

08:30 | 11:00 - Sala Lince

Mesa: José Arede, Paula Tenedório, Fernando Trancoso Vaz

PO14 - 09:35 | 09:40**HIPERTENSÃO INTRACRANIANA IDIOPÁTICA EM IDADE PEDIÁTRICA**

Josefina Serino, Bruna Cardoso Vieira, José A. Lemos, Carlos Menezes, Rita G, Isabel Ribeiro
(Hospital Pedro Hispano)

Introdução:

A HII pode ocorrer em qualquer idade na infância. Tem sido descrito um aumento da incidência entre os adolescentes (12-15 anos) relativamente às crianças (2-12 anos) e que a doença nas crianças mais jovens, sem caracteres sexuais secundários, tem características demográficas e clínicas diferentes relativamente às mais velhas. As complicações visuais têm de ser consideradas desde o início da doença. Na apresentação, a perda de acuidade visual tem sido descrita em 6-20% dos casos pediátricos.

Apresentamos 2 casos clínicos, um pré-pubertário, de uma menina de 9 anos, e outro pubertário, de uma adolescente de 12 anos enfatizando as diferenças e a abordagem.

Métodos:

Avaliação retrospectiva de 2 casos clínicos.

Resultados:

Caso 1- Criança do sexo feminino, de 9 anos, sem caracteres sexuais secundários desenvolvidos, observada por oftalmologia por cefaleia holocraniana pulsátil e vômitos refratários à terapêutica sintomática. Não apresentava alterações da acuidade visual. A fundoscopia mostrou edema da papila unilateral (OD), com hemorragias em chama de vela peri-papilares. O CV Humphrey 30-2 revelou constrição do CV de ambos os olhos. Fez TC e veno-RMN cerebral que excluíram lesões ocupando espaço e trombose dos seios venosos. Realizou PL que mostrou saída de LCR de 460 cm H₂O, citoquímico sem alterações. Foi medicada com acetazolamida 1500 mg/dia, depois 2000 mg/dia durante 5 meses. Dois meses após suspensão do tratamento, observou-se recorrência da sintomatologia e edema do disco óptico bilateral tendo retomado acetazolamida 1000 mg/dia com resolução do quadro clínico.

Caso 2- Adolescente do sexo feminino, de 12 anos, com antecedentes de miopia desde os 10 anos e obesidade, observada por oftalmologia por queixas de cefaleia frontal, grave, pulsátil, pior em decúbito e vômitos refratários ao tratamento sintomático. A MAVC foi de 10/10 em ambos os olhos. O exame do fundo ocular mostrou papilas elevadas e ausência de pulso venoso. Realizou PL que mostrou saída de LCR de 280 cm H₂O, citoquímico sem alterações. RMN e veno-RM cerebral foram normais. O CV de Goldmann revelou aumento da mancha cega, mais do OE. Foi medicada com acetazolamida 1500 mg/dia durante 4 meses e emagreceu cerca de 10 Kg com resolução da sintomatologia e papiledema.

Conclusão:

A HII requer uma abordagem multidisciplinar e um longo período de follow-up. É necessária uma monitorização da perda do CV. Os estudos demonstram que apesar do tratamento, há uma perda permanente da acuidade visual em 0-10% e os défices do campo visual persistem em 17-33% dos casos.

Referências bibliográficas:

- 1) Rangwala LM, Liu GT. Pediatric idiopathic intracranial hypertension. Surv Ophthalmol. 2007 Nov-Dec;52(6):597-617.
- 2) Standridge SM. Idiopathic intracranial hypertension in children: a review and algorithm. Pediatr Neurol. 2010 Dec;43(6):377-90.
- 3) Acheson JF. Idiopathic intracranial hypertension and visual function. Br Med Bull. 2006;79-80:233-44.