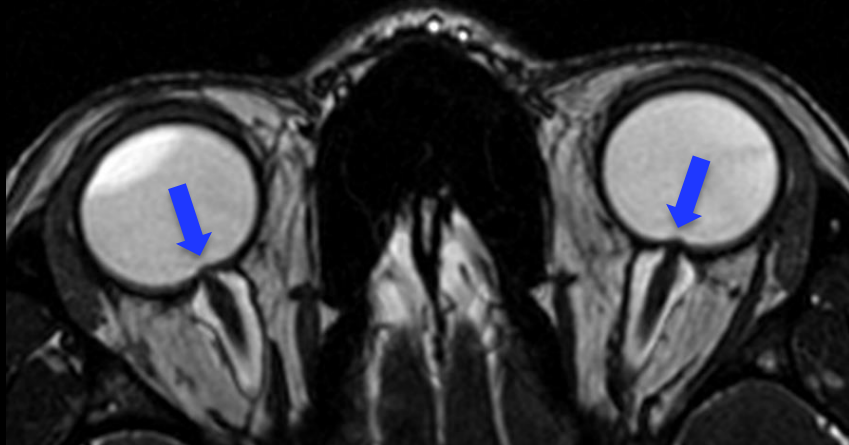


Figura 3. Mujer de 27 años, antecedente de papiledema y escotomas. RM axial volumétrico 3D FIESTA . Muestra protrusión de las cabezas de los nervios ópticos (flechas azules).

## AUMENTO TORTUOSIDAD DEL NERVIÓ ÓPTICO

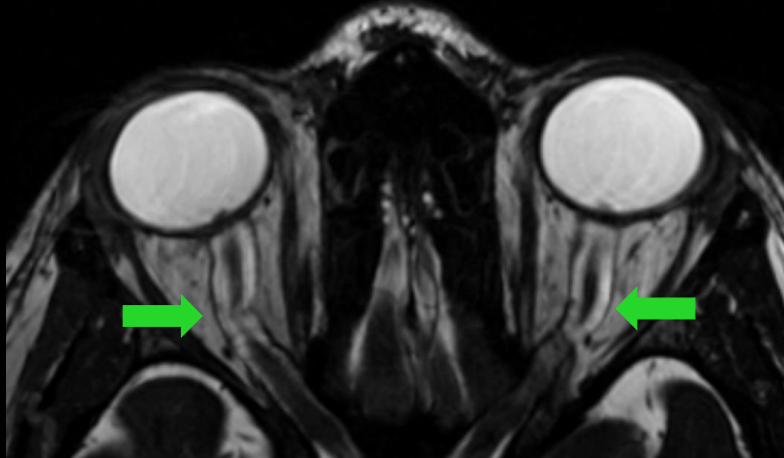


Figura 4. Mujer de 41 años, con papiledema. RM axial volumétrico 3D FIESTA . Muestra aumento de la tortuosidad de los nervios ópticos (flechas verdes).



## ESTENOSIS DEL SENO TRANSVERSO



Figura 5 y 6. Mujer de 25 años, con papiledema y pérdida de la visión. AngioRM venosa 3D. Disminución de señal de flujo en el seno transverso izquierdo (flechas rojas) y presencia de señal de flujo en el seno transverso derecho (flechas amarillas).

