

Relato de Caso:

Síndrome de Encefalopatia Posterior Reversível Causada por Hipertensão Arterial

Abreu, C.C.

Discente da Universidade Severino Sombra, USS, Vassouras/RJ.

Lopes, M.D.

Médica do setor de Emergência do HUSF, Vassouras/RJ.

Resumo: *A Encefalopatia Posterior Reversível é uma entidade clínico-radiológica, tratando-se de evento agudo/subagudo que pode ser desencadeado por diversas etiologias. A encefalopatia hipertensiva, pré-eclampsia e eclampsia, neurotoxicidade pela ciclosporina-A, encefalopatia urêmica e púrpura trombocitopênica trombótica são fatores desencadeantes desse evento incomum. Caracteriza-se por cefaléia, rebaixamento do nível de consciência, crises epiléticas, cegueira cortical e retrato radiológico característico. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética contribuem de forma importante para o diagnóstico e evidenciam edema da substância branca e cinzenta principalmente nas regiões parieto-occipitais.*

Palavras-chave: *Encefalopatia Posterior Reversível. PRES. Encefalopatia Hipertensiva.*

Case Report:

The posterior Reversible Encephalopathy caused by Arterial Hypertension.

Abstract: *The Posterior Reversible Encephalopathy is a clinical radiology and it is an acute event / subacute which may be triggered by different etiologies. Hypertensive encephalopathy, pre-eclampsy and eclampsy, cyclosporine-A neurotoxicity, uremic encephalopathy and thrombotic thrombocytopenic purpura are factors that may cause this unusual syndrome. Its symptoms include headache, decreased level of consciousness, seizures, cortical blindness and a characteristic X-ray picture. The computed tomography and magnetic resonance imaging are important contributors to the diagnosis and showed edema of gray and white matter mainly in the parieto-occipital.*

Keywords: *Posterior Reversible Encephalopathy. PRES. Hypertensive Encephalopathy.*

Introdução

Descrita pela primeira vez em 1996, a Síndrome da Encefalopatia Posterior Reversível é uma entidade de patogênese ainda pouco conhecida. Proposta por Casey, a expressão PRES veio para abranger um conjunto de sintomas e achado radiológico característico [Yoshida et al 2001].

Os achados clínicos característicos encontrados nessa síndrome são cefaléia, vômito, cegueira, alterações mentais, alucinações e convulsões. A cefaléia é intensa, uni ou bilateral, de caráter pulsátil e pouco responsiva a analgesia. A alteração do nível de consciência pode variar de irritabilidade, agitação, sonolência até o estado comatoso. O acometimento dos lobos parietais justifica o aparecimento de cegueira e alucinações visuais. As crises convulsivas podem ser a primeira ou única manifestação da doença, sendo focais, e até mesmo podendo evoluir para estado de mal convulsivo [Fernandes et al 2002].

Os achados tomográficos e de ressonância nuclear mostram edema subcortical e ocasionalmente cortical que atinge a substância branca e cinzenta dos lobos occipital e parietal [Schwartz 1996, Hinchey et al 1996, Truwit et al 1991].

A fisiopatologia é desconhecida, mas acredita-se que disfunções endoteliais e alterações na auto-regulação cerebral participem desse processo. Um fluxo cerebral contínuo é fornecido em situação fisiológica, e no caso de hiperfluxo, pode haver lesão na barreira hemato-encefálica desestabilizando essa auto-regulação e extravasando líquido para o parênquima, gerando edema cerebral [Mackenzie et al 1996, Ijima et al 1994].

Exames de controle realizados após a melhora clínica mostram redução ou desaparecimento do quadro, reforçando a tese de que o edema cerebral é o fator causal dos sintomas.

Essa síndrome pode atingir indivíduos em todas as idades e vários fatores podem ser precipitantes, entre eles: púrpura trombocitopênica trombótica, nefrotoxicidade pela Ciclosporina-A, eclampsia, pré-eclampsia, encefalopatia urêmica e hipertensiva [Schwartz 1996].

