

11227
24.21



Universidad Nacional Autónoma de México
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CENTRO HOSPITALARIO 20 DE NOVIEMBRE

PSEUDOTUMOR CEREBRI
SEGUIMIENTO DE 11 CASOS DE 1981 A 1984

T E S I S

Que para obtener el Grado de
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

presenta

DR. BALDOMERO FLORES VILLEGAS



México, D. F.

1985

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	Págs.
Introducción	1
Antecedentes.....	3
Objetivo.....	6
Material y Método.....	7
Resultados.....	9
Comentario.....	17
Resumen y conclusiones.....	19
Referencias.....	21

I N T R O D U C C I O N

El Pseudotumor cerebri es poco frecuente en general. En nuestro Hospital esta rareza se pudo demostrar por Salazar V. (18). Dicho autor mencionado destacó la frecuencia en el sexo, edad, factores precipitantes, enfermedades asociadas, criterios de diagnóstico propuestos en la literatura (7), cuadro clínico y tratamiento.

La evolución es variable, durante la cual la repercusiones neurooftalmológicas juegan un papel muy importante y puede dejar secuelas en el fondo de ojo, agudeza visual y campos visuales, daño que va a depender de la premura con que se inicie el tratamiento, por lo que algunos investigadores han sustituido el término de hipertensión endocraneana benigna o Pseudotumor cerebri por el de hipertensión endocraneana idiopática, ya que ésta entidad no es del todo benigno (10).

Para determinar el pronóstico de este padecimiento es necesario la observación de estos casos durante un tiempo considerable, aunque hay reportes de seguimientos de Pseudotumor cerebri por 41 años.

Persisten opiniones diversas de la evolución por varios investigadores, lo que ha condicionado que existía incertidumbre en la reversibilidad e irreversibilidad del

daño neurooftalmológico.

Existen varias publicaciones anuales en la literatura mundial, tratando de explicar su origen, así como -- por técnicas más sofisticadas, como el análisis computarizado de campos visuales, potenciales evocados visuales para determinar la severidad de todo el cortejo neurooftalmológico en la evolución del Pseudotumor cerebri-
(10).

A N T E C E D E N T E S

El Pseudotumor cerebri se ha definido como una condición de aumento de la presión intracraneana, en la ausencia de una lesión que ocupe espacio y que produzca hidrocefalia (7).

Es secundaria a una alteración en la regulación de la presión intracraneana, por lo que no hay evidencia -- clínica, laboratorial o radiológica de lesión focal.

Tal definición ha tenido que sufrir modificaciones hasta la referida actualmente, después de que Quinke en 1897 describió ésta entidad como una complicación en las mujeres embarazadas.

En octubre de 1964 La Academia de Oftalmología y -- Otorrinolaringología de la FW de Estados Unidos reportaron la presencia de edema de papila en pacientes que ingirieron anticonceptivos orales (2). Posterior a esto -- una serie de investigadores han reportado la evolución -- de éste padecimiento haciendo énfasis en las repercusiones neurooftalmológicas, entre las que se encuentran visión borrosa, pérdida transitoria de la visión, diplopia, disminución de la agudeza visual, reducción de campos visuales, parálisis del VI par, y papiledema, Repercusiones que no guardan relación con la duración o recaídas--

de ésta entidad, así lo manifiestan en sus publicaciones Walsh en 1965, Rush en 1980, Ahlskog y Corbett en 1982 - Michael en 1983.

Según Corbett los síntomas no son una medida útil para valorar la duración de la enfermedad (8). Similarmente la pérdida de la visión transitoria es variablemente asociada con el papiledema, éste último es de uso limitado para determinar la duración del Pseudotumor cerebri - (7,8).

Así existen otras alteraciones importantes de las -- cuales la mancha ciega es el defecto clásico del Pseudotumor cerebri cuando ésta se agranda, siendo atribuido - el desplazamiento de elementos peripapilares retinianos por edema del disco óptico. Se ha observado déficit del campo visual nasal inferior, el mecanismo puede ser una combinación de compresión mecánica y daño por isquemia - del axón del nervio óptico.

