

**hea**

**fbpn**

**fmc**

---

**Serviço e Disciplina de Clínica Médica**

**Sessão Clínica- 20/05/2024**

**Auditório Honor de Lemos Sobral- Hospital Escola Álvaro Alvim**

**Orientador: Dra Priscilla Damião Araújo Lima**

**Relatora: R2 Dra Marina Siqueira Teixeira**

**Debatedora: R1 Dra Luiza Branco Lopes Côrtes Real**

---

# CASO CLÍNICO

---

- ✓ **Identificação:** Sexo feminino, branca, 39 anos, natural e residente do Rio de Janeiro, casada, católica.
  - ✓ **Queixa Principal:** “Dor de cabeça”
  - ✓ **HDA:** Paciente com diagnóstico recente de lúpus eritematoso sistêmico, em acompanhamento ambulatorial, apresentando quadro recorrente de cefaleia occipital, sem melhora com analgésicos, com inúmeras idas à emergência, evoluindo com distúrbio visual (diplopia), náuseas e confusão mental, associados a pico hipertensivo (PA: 210x120mmHg) de difícil controle, sendo necessária internação. Na internação, evoluiu com 03 crises convulsivas tônico-clônica generalizadas, sendo transferida para terapia intensiva.
-

# CASO CLÍNICO

---

## ✓ HPP:

- Hipotireoidismo, em uso de Puran 75mcg;
- Diagnóstico recente de Lúpus Eritematoso Sistêmico, no momento, com acometimento renal (confirmado com Biópsia Renal – Classe IV). Vinha sob pulso de metilprednisolona, ciclofosfamida 1g, hidroxicloroquina 400mg/dia.

## ✓ História Familiar:

- Pai falecido por IAM;
  - 2 irmãos hipertensos.
-

# CASO CLÍNICO

---

## ✓ História Ginecológica:

- G4P2A2 (menos de 10 semanas, não provocados)

## ✓ História Social:

- Ex-tabagista (10 maços-ano);
  - Nega etilismo;
  - Sedentária.
-

# CASO CLÍNICO

---

## ✓ Exame físico:

- Paciente acordada, apresentando períodos de desorientação e visão dupla (transitória), sem déficit motor ou rigidez de nuca, pupilas isocóricas e fotorreagentes, eupneica, corada, hidratada, acianótica, anictérica, sem alterações cutâneas
  - ACV: RCR2T, BNF S/S / PA: 180x100 mmHg/ FC:88 bpm
  - AR: MVUA SEM RA
  - ABD: flácido, peristalse presente, indolor, sem sinais de irritação peritoneal
  - MMII: sem edemas ou empastamento de panturrilhas
  - Exame neurológico: sem alterações
-

# EXAMES COMPLEMENTARES

EXAMES	RESULTADOS	VALOR DE REFERÊNCIA	DE
Hematócrito	29%	36-47%	
Hemoglobina	9,9g/dL	12-16 g/dL	
VCM	90fl	80-100fl	
Leucograma	3800mm <sup>3</sup>	4.000-11.000 mm <sup>3</sup>	
Linfócitos	950/mm <sup>3</sup>	1.000-4080/mm <sup>3</sup>	
Plaquetas	100.000/mm <sup>3</sup>	150.000-450.000/mm <sup>3</sup>	
Ureia	45mg/dL	15-36 mg/dL	
Creatinina	1,3 mg/dL	< 1,2 mg/dL	
Na+	137mEq/L	135-145 mEq/L	
K+	4,0 mEq/L	3,5-4,5 mEq/L	
Proteína c reativa	< 6 mg/L	< 5 mg/L	
Proteínas totais	5,0g/dL	6-7,8 g/dL	
Albumina	2,8 g/dL	3,2-4,5 g/dL	
FAN	1/1280 homogêneo	quase Não reagente	
Anti-DNA	1/160	Não reagente	
C3	58mg/dl	80-170 mg/dL	
C4	10mg/dl	18-51 mg/dL	