Os sintomas regredem completamente quando retirado o fator desencadeante em tempo, caso contrário, podem acarretar danos irreversíveis e até mesmo a morte.

Apresentamos um caso de Encefalopatia Posterior Reversível decorrente de encefalopatia hipertensiva em paciente hipertensa de longa data.

Metodologia

Relato de caso clínico. Paciente internada no Serviço de Clínica Médica do Hospital Universitário Sul Fluminense, em agosto de 2009. Estudo realizado com revisão de prontuário, contato direto com a paciente e estudo radiológico de tomografia computadorizada e ressonância magnética.

Relato de caso

Paciente do sexo feminino, negra, 51 anos, procurou a emergência do hospital Universitário Sul Fluminense em 25 de agosto de 2009, apresentando quadro súbito de amaurose

bilateral, cefaléia e níveis pressóricos elevados.

Foi realizada tomografia computadorizada do crânio revelando área hipodensa occipito-parietal com edema cerebral difuso e apagamento dos sulcos.

Internada na enfermaria de clínica médica evoluiu em poucas horas com crise convulsiva de difícil controle e rebaixamento do nível de consciência. Foi transferida para UTI, necessitando de intubação orotraqueal e ventilação mecânica.

A equipe médica aventou as seguintes hipóteses diagnósticas: acidente vascular encefálico isquêmico, tumor cerebral posterior, encefalopatia hipertensiva e vasculite.

A paciente ficou internada por nove dias no CTI, necessitando de ventilação mecânica e controle hemodinâmico, evoluindo sem convulsões, mas com níveis pressóricos elevados e sinais de hipertensão intracraniana. Nova tomografia computadorizada foi realizada com a mesma imagem inicial.

Com melhor controle hemodinâmico e respiratório e evolução clínica satisfatória, retornou para enfermaria. Apresentou episódios de alucinação visual e auditiva, desorientação temporal, cegueira cortical e níveis pressóricos ainda elevados, o que motivou modificações na terapia anti-hipertensiva.

Além disso, evoluiu com febre alta, taquicardia e os resultados da hemocultura e da cultura da secreção traqueal realizadas no CTI, revelaram *MRSA* e *Acinetobacter* multirresistente respectivamente. Em decorrência recebeu tratamento com Vancomicina e Meropenem e isolamento de contato durante 10 dias.

A 3ª TC exibiu ainda a imagem hipodensa occipito parietal, porém com diminuição do edema cerebral e sem apagamento dos sulcos.

Para a confirmação diagnóstica da Síndrome da Encefalopatia Posterior Reversível a paciente passou por um estudo de ressonância magnética do crânio. Foram descartadas as etiologias inflamatória, isquêmica e neoplásica, evidenciando-se apenas o edema cerebral vasogênico principalmente nas regiões occipito-parietais bilateralmente, sendo assim compatível com a hipótese diagnóstica da síndrome PRES.

Após mais de trinta dias de internação a paciente recebeu alta em boas condições clínicas, pressão arterial de 110X60 mm Hg, lúcida e orientada no tempo e espaço, em uso das seguintes medicações diárias: fenitoína, fenobarbital, captopril, nifedipina, hidralazina, clonidina, espironolactona e prednisona.

Objetivo

Relatar um caso clínico da Síndrome da Encefalopatia Posterior Reversível (PRES) causada por encefalopatia hipertensiva, ressaltando as complicações durante o período de internação e a resolução do caso.

Discussão

Amplamente desconhecida, essa síndrome ainda é sub-diagnosticada, podendo passar despercebida, resultando em sequelas irreversíveis e até mesmo a morte de em alguns

pacientes.

A literatura não esclarece completamente a fisiopatologia da doença, porém são conhecidas suas prováveis etiologias. Assim o tratamento é baseado na retirada ou controle do fator causal.

