

## Trabalhos Científicos

**Título:** Hipertensão Intracraniana Idiopática Na Infância: Relato De Caso

**Autores:** CLARISSA LEITE BRAGA (HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DE MINAS GERAIS), JULLY BLANC COIMBRA (HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DE MINAS GERAIS), FERNANDA KELLY ALVES GOMES (HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DE MINAS GERAIS), MARINA DE LIMA RODRIGUES (HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DE MINAS GERAIS), LUÍSA LUCENA BARBOSA DE MEDEIROS (HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DE MINAS GERAIS), PRISCILLA DELASALLE RIBEIRO (HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DE MINAS GERAIS), ALINE SOARES GONZAGA (HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DE MINAS GERAIS), RODRIGO MOTÉ TROTTA (HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DE MINAS GERAIS), MÁRCIA DE BARROS VITOR (HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DE MINAS GERAIS)

**Resumo:** A Hipertensão Intracraniana Idiopática (HII) consiste no aumento da pressão do líquido cefalorraquidiano na ausência de qualquer lesão intracraniana que justifique o quadro. É uma desordem rara na faixa etária pediátrica, portanto um diagnóstico diferencial frequentemente ignorado. Paciente feminino, 15 anos, compareceu a exame de rotina oftalmológico onde foi visualizado papiledema bilateral. De antecedentes, sobrepeso e astigmatismo, além de relato de cefaleia bitemporal esporádica, principalmente em períodos pré-menstruais, com boa resposta a analgésicos comuns, sem fotofobia, fonofobia, náuseas ou vômitos. Após o achado em exame físico, foi realizada uma ultrassonografia orbitária que sugeriu aumento do líquido cefalorraquidiano retrobulbar. Diante de tais dados, foi encaminhada com urgência para avaliação pela Neuropediatria, sendo optado por internação para extensão da propedêutica, apesar da paciente estar oligossintomática. Na enfermaria pediátrica, foi realizada punção lombar com presença de aumento da pressão de abertura, mas sem outras alterações, e exame de neuroimagem que se apresentava sem anormalidades. Dessa forma, diagnosticou-se Hipertensão Intracraniana Idiopática. O tratamento com Acetazolamida foi iniciado, seguido da alta hospitalar, com orientações sobre a prática regular de exercícios físicos e encaminhamento para seguimento ambulatorial com neuropediatria, oftalmologia e nutricionista. Evoluiu com melhora do papiledema e das cefaleias, permitindo a suspensão do medicamento um ano após a alta hospitalar. Embora rara na infância, a HII é mais comum em adolescentes, especialmente no sexo feminino, com sobrepeso. A fisiopatologia não é completamente compreendida, mas associações com sobrepeso, deficiências vitamínicas e anemia são sugeridas. A sintomatologia mais comum é a cefaleia de semiologia variável e alterações visuais como diplopia, fotopsia e redução da acuidade visual. Para o diagnóstico, é fundamental realizar um exame de neuroimagem, de preferência a ressonância magnética, além de punção lombar e exame oftalmológico, para exclusão de causas secundárias de hipertensão intracraniana. O tratamento visa ao controle dos sintomas e preservação da visão. Baseia-se em controle de fatores de risco e tratamento farmacológico, sendo o principal medicamento usado, a Acetazolamida, um inibidor da anidrase carbônica, que reduz a taxa de produção líquórica. A doença tem curso insidioso. Se não houver tratamento, pode haver piora lenta e progressiva dos sintomas, inclusive com perda visual. As intervenções cirúrgicas, como, por exemplo, as derivações líquóricas, são reservadas apenas aos casos graves e refratários. É crucial o reconhecimento precoce da HII para evitar complicações como perda visual permanente. Pediatras devem estar familiarizados com seus sinais e sintomas, e incentivar o acompanhamento oftalmológico regular em todas as crianças.