

## **HIPERTENSÃO INTRACRANIANA IDIOPÁTICA OU PSEUDOTUMOR ENCEFÁLICO: UMA REVISÃO ACERCA DE SUAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS**

*Rodrigo José Bumussa Freire; Marina Diniz Dias; Tatiana Débora De Lima Peixoto; Milla Proto De Mattos Sabino; Sofia De Avila Vega; Kioshe Rodrigues Siracava; Karine Da Silva Flores; Gabriel Vytor Castro Cardozo Da Silva; Nathália Santos Tigre; Marina De Sousa Barros; Karla Leticia Santos Da Silva Costa; Ândrey Gabriel Nunes De Souza; Mac Kenzy Alves De Lima; Karine Da Silva Flores; Beatriz Furtado Lemos Cavalcanti; Lucas Souza De Almeida; Francisca De Assis Silva; Vitória Barbosa Terra Vieira; Ana Beatriz De Lima Figueira; Marjorie Correia De Andrade; Linick Campi Paulucio; Barbara Louiza Gomes De Macedo; Felipe Hubechara Do Rego Reis; Bruna Carolina Martins Rosa; Natasha Mikhail Atie; Clara Negreiros De Oliveira; Pedro Galvão De Oliveira Melo; Gabriella Regina Grasel; Victória Torres Ruas Morando; Igor Rodrigues Suassuna*

### **REVISÃO**

#### **RESUMO**

Este artigo de revisão aborda a hipertensão intracraniana idiopática (HII), também conhecida como pseudotumor encefálico, uma condição neurológica caracterizada pelo aumento da pressão intracraniana sem causa evidente. A HII é predominantemente observada em mulheres jovens com sobrepeso, que frequentemente apresentam cefaleias severas e papiledema. O objetivo deste estudo é as manifestações clínicas da HII, desde os sintomas iniciais até as complicações mais graves. A metodologia empregada incluiu a revisão extensiva de literatura atualizada e estudos clínicos relevantes sobre a HII. Foram analisados artigos científicos, ensaios clínicos e diretrizes clínicas para compilar informações sobre os aspectos clínicos da HII. Os resultados e a discussão revelam que os sintomas mais comuns da HII são cefaleia, escurecimentos visuais transitórios, tinnitus pulsátil, ftopsia, dor nas costas, dor retrobulbar, diplopia e perda visual sustentada. A cefaleia é a manifestação mais prevalente, variando em intensidade e frequência, frequentemente exacerbada por mudanças de postura. A perda visual, uma complicação grave da HII, pode ocorrer de forma gradual ou abrupta, especialmente em casos fulminantes. Diplopia e tinnitus pulsátil são sintomas adicionais que podem ajudar no diagnóstico. O exame físico geralmente revela papiledema, um sinal característico da HII, que pode ser assimétrico ou unilateral. A conclusão deste estudo enfatiza os principais achados e manifestações clínicas da hipertensão intracraniana idiopática, ressaltando que a identificação e a avaliação criteriosa dessa patologia são fundamentais para prevenir a progressão para déficits visuais permanentes. Além disso, destaca a importância da progressão de estudos nesta área afim de melhorar os desfechos dos pacientes com HII, contribuindo assim, para uma construção de conhecimento atualizado.

**Palavras-chave:** Pressão Intracraniana; Pseudotumor; Idiopático

**ABSTRACT**

This review article addresses idiopathic intracranial hypertension (IIH), also known as pseudotumor cerebri, a neurological condition characterized by increased intracranial pressure without an evident cause. IIH is predominantly observed in young overweight women, who frequently present with severe headaches and papilledema. The aim of this study is to discuss the clinical manifestations of IIH, from initial symptoms to the most severe complications. The methodology employed included an extensive review of updated literature and relevant clinical studies on IIH. Scientific articles, clinical trials, and clinical guidelines were analyzed to compile information on the clinical aspects of IIH. The results and discussion reveal that the most common symptoms of IIH are headache, transient visual obscurations, pulsatile tinnitus, photopsia, back pain, retrobulbar pain, diplopia, and sustained visual loss. Headache is the most prevalent manifestation, varying in intensity and frequency, often exacerbated by changes in posture. Visual loss, a severe complication of IIH, can occur gradually or abruptly, especially in fulminant cases. Diplopia and pulsatile tinnitus are additional symptoms that can aid in diagnosis. Physical examination generally reveals papilledema, a characteristic sign of IIH, which can be asymmetric or unilateral. The conclusion of this study emphasizes the main findings and clinical manifestations of idiopathic intracranial hypertension, highlighting that careful identification and evaluation of this pathology are crucial to prevent progression to permanent visual deficits. Additionally, it underscores the importance of advancing studies in this area to improve patient outcomes, thus contributing to the construction of updated knowledge.