O caso descrito teve como fator desencadeante a hipertensão arterial, então após o suporte avançado de vida o paciente mostrou evolução satisfatória em decorrência de eficaz conduta anti-hipertensiva.

Conclusão

Antes de 1996, as várias causas de PRES foram listadas sob a categoria de encefalopatia hipertensiva ou como entidades separadas. Em 1996, a expressão síndrome da leucoencefalopatia posterior reversível foi introduzida por Hinchey e col. para abranger a encefalopatia hipertensiva e condições a ela associadas [Truwit et al 1991].

O caso em discussão revela uma clássica manifestação da Síndrome da Encefalopatia Posterior Reversível. Suas características clínicas e radiológicas revelam um padrão típico, assemelhando-se bastante a outros casos descritos na literatura.

A presença de alucinações visuais e auditivas são manifestações incomuns na síndrome PRESS, mostrando as diferentes formas clínicas de uma lesão cerebral pode se expressar.

A paciente recebeu diagnóstico e tratamento em tempo hábil e suas sequelas foram minimizadas graças à boa conduta da equipe médica.

Referências

- Casey SO, Sampaio RC, Michel E, Truwit C. Reversible posterior leukoencephalopathy syndrome: utility of fluid-attenuated inversion recovery MR imaging in the detection of cortical and subcortical lesions. *Am J Neuroradiol* 2000;21:1199-1206.
- Fernandes FJF, Machado Junior MAC, Pedreira AV, Silva CIS, Tavares HC, Barbosa VA. Síndrome de Encefalopatia posterior reversível. *Arq Neuropsiquiatr* 2002;60(3-A):651-5.
- Brillman J, Kahan S. *Neurologia em uma pagina*, Editora Guanabara, 1ª edição 2007.
- The Brant and Helms Solution: Fundamentals of Diagnostic Radiology, Third Edition, Plus Integrated Content Website (*Brant, Fundamentals of Diagnostic Radiology*)
- Eingarten K, Barbut D, Filippi C, Zimmerman RD. Acute hypertensive. Encephalopathy: findings on spin-echo and gradient-echo MR imaging. *AJR Am J Roentgenol* 1994;162:665-70.
- Tamaki K, Sadoshima S, Baumbach GL, Iadecola C, Reis DJ, Heistad DD. *Evidence that disruption of the blood-brain barrier precedes reduction in cerebral blood flow in hypertensive encephalopathy* *Hypertension* 1984; 6:75-81.
- Johansson B. Regional cerebral blood flow in acute experimental hypertension. *Acta Neurol Scand* 1974; 50:366-372.
- Schwartz RB. A reversible posterior leukoencephalopathy syndrome. *N Engl J Med* 1996; 334:1743.
- Martins J, Cordeiro M, Casimiro C, Teotônio R, Moura C, Marnoto D. Encefalopatia posterior reversível associada à imunossupressão com tracolimus. *Acta Med Port.* 2009; 22(2):194.
- Yoshida K, Yamamoto T, Maeda M. Reversible posteriorleukoencephalopathy syndrome in a patient with hypertensive encephalopathy-case report. *Neurol Med Chir* 2001; 41:364-9.
- Hinchey J, Chaves C, Appignani B, et al. A reversible posterior leukoencephalopathy syndrome. *N Engl J Med* 1996;334:494-500.
- Mackenzie ET, Harper AM, Farrar JK. Effects of acutely induced hypertension in cats on pial arteriolar caliber, local cerebral blood flow, and the blood-brain barrier. *Circ Res* 1976;39:33-41.
- Ijima T, Kubota Y, Kuroiwa T, Sankawa H. Blood-brain barrier opening following transient reflex sympathetic hypertension. *Acta Neurochir (Wien)* 1994;(Suppl)60:142-4
- Truwit CL, Denaro CP, Lake JR, DeMarco T. MR imaging of reversible cyclosporin A-induced neurotoxicity. *Am J Neuroradiol* 1991;12:651-9