# EXAMES COMPLEMENTARES

<b>Anti-Sm</b>	Não reagente	Não reagente
<b>Anti-Ro</b>	120 U	Negativo (< 20U)
<b>Anti-La</b>	Negativo	Negativo (< 20U)
<b>VDRL</b>	Não reagente	Não reagente
<b>Anticoagulante lúpico</b>	2,0	< 1,2
<b>Anti-cardiolipina IgM</b>	Não reagente	Não reagente
<b>Anti-cardiolipina IgG</b>	Não reagente	Não reagente
<b>HIV</b>	Não reagente	Não reagente
<b>HbsAg</b>	Não Reagente	Não reagente
<b>Anti-Hbs</b>	Reagente	Não reagente
<b>Anti-Hbc Total</b>	Não Reagente	Não reagente
<b>Anti-HCV</b>	Não Reagente	Não reagente
<b>Proteinúria de 24h</b>	1,9g/24h volume urinário 2000ml	< 150 g/24h

# EXAMES COMPLEMENTARES

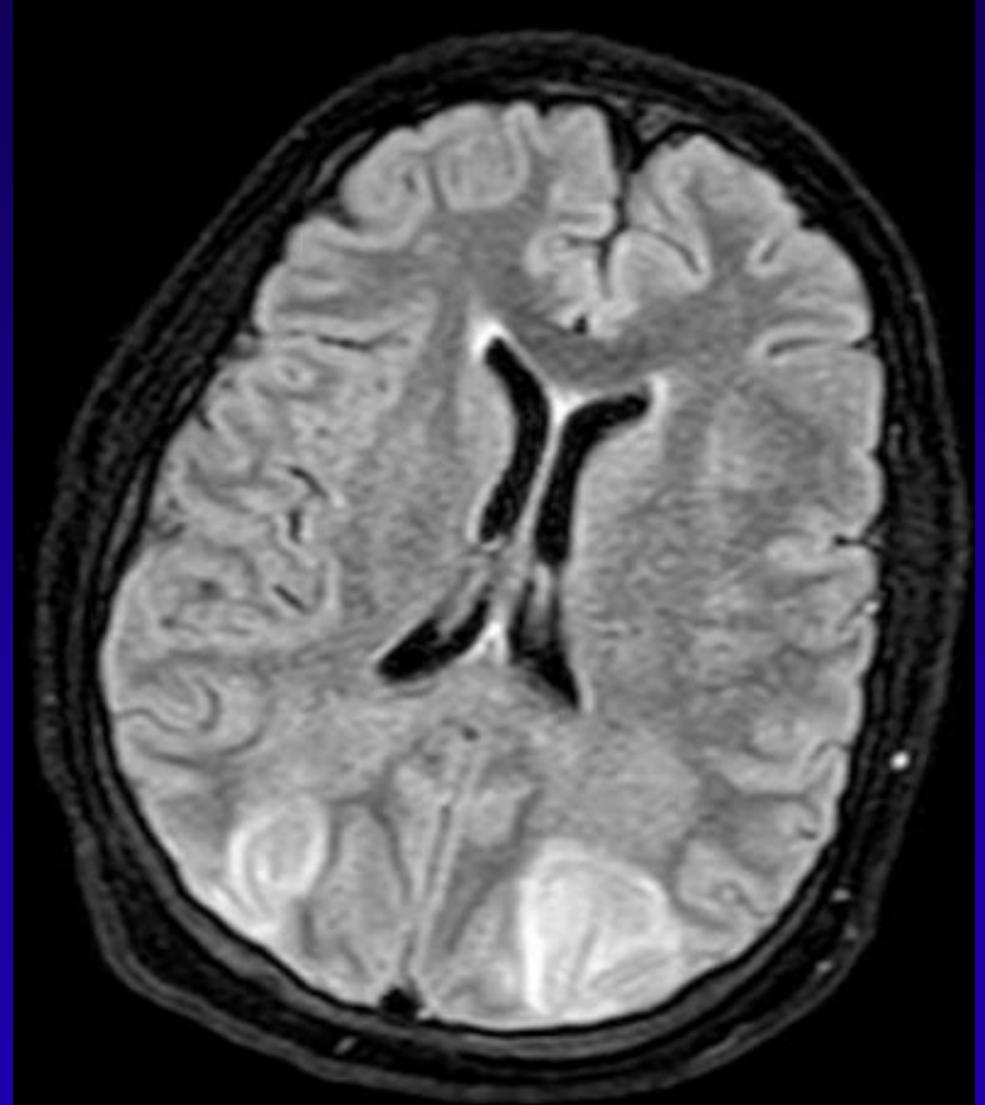
## - EAS

<b>Exame Físico -Químico</b>		<b>Valor de Referência</b>
Densidade	1,026	1,002 a 1,025
PH	6,0	4,5 a 8,0
Glicose	0	Ausência
Corpos cetônicos	0	Ausência
Hemoglobina	+	Ausência
Proteína	+	Ausência
Nitrito	0	
<b>Sedimentoscopia</b>		
Leucócitos	10 p/c	Até 5 pro campos
Hemácias	10 p/c	Até 2 por campo
Cilindros Hialinos	8 p/c	Raros por campo
Cilindros Hemáticos	6 p/c	Ausência
