



SÍNDROME DE ENCEFALOPATIA REVERSÍVEL POSTERIOR: UM RELATO DE CASO

Coelho, LGG¹; Martins, GN¹; Oliveira, TP¹; Ferreira, ACL¹; Amaro, JT¹; ²Lima, JS.

¹ Residente de Pediatria do Hospital Infantil João Paulo II

² Preceptora do Programa de Residência Médica de Pediatria Geral do Hospital Infantil João Paulo II

E-mail: coelhoLaura26@gmail.com

INTRODUÇÃO:

A síndrome de encefalopatia reversível posterior (PRES) é definida por alterações clínicas e radiológicas. Tem incidência desconhecida e todas as faixas etárias parecem suscetíveis. Fatores de risco incluem hipertensão arterial sistêmica (HAS), terapia imunossupressora e doença renal. Decorre de uma autorregulação cerebral desordenada e disfunção endotelial. Geralmente tem curso benigno, revertendo-se em até 2 semanas após remoção de fatores desencadeantes e adequado controle pressórico. Porém, há relatos de morte e incapacidade neurológica permanente, devendo ser prontamente reconhecida e tratada.

DESCRIÇÃO DO CASO:

Escolar, sexo masculino, 9 anos, com quadro prévio de faringoamigdalite tratada, admitido devido a convulsão focal. Realizado tomografia de crânio, sem evidência de alterações, recebendo alta para acompanhamento ambulatorial. Após 2 dias, recorreu com convulsões focais, sendo internado. Realizado ressonância magnética, que evidenciou alteração na intensidade do sinal, discreta captação giriforme de contraste, associada a edema perilesional, acometendo ambos hemisférios cerebrais e cerebelares. Evoluiu com piora das crises, padrão tônico-clônico generalizado, fotofobia, vômitos e cefaleia. Constatada, então, HAS. Identificado, ainda, ASLO reagente, hipocomplementemia e hematuria, compatíveis com síndrome nefrítica. A associação da clínica e neuroimagem, levou ao diagnóstico de PRES. Tratado com anti-hipertensivos e anticonvulsivantes, evoluiu com melhora. Recebeu alta em uso de Carbamazepina, com acompanhamento ambulatorial da neuropediatria.

DISCUSSÃO:

A PRES caracteriza-se clinicamente como cefaleia, confusão, perturbações visuais e convulsões. Associa-se a alterações de neuroimagem, como edema vasogênico na substância branca subcortical predominantes em hemisférios cerebrais posteriores. Compatível com o apresentado pelo paciente. O rápido reconhecimento e tratamento da crise foi essencial para um desfecho favorável, pois, apesar de usualmente benigna, podem ocorrer isquemia e hemorragia intracraniana.

CONCLUSÃO:

Diante de um quadro de crise convulsiva, a identificação da encefalopatia hipertensiva como fator desencadeante e o seu manejo precoce são essenciais para a reversibilidade do quadro e prevenção de complicações.

Referências bibliográficas: 1. Roth C, Ferbert A. Posterior reversible encephalopathy syndrome: long-term follow-up. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2010; 81:773; 2. Roth C, Ferbert A. Posterior reversible encephalopathy syndrome: long-term follow-up. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2010; 81:773; 3. Singer S, Grommes C, Reiner AS, et al. Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome in Patients With Cancer. Oncologist 2015; 20:806; 4. Hammerstrom AE, Howell J, Gulbis A, et al. Tacrolimus-associated posterior reversible encephalopathy syndrome in hematopoietic allogeneic stem cell transplantation. Am J Hematol 2013; 88:301; 5. Tam CS, Galanos J, Seymour JF, et al. Reversible posterior leukoencephalopathy syndrome complicating cytotoxic chemotherapy for hematologic malignancies. Am J Hematol 2004; 77:72.