

Hipertensión intracraneal

Se denomina hipertensión intracraneal a los valores por encima de la [presión intracraneal \(PIC\)](#) normal:

Valores normales

PIC adultos 10-15 mmHg

Niños pequeños 3-7 mmHg

Infantes a término 1.5-6 mmHg

Clasificación

Según la etiología.

Hipertensión intracraneal por [lesión ocupante de espacio](#)

[Hipertensión intracraneal sin lesión ocupante de espacio.](#)

[Hidrocefalia](#)

[Traumatismo craneoencefálico](#)

[Hipertension intracraneal idiopática](#)

Según la severidad

Levemente elevada (15-20 mmHg)

Moderadamente elevada (20-25 mmHg)

Clínica

véase [Síndrome de hipertensión intracraneal](#)

Tratamiento

El objetivo del control de la hipertensión intracraneal es la prevención de efectos secundarios como [hipotensión](#), [hipoxia](#) y [edema cerebral](#).

A pesar de la publicación de directrices, existen variaciones significativas en el tratamiento.

La terapia está basada en el control de la PIC, que en última instancia, debe mejorar la presión de perfusión cerebral.

Primero se realiza un tratamiento médico de la elevación de la PIC, inicialmente con maniobras

simples, tales como elevar la cabecera de la cama para mejorar el drenaje venoso, sedación y analgesia para disminuir las demandas metabólicas del cerebro, y el drenaje de líquido cefalorraquídeo.

El uso sistemático y rutinario de relajantes musculares no se recomienda en la actualidad, aunque sí forma parte de las medidas de primer nivel en el tratamiento de las elevaciones de la PIC.

Si estas medidas fallan, entran en acción medidas de primer nivel que incluye la [terapia osmótica o hiperosmolar](#) para disminuir el edema cerebral y ventilación controlada para disminuir el volumen sanguíneo cerebral.

Para las elevaciones de la PIC resistente a los tratamientos de primera línea, el tratamiento se intensifica al segundo nivel de la terapia, que incluye medidas más agresivas como la colocación de catéteres yugulares para medir la oxigenación cerebral, con hiperventilación moderada, colocando drenaje lumbar para extraer líquido cefalorraquídeo, la administración de altas dosis de barbitúricos para suprimir la actividad eléctrica cerebral, induciendo la hipotermia como medida de protección, y la realización de la craniectomía descompresiva.

Para el cumplimiento de estas intervenciones, la neuromonitorización es esencial. Cada vez se extiende más el uso de modalidades adicionales como oxigenación cerebral, electroencefalograma continuo, Doppler transcraneal (Madikians 2009)

Tratamiento de la hipertensión intracranial refractaria

[Craniectomía descompresiva \(CD\)](#)

Unilateral

[Bifrontal](#)

La Revisión Sistemática de la Cochrane concluyó que no hay resultados disponibles que confirmen o refuten la efectividad ¹⁾

No existe actualmente ningún artículo prospectivo, controlado y aleatorizado (clase de evidencia I) en el adulto que demuestre su beneficio en el resultado final de los pacientes. No obstante, recientemente se han publicado muchos artículos con clase de evidencia III ^{2) 3) 4) 5)}.

Debido al aumento del volumen sanguíneo cerebral tras la CD y como el cerebro no está dentro de una caja cerrada, algunas revisiones acerca del manejo de la HIC proponen que en estos pacientes se reduzca a 15 mmHg el umbral para tratar la PIC. Además, el grupo de Cambridge ha indicado que se consideren cifras más bajas de presión arterial media y presión de perfusión cerebral, ya que, si bien la adaptabilidad cerebral mejora tras la CD, la [reactividad cerebrovascular](#) vasoconstrictora al aumento de la presión transmural está afectada, lo que hace que aumentos de presión impliquen aumentos progresivos de la PIC.

Bibliografía

Madikians A, Giza CC. Treatment of traumatic brain injury in pediatrics. *Curr Treat Options Neurol.* 2009 Nov;11(6):393-404.

¹⁾

Sahuquillo J, Arkan F. Decompressive craniectomy for the treatment of refractory high intracranial

pressure in traumatic brain injury. Cochrane Database Syst Rev. 2006;25:CD003983.

2)

Albanese J, Leone M, Alliez JR, Kaya JM, Antonini F, Alliez B, et al. Decompressive craniectomy for severe traumatic brain injury: evaluation of the effects at one year. Crit Care Med. 2003;31:2535—8.

3)

Aarabi B, Hesdorffer DC, Ahn DS, et al. Outcome following decompressive craniectomy for malignant brain swelling due to severe head injury. J Neurosurg. 2006;104:469—79.

4)

Timofeev I, Kirkpatrick PJ, Corteen E, et al. Decompressive craniectomy in traumatic brain injury: outcome following protocol-driven therapy. Acta Neurochir Suppl. 2006;96:11—6.

5)

Meier U, Lemcke J, Reyer T, Grawe A. Decompressive craniectomy for severe head injury patients with major extracranial injuries. Acta Neurochir Suppl. 2006;96:373—6.

From:

<http://neurocirugiacontemporanea.com/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

http://neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=hipertension_intracraneal

Last update: **2019/09/26 22:13**