Como se puede apreciar existen muchas teorías del mecanismo de producción de las alteraciones neurooftalmológicas y la relación de éstas con el tiempo de evolución del padecimiento. Lo cierto es que la instalación temprana del tratamiento tiene que ver con la reversibilidad -

e irreversibilidad principalmente en la agudeza visual, - campimetría y edema de papila (10), tratamiento que puede ser médico o quirúrgico, éste último con indicaciones muy precisas entre las cuales las más importantes es la atrofia del disco óptico o la no respuesta al tratamiento médico que obliga a éste procedimiento (10).

Toda ésta controversia ha originado conocer la evolución en nuestra Institución, ya que hay diversas opiniones en la literatura mundial.

O B J E T I V O

Este trabajo tiene como finalidad determinar la historia natural de la enfermedad, sus repercusiones neurofisiológicas principalmente en la fundoscopia, agudeza visual, campimetría, y sus modificaciones con el manejo médico establecido independientemente de la causa precipitante.

MATERIAL Y METODO

Se realizó el estudio retrospectivo y longitudinal de 11 pacientes con diagnóstico de Pseudotumor cerebri establecido, siguiendo los criterios diagnósticos de Ahlskog, en el período comprendido del 1ro. de Enero de 1981 al 31 de agosto de 1984, en el C.H. "20 de Noviembre" del I.S.S.S.T.E. División de Medicina Interna y Servicio de Neurología.

Las variables primarias investigadas fueron: duración del Síndrome de Cráneo Hipertensivo, duración de las repercusiones neurooftalmológicas, principalmente en la fundoscopia, campimetría y agudeza visual, respuesta al tratamiento médico. Como variable secundaria la existencia de posibles recaídas.

El seguimiento de los pacientes se llevó a cabo en forma periódica cada 3 meses en la consulta externa de Neurología del C.H. "20 de Noviembre" del I.S.S.S.T.E., visitas en las cuales se les interrogó sobre los síntomas de cráneo hipertensivo y se les realizó fundoscopia directa.

En forma también periódica se solicitó al Servicio de Oftalmología revaloración de la agudeza visual a través de las cartas de Snellen y la campimetría con el cam

pinetro de Goldman cada 3 meses.

El tratamiento dado a los pacientes consistió en -- acetazolamida más prednisona en 9 pacientes, sólo 2 pacientes por cursar con embarazo recibieron sólo acetazolamida.

La manera de evaluar la respuesta al tratamiento se basó en la disminución de los síntomas de Cráneo Hipertensivo y la mejoría en la campimetría, agudeza visual, de tal manera que al terminar el período de observación se pudo evidenciar la duración de los síntomas de Cráneo Hipertensivo y de las complicaciones neurooftalmológicas, valorado esto en tiempo.

R E S U L T A D O S

El Pseudotumor cerebri se presentó en el sexo femenino en una relación de 10:1.

La edad promedio de presentación fué de 31 años con un rango de 13 a 57 años.

Las causas predisponentes fueron (tabla 1): un sólo factor; anticonceptivos orales 2 pacientes, embarazo 1, hipoparatiroidismo 1, obesidad 1.

Dos factores: prednisona más obesidad 1, tetraciclinas más obesidad 1, anovulatorios orales más tetraciclinas 1, hipotiroidismo más embarazo 1.

Con tres factores: tetraciclinas más Vitamina A más obesidad 1.

Sólo en un paciente no se encontró causa aparente.

Los síntomas encontrados fueron (Tabla 2): cefalea 10/11 con una duración de 16 a 180 días. Visión borrosa 7/11 la cual duró entre 15 a 365 días. Diplopia 2/11 cuya presentación fué en forma intermitente. Amaurosis momentánea 1/11 la cual fué de duración corta. Vómito 1/11 con duración de 15 días.

Las alteraciones neurooftalmológicas encontradas (Tabla 3) fueron: papiledema 11/11 con duración de 20 a - - 1080 días persistiendo actualmente en 6 pacientes. Redug

ción de campos visuales 6/11 con duración de 150 a 1080 días. Disminución del escotoma central 5/11 duración no valorada. Disminución de la agudeza visual 5/11 pacientes que duró de 5 a 420 días y parálisis del VI par craneal 2/11 con duración de 22 a 27 días.

Cinco fueron los pacientes recuperados. Recuperación que se observó en un tiempo promedio de 727 días.

