



Marque a opção do tipo de trabalho que está inscrevendo:

Resumo

Relato de Caso

SÍNDROME DE ENCEFALOPATIA REVERSÍVEL POSTERIOR

AUTOR PRINCIPAL: Emanuelle Rieger Braga².

CO-AUTORES: Eduardo Anzolin², Guilherme Werlang², Luana Mânica¹, Pedro Hall Ruchel² e Richard Giacomelli³.

ORIENTADOR: Alex Roman^{3, 4}.

UNIVERSIDADE: ¹ Universidade Federal da Fronteira Sul, ² Universidade de Passo Fundo, ³ Hospital da Cidade de Passo Fundo, ⁴ Hospital São Vicente de Paulo.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Encefalopatia Reversível Posterior (SERP) é uma morbidade clínico-radiológica de origem neurológica. Acredita-se que a SERP apresente incidência global, porém números exatos ainda são desconhecidos, já que a documentação de casos advém de estudos retrospectivos. Inicialmente, identificou-se maior incidência em idade adulta, atualmente sabe-se que a questão na população pediátrica é emergente, havendo casos desde lactentes até idosos de 90 anos, com prevalência entre os 39 e os 47 anos e maior predominância entre mulheres. Assim, apresentamos um caso de Síndrome de Encefalopatia Reversível Posterior em paciente pediátrico em terapia de quadro infeccioso, sem história prévia de morbidades neurológicas. (LEGRIEL, 2011)

DESENVOLVIMENTO:

Paciente feminina, 11 anos, internada no Hospital da Cidade de Passo Fundo em tratamento para glomerulonefrite pós-estreptocócica, apresentou dois quadros de crises convulsivas do tipo tônico-clônica generalizada, há um dia, que duraram menos de um minuto, sem liberação esfínteriana. Desde então, sem novas crises. Negou história de patologias neurológicas prévias. Afebril. Exame físico neurológico sem nenhuma alteração. Diante desse quadro, foi solicitada uma ressonância de crânio na qual pode-se evidenciar sinal hiperintenso ponderado em T2/Flair em região parieto-occipital bilateral, com correspondência na difusão e ACD. Foi iniciado ácido valpróico 250 mg de 12/12h. Paciente permaneceu internada sem novas crises com solicitação de retorno ambulatorial para acompanhamento do quadro.

A SERP não apresenta um padrão de aparecimento patognomônico, visto que suas manifestações clínicas – cefaleia, convulsões, distúrbios visuais e alterações de consciência - são altamente inespecíficas. Na RNM constatam-se sinais hiperintensos em região parieto-occipital

bilateral, sugestivos de edema vasogênico no parênquima cerebral. Este achado, em um paciente sem nenhum distúrbio neurológico prévio, coloca a SERP como um possível diagnóstico. Acredita-se que essas alterações ocorram por um distúrbio na regulação endotelial, o que resulta em extravasamento de líquido para o parênquima cerebral (ALEHAM et al., 2007). A localização do hipersinal na neuroimagem também aponta para a SERP, visto que o padrão mais comum é na região posterior bilateralmente, já que acredita-se que suas arteríolas são menos inervadas pelo sistema nervoso simpático. Achados na literatura apontam que doenças renais são fatores de risco para o desenvolvimento de SERP, o que também direciona nosso diagnóstico (CHEN et al., 2013). O prognóstico e o tratamento são restritos devido à pequena quantidade de casos relatados. O prognóstico, muitas vezes, é benigno, e os hipersinais regridem em dias a semanas. Recomenda-se tratamento apenas sintomático. A literatura ressalta que os pacientes podem ter uma melhora completa dos sintomas e nunca mais apresentá-los, assim como podem, também, ficar com distúrbios neurológicos permanentes (RAJ, 2013).

