



Neurology perspectives



19468 - Hipertensión intracraneal (HTIC) secundaria a estenosis de senos transversos resuelta mediante intervencionismo con *stent* venoso: revisión de la literatura a propósito de un caso

Martín Sobrino, I.¹; Restrepo Carvajal, L.²; Martínez Fernández, I.²; Quirós Illán, L.¹; Nieto Palomares, M.¹; García Maruenda, A.¹; Gómez Ramírez, P.¹; Flores Barragán, J.¹; Hernández Fernández, F.²

¹Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Ciudad Real; ²Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Resumen

Objetivos: Presentamos una paciente con HTIC idiopática refractaria, resuelta mediante intervencionismo con *stent* venoso. Revisamos la bibliografía sobre intervencionismo en HTIC y las distintas opciones de abordaje terapéutico.

Material y métodos: Mujer de 50 años con artritis reumatoide presenta cefalea y papiledema refractario a tratamiento médico. RM cerebral sugiere estenosis de senos transversos confirmado con venografía, objetivando gradiente de presión aumentado. Se implanta *stent* venoso con mejoría inmediata de cefalea y agudeza visual.

Resultados: La HTIC cursa con papiledema bilateral, y puede aparecer cefalea, diplopía o acúfenos. Fisiopatológicamente intervienen 3 mecanismos: disminución de absorción de LCR, aumento de producción de LCR o aumento de presión venosa intracraneal (por estenosis de senos venosos, entre otros). Son esenciales medidas higiénico-dietéticas y tratamiento médico (acetazolamida, topiramato). En casos refractarios con rápida evolución se utilizan técnicas quirúrgicas (derivación de LCR). El tratamiento endovascular está indicado en casos refractarios a tratamiento médico o quirúrgico; el objetivo es aumentar drenaje venoso para disminuir presión venosa intracraneal y aumentar el drenaje y reabsorción de LCR. Es necesario demostrar estenosis de senos con gradiente > 5 mmHg. Revisamos la bibliografía en PubMed: mejoría/resolución de cefalea en un 88%, del papiledema en 97% y síntomas visuales en 87%. Un 12% requirieron reintervención por restenosis (del *stent* o *de novo*). Otras complicaciones muy poco frecuentes: migración del *stent*, trombosis o hematoma subdural. Es necesario antiagregante (AAS 100 mg) indefinido y otro antiagregante/anticoagulante 3-6 meses según comorbilidad.

Conclusión: El tratamiento endovascular con *stent* venoso está indicado en casos de HTIC refractaria a tratamiento médico o tras fracaso de técnicas quirúrgicas.