## ARACNOIDOCELE INTRASELAR

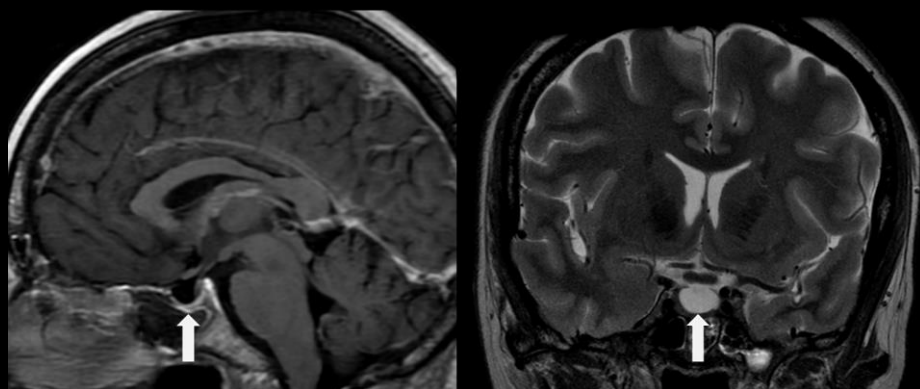


Figura 7. Mujer de 45 años, antecedente de obesidad y papiledema alteración visual. RM de cerebro sagital T1 con gadolinio y coronal T2. Ampliación y remodelación ósea de la silla turca ocupada por LCR, evidente aracnoideocele (flechas blancas).



## REALCE DEL NERVIÓ ÓPTICO POSCONTRASTE

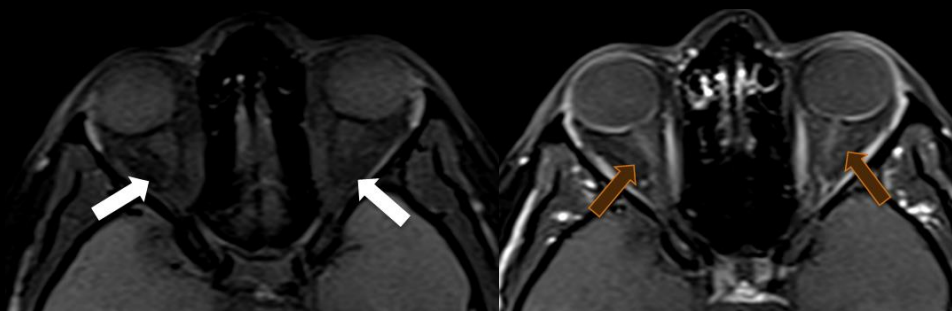


Figura 8. Mujer de 22 años, Cefalea, diplopía y papiledema. RM de cerebro axial T1 con supresión de grasa sin y con gadolinio. Imágen a la izquierda muestra señal isointensa de los nervios ópticos al parénquima cerebral (flechas blancas). Imagen a la derecha muestra realce de los nervios ópticos (flechas naranja)

## Presentación de una caso pre y postratamiento quirúrgico:

Paciente de 52 años con diagnóstico clínico e imagenológico de HII de 2 años de evolución con tratamiento farmacológico con acetazolamida y puncion lumbar sin mejoría de sus sintomas, a quien se realizó derivación de LCR lumboperitoneal, con posterior mejoría clinica e imagenológica (Figuras 9-11).



## PACIENTE PRE Y POSTRATAMIENTO

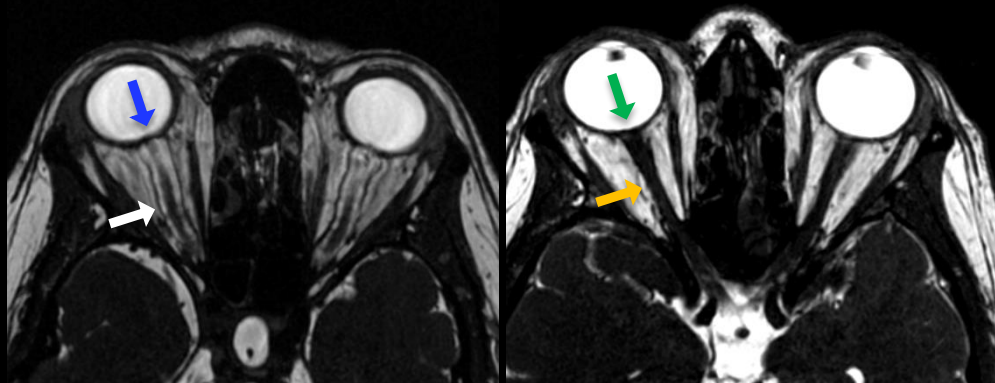


Figura 9. RM axial volumétrico 3D FIESTA. A la izquierda muestra signos de HII: protrusión del nervio óptico (flecha azul) y aumento de la tortuosidad de los nervios ópticos (flecha blanca). A la derecha muestra ausencia de signos de HII posterior al tratamiento de derivación de LCR lumboperitoneal: nervios ópticos de apariencia conservada (flechas verde y naranja).