**Keywords:** Intracranial Pressure; Pseudotumor; Idiopathic.

Instituição afiliada do autor – Centro universitário FACISA

**Dados da publicação:** Artigo publicado em Julho de 2024

DOI: <https://doi.org/10.36557/pbpc.v3i2.60>

**Autor correspondente:** *Rodrigo José Bumussa Freire*

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



## **1 INTRODUÇÃO**

A hipertensão intracraniana idiopática (HII), também conhecida como pseudotumor cerebral, é uma condição neurológica caracterizada pelo aumento da pressão intracraniana sem uma causa evidente, como uma lesão ocupante de espaço. Afetando predominantemente mulheres jovens com sobrepeso, a HII pode se manifestar através de diversos sintomas como cefaleia intensa, papiledema, alterações visuais e zumbido pulsátil. Embora a etiologia da HII permaneça incerta, seu impacto na qualidade de vida dos pacientes é significativo, especialmente devido ao risco de perda visual permanente se não tratada adequadamente.

Este artigo de revisão tem como objetivo discutir detalhadamente as manifestações clínicas da hipertensão intracraniana idiopática, incluindo desde os sintomas iniciais até as complicações mais graves.

## **2 METODOLOGIA**

Este estudo consiste em uma revisão integrativa, conduzida em junho de 2024 através da pesquisa e análise de artigos científicos coletados por meio de busca eletrônica em bases de dados especializadas, como a MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online). Os termos utilizados para pesquisa estão listados no Medical Subject Headings (MeSH) e no DeCs (Descritores em Saúde), (*Intracranial Hypertension*) AND (*Pseudotumor Cerebri*) AND (*Clinical Manifestations*). Os critérios de inclusão estabelecidos consideraram artigos completos publicados em qualquer data e em qualquer idioma, resultando em 178 artigos. Em seguida, procedeu-se à análise dos títulos e resumos, seguida pela avaliação dos artigos elegíveis na íntegra, excluindo aqueles que não se enquadram nos objetivos do estudo, teses e dissertações, sem contabilizar duplicatas. Desse modo, foram selecionados ao todo 9 artigos para compor a amostra bibliográfica desta revisão.

## **3 RESULTADOS e DISCUSSÃO**

A apresentação clínica típica da hipertensão intracraniana idiopática (HII) envolve uma mulher jovem, geralmente com sobrepeso, em idade fértil, que se queixa de cefaleias e é encontrada com papiledema durante o exame fundoscópico. Outras populações de alto risco incluem adolescentes e homens, embora em menor proporção.

As manifestações clínicas da HII são variadas e muitas vezes inespecíficas, tornando o diagnóstico um desafio. Os sintomas mais comuns relatados em estudos como o Idiopathic Intracranial Hypertension Treatment Trial (IIHTT) incluem cefaleia, escurecimento visuais transitórios, ruídos intracranianos (tinnitus pulsátil), fotopsia, dor nas costas, dor retrobulbar, diplopia e perda visual sustentada (WALL *et al.*, 2014).

A cefaleia é o sintoma mais comum na HII, presente em 84 a 92% dos pacientes. As características das cefaleias são variáveis e muitas vezes se assemelham a outros tipos primários de cefaleia, como enxaqueca e cefaleia tensional. As cefaleias podem ser laterais e pulsáteis, e sua intensidade pode variar de leve a severa, podendo ocorrer de forma intermitente ou contínua. Muitos pacientes relatam que a dor é exacerbada por mudanças de postura e aliviada com o uso de anti-inflamatórios não esteroides e repouso. Além da cefaleia, é comum a ocorrência de dor retrobulbar e dor leve com movimento ocular ou compressão do globo ocular. Outros pacientes podem apresentar dor seguindo uma distribuição nervosa trigeminal ou cervical (WALL *et al.*, 2014).

Os escurecimento visuais transitórios ocorrem em aproximadamente dois terços dos pacientes com papiledema e duram apenas alguns segundos, podendo ser uni ou bilaterais. A frequência destes episódios é variável, e eles podem ser precipitados por mudanças de posição, manobra de Valsalva, luz brilhante ou movimento ocular. A ocorrência diária de escurecimento visuais transitórios é um preditor de mau prognóstico visual. Fotopsias, que são percebidas como faíscas ou flashes de luz, também podem ocorrer e são provocadas por mudanças de posição e Valsalva. Embora não sejam específicas da HII, são comuns na população geral (GIUSEFFI *et al.*, 1991).

A perda visual é uma complicação grave da HII e pode ocorrer de forma gradual ou abrupta, especialmente em casos mais fulminantes da doença. Este tipo de curso clínico agressivo demanda medidas terapêuticas mais intensivas para evitar a perda visual permanente (THAMBISETTY *et al.*, 2007). Diplopia, geralmente horizontal, é outra manifestação comum, resultando de paralisia unilateral ou bilateral do sexto nervo craniano ou insuficiência de divergência devido ao aumento da pressão intracraniana. A diplopia pode ser intermitente ou contínua e é relatada por 18 a 30% dos pacientes.

O tinnitus pulsátil, descrito frequentemente como o som de água corrente ou vento, é comum na HII e, quando associado à cefaleia, é altamente sugestivo da doença. Este sintoma é intermitente ou persistente e acredita-se que represente pulsações vasculares transmitidas por turbulências nos seios venosos.