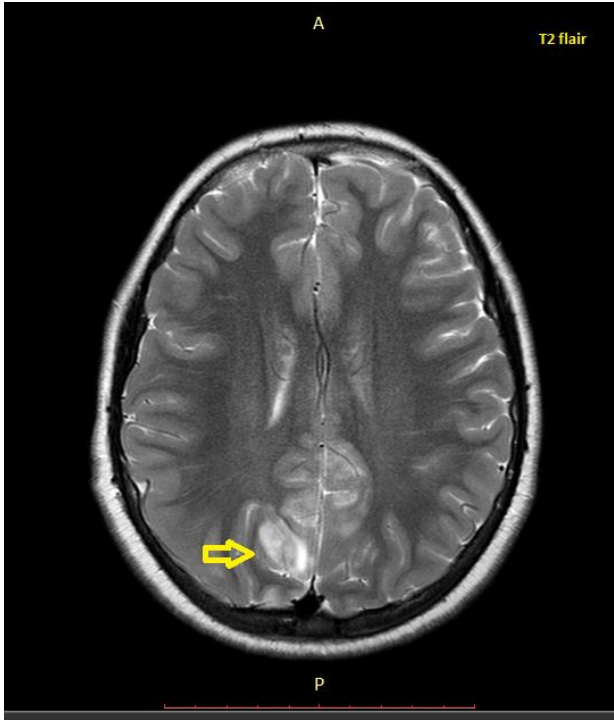
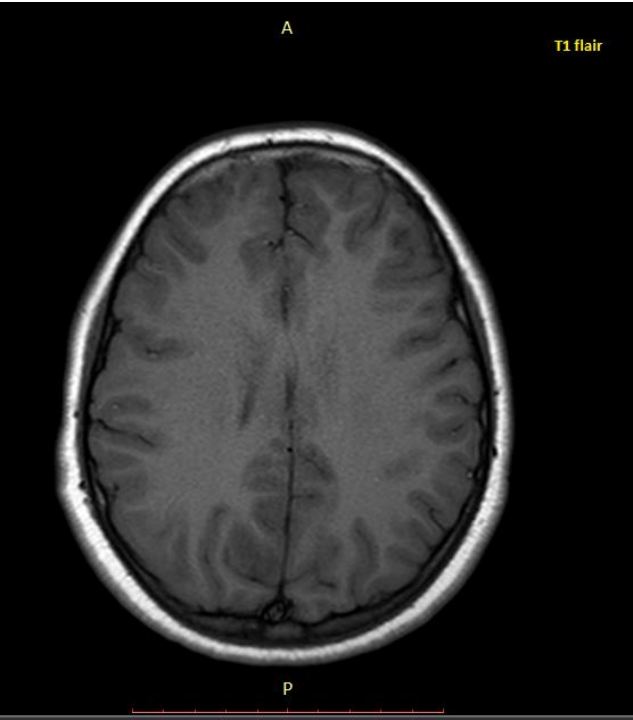
CONSIDERAÇÃO S FINAIS:

Apesar da SERP ter maior incidência na idade adulta, é emergente na população pediátrica, principalmente feminina (LEGRIEL, 2011). Nossa paciente, com quadro nefropático prévio, iniciou com crises convulsivas sem fator desencadeante conhecido e autolimitadas, quadro clínico compatível com a síndrome. Durante a realização da investigação de rotina, encontraram-se sinais sugestivos de edema vasogênico posterior bilateral na RNM, que tem a SERP como uma das causas previstas na literatura. Desta forma, foi possível realizar o diagnóstico e iniciar o tratamento para as crises convulsivas.

REFERÊNCIAS

1. ALEHAN, F.; EROL, I.; AGILDERE, A.M. et al. Posterior leukoencephalopathy syndrome in children and adolescents. *J Child Neurol* 2007; 22:406.
2. CHEN, T.H.; LIN, W.C.; TSENG, Y.H. et al. Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome in Children: Case Series and Systematic Review. *J Child Neurol* 2013; 28:1378.
3. LEGRIEL, S.; PICO, F.; AZOULAY, E.. Annual Update in Intensive Care and Emergency Medicine 2011. Vincent J-L, editor. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2011.
4. RAJ, S.; OVERBY, P.; ERDFARB, A. et al. Posterior reversible encephalopathy syndrome: incidence and associated factors in a pediatric critical care population. *Pediatric Neurol* 2013; 49:335.

ANEXOS



Imagens de ressonância magnética do caso, evidenciando sinal hiperintenso ponderado em t2/flair.