Cilindros granuloso	0 p/c	Ausência
Cilindros leucocitários	0p/c	Ausência
Bactérias	Raras	Raras
Cristais	Uratos amorfos (+)	Valorização relativa
Filamentos de muco	raros	Raros

# EXAMES COMPLEMENTARES

---

- Ecocardiograma: Sem alterações significativas.
- RM de Crânio: Hipersinal FLAIR corticossubcortical nas transições parieto-occipitais bilaterais.



---

# Discutir hipóteses diagnósticas e condutas



# HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

---

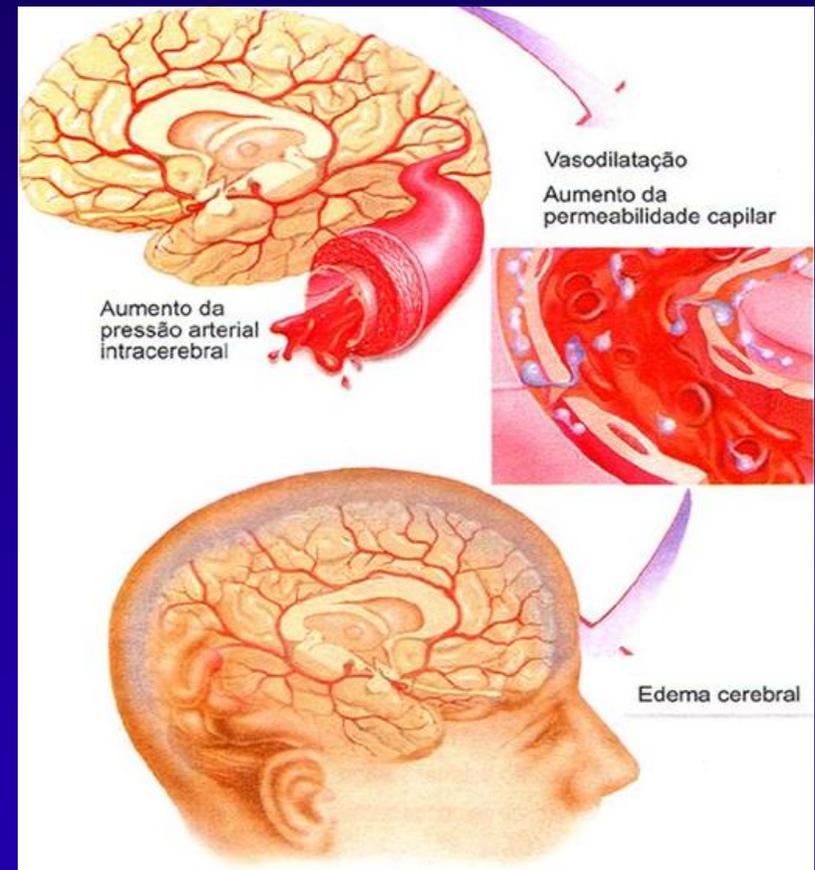
**ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA**

**ECLAMPSIA**

**ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL (PRES)**

# ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA

- Elevação pressórica aguda → edema cerebral
- Mais comum em pacientes com HAS crônica (mal tratada ou não tratada)



# PRÉ-ECLAMPSIA / ECLAMPSIA

---

- **Cefaleia intensa, Distúrbios visuais, Confusão mental**
- **Hipertensão arterial + Proteinúria**
- **Hiperreflexia**
- **Obs: Pode ocorrer no puerpério**