Seis fueron los pacientes no recuperados, teniendo como secuela el papiledema en un período de observación y tratamiento de 327 días.

TABLA 1
SEGUIMIENTO DE 11 CASOS DE PSEUDOTUMOR CEREBRI DE
1981 A 1984 EN EL C.H. "20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE.

No. de caso	Sexo	Edad	Causa	Duración en días	Secuela Neuroftalmológica.
1	Fem	13	?	395	Ninguna
2	Masc	35	Obesidad, Prednisona	375	Papiledema
3	Fem	20	Anovulatorios Orales	515	Papiledema
4	Fem	26	Embarazo	590	Ninguna
5	Fem	49	Hipoparatiroidismo	840	Ninguna
6	Fem	38	Tetraciclina Obesidad	338	Papiledema
7	Fem	30	Tetraciclina, Anovulatorios orales	220	Papiledema
8	Fem	32	Hipotiroidismo Embarazo	120	Papiledema
9	Fem	27	Anovulatorios Orales	399	Papiledema
10	Fem	57	Obesidad	730	Ninguna
11	Fem	14	Tetraciclinas, Vitamina A y Obesidad	1080	Ninguna

TABLA 2
SINTOMAS ENCONTRADOS EN 11 PACIENTES DE PSEUDOTUMOR CEREBRI.

SINTOMAS	FRECUENCIA	DURACION EN DIAS	PROMEDIO
CEFALEA	10	16 A 180	68
VISION BORROSA	7	15 A 365	73
DIPLOPIA	2	INTERMITENTE (4)	?
AMAUROSIS MOMENTANEA	1	CORTA DURACION	?
VOMITO	1	15	15

TABLA 3
ALTERACIONES NEUROFTALMOLOGICAS EN 11 PACIENTES DE Pseudotumor CEREBRI

SIGNOS	FRECUENCIA	DURACION EN DIAS	PROMEDIO
PAPIEDEMA	11	20 A 1080	380
REDUCCION DE CAMPOS VISUALES	6	150 A 1080	574
AUMENTO DE ESCOTOMA CENTRAL	5	?	?
DISMINUCION DE AGUDEZA VISUAL	5	5 A 420	183
PARALISIS DEL VI PAR CRANEAL	2	22 A 27	24

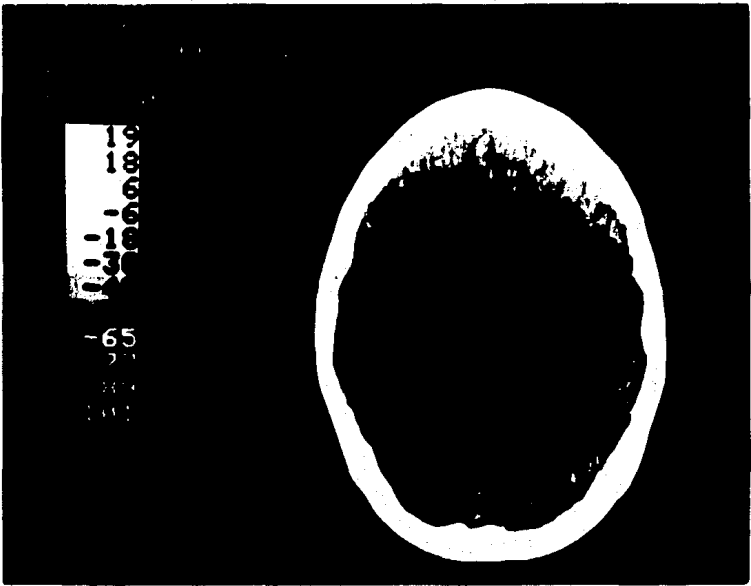


Figura 1. TAC de cráneo de paciente femenina de 26 años de edad con Pseudotumor Cerebri, en el que se aprecia parénquima cerebral normal y ventrículos pequeños.