Outro ponto que merece destaque, é que o exame físico mais comum revela papiledema, que é o sinal distintivo da HII. Embora geralmente bilateral e simétrico, pode ser assimétrico ou unilateral em alguns casos. A severidade do papiledema pode ser graduada usando a escala de Frisén, e pacientes com graus 3 a 5 estão em maior risco de perda visual permanente. Além do papiledema, outros achados no exame fundoscópico podem incluir exsudatos maculares, edema macular, dobras retinianas e coroides ao redor do disco óptico, neovascularização coroide e elevação serosa da retina (GREENFIELD, 1997).

Perda de visão é a principal morbidade na HII e pode estar presente na avaliação inicial. A acuidade visual reduzida é encontrada em 10 a 29% dos pacientes na apresentação inicial. No entanto, a perda de campo visual ocorre antes da perda de acuidade, sendo que a perimetria é essencial para a avaliação detalhada. O envolvimento do sexto nervo craniano pode causar paralisia, refletindo o efeito não localizado da pressão intracraniana elevada. Outros déficits de nervos cranianos, embora menos comuns, também podem ocorrer e resolvem com o tratamento da HII. Déficits olfatórios, oculomotores, trocleares, trigeminais, faciais e auditivos foram relatados, sendo o envolvimento do nervo facial o mais comum (CORBETT, 1982).

Pacientes com HII geralmente não apresentam déficits cognitivos óbvios, mas alguns estudos indicam déficits leves em tempo de reação e velocidade de processamento, que podem persistir apesar da melhora na pressão intracraniana e na cefaleia (YRI et al., 2014). Esses achados ressaltam a complexidade da HII e a necessidade de uma abordagem criteriosa para minimizar os riscos e melhorar os desfechos clínicos dos pacientes.

#### **4 CONCLUSÃO**

Portanto, as manifestações clínicas da hipertensão intracraniana idiopática (HII) são variadas e frequentemente inespecíficas, tornando o diagnóstico um desafio. Os sintomas mais comuns incluem cefaleia, escurecimento visuais transitórios, tinnitus pulsátil, fotopsia, dor retrobulbar e diplopia, com a perda visual sendo a complicação mais grave e preocupante. A identificação precoce e a avaliação cuidadosa, incluindo exames oftalmológicos detalhados e monitoramento da papiledema, são imprescindíveis para prevenir a progressão para déficits visuais permanentes. A abordagem rápida da HII requer um cuidado multiprofissional, integrando intervenções clínicas e, quando

necessário, intervenções cirúrgicas para aliviar a pressão intracraniana e preservar a função visual. Estudos futuros devem continuar a investigar os mecanismos subjacentes e as estratégias terapêuticas para melhorar os resultados dos pacientes com HII.

## 5 REFERÊNCIAS

CHARI, Chitra; RAO, Nagbhushan S. Benign intracranial hypertension - its unusual manifestations. **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, v. 31, n. 9, p. 599-600, out. 1991. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.1991.hed3109599.x>.

CORBETT, James J. Visual loss in pseudotumor cerebri. **Archives of Neurology**, v. 39, n. 8, p. 461, 1 ago. 1982. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/archneur.1982.00510200003001>.

GIUSEFFI, V. et al. Symptoms and disease associations in idiopathic intracranial hypertension (pseudotumor cerebri): a case-control study. **Neurology**, v. 41, n. 2, Part 1, p. 239, 1 fev. 1991. Disponível em: [https://doi.org/10.1212/wnl.41.2\\_part\\_1.239](https://doi.org/10.1212/wnl.41.2_part_1.239).

GREENFIELD, David S. Pseudotumor cerebri appearing with unilateral papilledema after trabeculectomy. **Archives of Ophthalmology**, v. 115, n. 3, p. 423, 1 mar. 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/archopht.1997.01100150425022>.

LIU, Grant T.; GLASER, Joel S.; SCHATZ, Norman J. High-dose methylprednisolone and acetazolamide for visual loss in pseudotumor cerebri. **American Journal of Ophthalmology**, v. 118, n. 1, p. 88-96, jul. 1994. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0002-9394\(14\)72847-8](https://doi.org/10.1016/s0002-9394(14)72847-8).

QUATTRONE, A. et al. Isolated unilateral abducens palsy in idiopathic intracranial hypertension without papilledema. **European Journal of Neurology**, v. 13, n. 6, p. 670-671, jun. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2006.01279.x>.

THAMBISETTY, M. *et al.* Fulminant idiopathic intracranial hypertension. **Neurology**, v. 68, n. 3, p. 229-232, 15 jan. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000251312.19452.ec>.

WALL, Michael *et al.* The idiopathic intracranial hypertension treatment trial. **JAMA Neurology**, v. 71, n. 6, p. 693, 1 jun. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2014.133>.

YRI, Hanne Maria *et al.* Cognitive function in idiopathic intracranial hypertension: a prospective case-control study. **BMJ Open**, v. 4, n. 4, p. e004376, abr. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004376>.