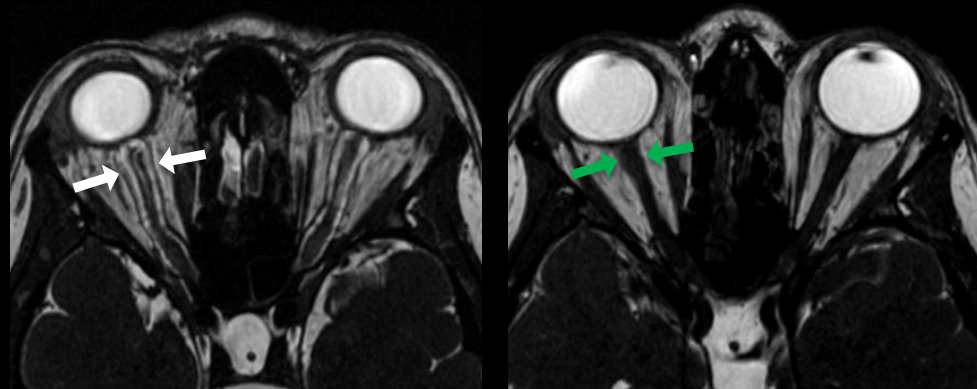


Figura 10. RM axial volumétrico 3D FIESTA. A la izquierda muestra Distensión del espacio subaracnoideo perióptico y aumento del diámetro del nervio óptico (flechas blancas). A la derecha muestra disminución del diámetro del nervio óptico ( flechas verdes). posterior al tratamiento de derivación de LCR lumboperitoneal.

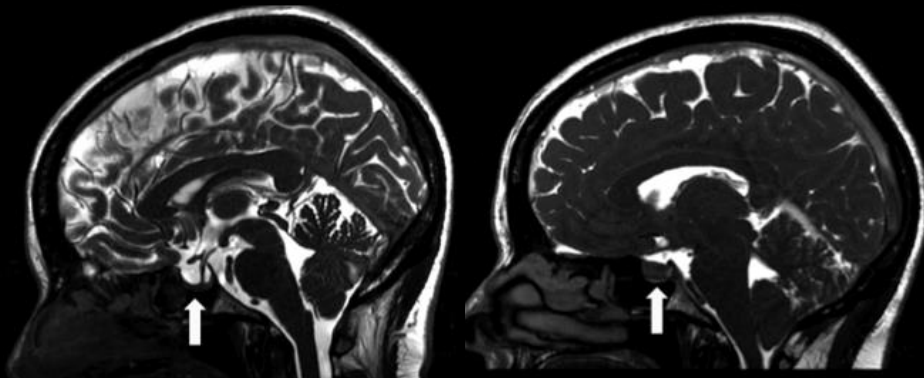


Figura 11. RM sagital volumétrico 3D FIESTA. A la izquierda aracnoidecele intraselar (flecha blanca). A la derecha muestra ausencia del aracnoidecele intraselar posterior al tratamiento de derivación de LCR lumboperitoneal (flecha blanca).



## Conclusiones:

Es importante reconocer los signos imagenológicos en la HII, debido a que han aumentado la certeza diagnóstica, y se correlacionan con los mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad.

La RM de cerebro y órbitas aumentan significativamente la eficacia en el diagnóstico de la HII, descartando otras etiologías como tumores, distintos tipos de hidrocefalia o trombosis de los senos venosos.

---