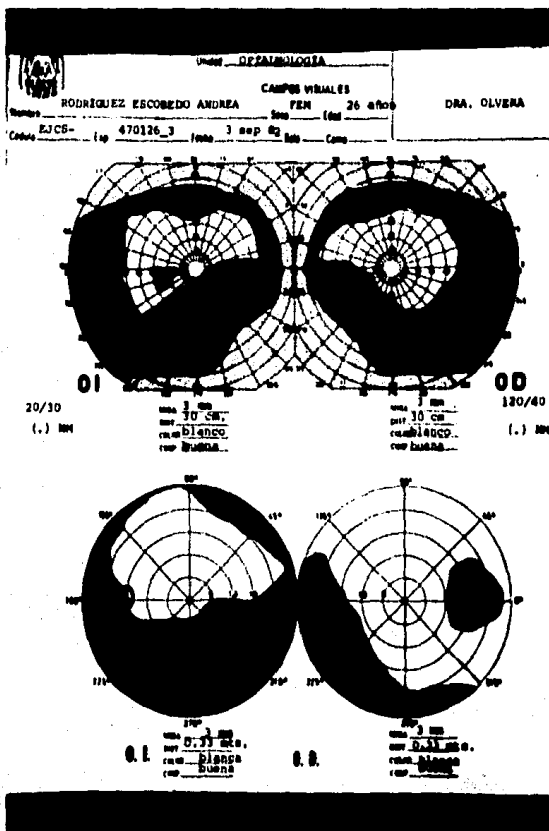


Figura 2. Campimetría y agudeza visual de paciente femenino de 26 años de edad con Pseudotumor Cerebri. A su ingreso e inicio de tratamiento médico

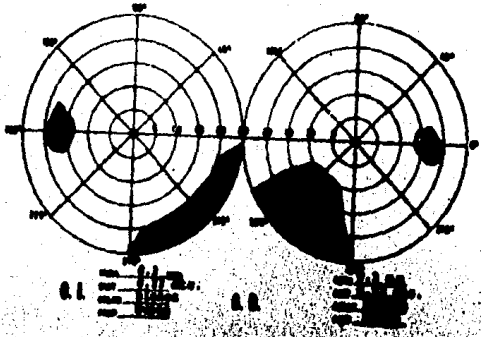
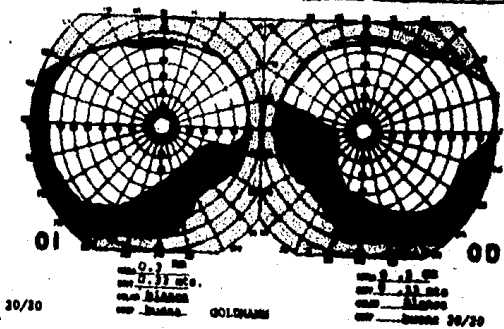


Figura 3. Campimetría y agudeza visual de la misma paciente, un año después de su ingreso y tratamiento médico. - Ha existido excelente evolución hacia la mejoría.

COMENTARIO

El síndrome de Cráneo Hipertensivo, es la expresión-clínica del Pseudotumor cerebri.

Se observa principalmente en el sexo femenino (7).

Los factores predisponentes son diversos (2,5,16,17) por lo que no se le puede atribuir una causa específica.

El síntoma inicial es la cefalea, precede a los síntomas visuales manifestados como visión borrosa, diplopia y amaurosis momentánea.

Los síntomas no son de utilidad para valorar la duración de la enfermedad (7,8,16) ya que no guarda relación con los signos neurooftalmológicos, entre los cuales el papiledema es el signo más constante de mayor duración.

La repercusión en la campimetría y agudeza visual está en relación a lo reportado en la literatura (8,13,14, 15). Observándose regresión en menor tiempo con relación al papiledema (5,13).

La respuesta al tratamiento médico ha sido aceptable, por lo que no ha sido necesario tratamiento quirúrgico - en los pacientes que persisten con papiledema como secuela (Tabla 1). Secuela que se ha atribuido en nuestro trabajo al menor tiempo de observación y manejo en relación a aquellos que se encuentran recuperados.

Aunque no contamos con tecnología avanzada (10) la valoración neurooftalmológica llevada a cabo en éste trabajo ha sido suficiente para seguir la evolución y valorar la respuesta a terapia médica, no existiendo hasta el momento recaídas en los pacientes recuperados principalmente en las mujeres embarazadas, en contraste a lo referido por Greer (17).

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se amplia un seguimiento de 11 pacientes predominantemente mujeres (10/11) con diagnóstico de Pseudotumor cerebri, cuyas edades fluctuaron entre 13 y 57 años (media de 31) con el propósito de establecer tiempo de recuperación y secuelas.

Las características salientes de la muestra fueron: Cefalea (10/11) que precedió a la visión borrosa, diplopia (2/11) y amaurosis momentánea (1/11).

Los signos neurooftalmológicos encontrados fueron:-- papiledema (11/11), reducción de campos visuales (5/11), aumento de escotoma central (5/11) disminución de la agudeza visual (5/11) y parálisis del VI par craneal (2/11).

Los factores de riesgo identificados fueron: Anti--conceptivos orales (3/11), vitamina A (1/11) Tetraciclinas (3/11), prednisona (1/11) hipotiroidismo (1/11), hipoparatiroidismo (1/11), obesidad (4/11) y embarazo - -- (2/11). En un paciente no se identificó factor de riesgo y en cinco hubo más de uno (5/11).

Al final del seguimiento había recuperación sin recaída en 5 individuos y persistencia del papiledema en el resto.

La secuela neurooftalmológica encontrada en los pa--

cientes no recuperados fue el papiledema.

El tiempo de seguimiento promedio del primer grupo fué 727 días y el segundo grupo fué 327 días.

Ningún paciente ameritó tratamiento quirúrgico.

Se concluye que el Pseudotumor cerebri tiene tendencia a la recuperación completa y que esta ocurre entre los días 327 y los días 727 del inicio de los síntomas.

REFERENCIAS

1. Wagener H.P.: Pseudotumor Cerebri. Am. J. Medicine Sc. 1954, 227:214.
2. Walsh FB. Clarck DB. Thompson RS.: Oral contraceptive- and Neuro-Ophthalmologic. Arch of Ophthalmology. 1965, 74: 628-640.
3. Lysak WR, Svien HJ.: Long-term Follow-UP patients with diagnosis of Pseudotumor Cerebri. J. Neurosurgery, - - 1966, 25: 284-287.
4. Vander Ark, GO Kempe LC. Smith DR.: Pseudotumor Cerebri treated with lumbar peritoneal shunt. JAMA. 1971.- 217: 1832-4
5. Rush J.A.: Pseudotumor Cerebri. Clinical profile and - visual outcome in 63 patients. Mayo Clinic Procedures- 1980, 55: 541-6.
6. Donaldson JO.: Pathogenesis of Pseudotumor Cerebri Syn- drome. Neurology. 1981, 31: 877-880.
7. Ahlskog J.E. O'Neill BP.: Pseudotumor Cerebri. Ann Of- Internal Medicine. 1982, 97:249-256.
8. Corbett JJ. Savieno PJ. Thompson. HS. Kansu T. Schatz- MJ Orr US. Hpson D.: Hopson D.: Visual loss in Pseudo- tumor Cerebri, Follw-Up 57 patients from five to 41 - years and a profils of 14 patients with perment severa visual loss. Arch of Neurology. 1982, 39: 461-474.
9. Van Dop C. Conte FA. Koch TK Clarck SJ.: Pseudotumor - Cerebri associates with initiation of Levothyroxine -- therapy for juvenile hypotiroidism. The N Engl J Med.- 1983, 308: 1076-1080.
10. Visual field defects in Idiopathic intracranial Hyper- tensive. AM. Ophthalmol 1983 Nov. 96(5): 654-69.
11. Unilateral papiledema in benign intracranial hyperten- sion JAMA. 1983, Nov. 4: 250(17) 2346-7.

12. The pathophysiology of Pseudotumor cerebri, Arch Ophthalmol. 1984, march, 102(3): 403-6.
13. Reversible visual loss in Pseudotumor Cerebri, Arch-Ophthalmol. 1984, march, 102(3): 403-6
14. Pseudotumor Cerebri, A not- always- benign imposter. Postgrad Med. 1984, Feb 15:75(3) 59-66.
15. Pseudotumor Cerebri and pregnancy. Neurology 1984, - Jun: 34(6): 721-4.
16. Waisberg LA.: Benign intracranial hypertension. Medicine, 1975, 54:197-207.
17. Greer M.: Benign intracranial Hypertension: Pregnancy 1964, 14:569.
18. Andrés Salazar V. Pseudotumor Cerebri.: Tesis de -
Postgrado de Medicina Interna en el Hospital "20 de
Noviembre" del ISSSTE en 1983.