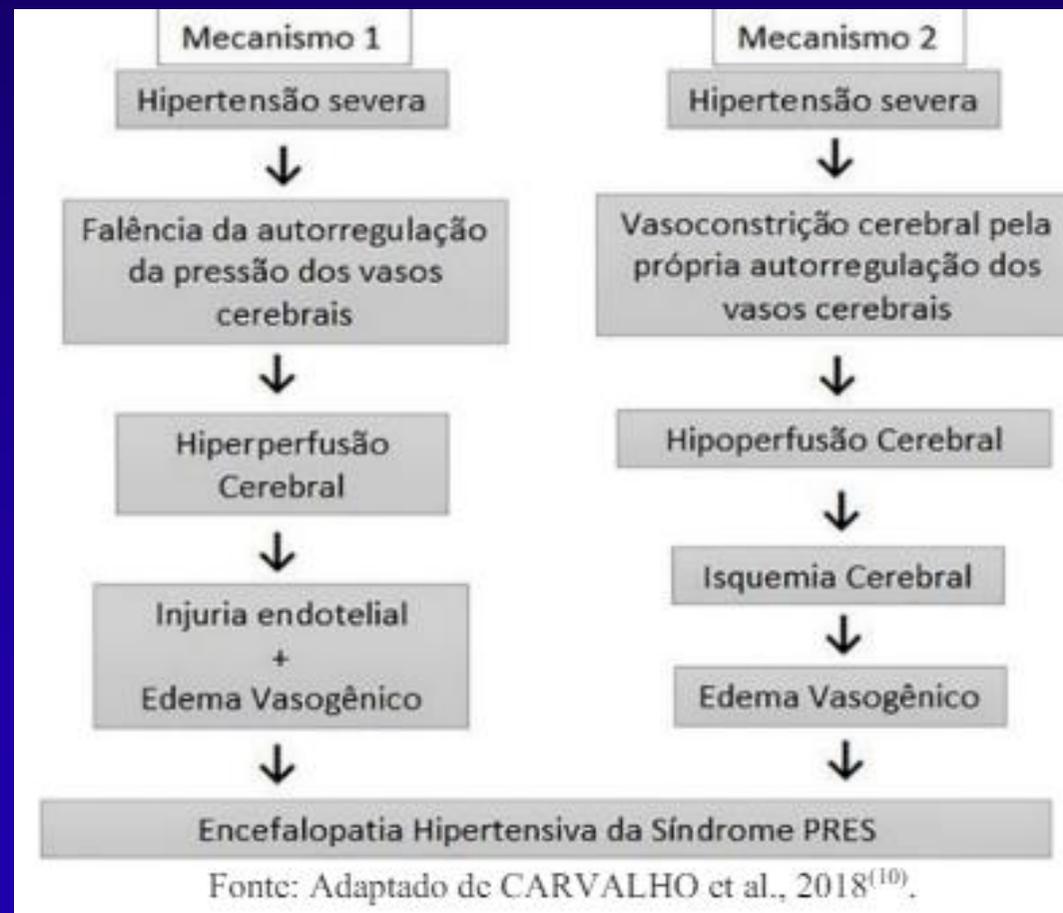
# ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL (PRES)

---

- Entidade nova (Descrita em 1996. Associada ao lúpus em 2006)
- Mais prevalente em mulheres, sem prevalência de idade (2-90 anos)
- Condições clínicas associadas = LES, pré-eclampsia, terapia imunossupressora, infecção, IRA ou DRC, púrpura trombocitopenica, hemólise urêmica, crioglobulinemia, uso de ciclosporina e cisplatina.
- Sintomas progressivos: cefaleia, redução da consciência, distúrbios visuais, convulsões, hipertensão sistêmica.
- Achados RNM e TC crânio = Edema cortical e subcortical nos lobos occipital e parietal.

# ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL (PRES)

## FISIOPATOLOGIA



# Seguimento do quadro

---

- Solicitar um Beta-HCG
- Cessar / Reduzir a Metilprednisolona e hidroxicloroquina
- Anti-hipertensivos e anticonvulsivantes
- Fundo de olho
- Acompanhar evolução clínica do quadro e marcadores inflamatórios / infecciosos
- Solicitar nova RNM de crânio após melhora clínica

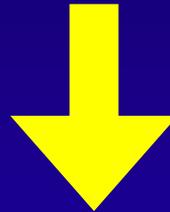
# REFERÊNCIAS

- ✓ UpToDate
- ✓ SANTANA, L. M.; VALADARES, E. DE J. A.; ROSA-JÚNIOR, M. Differential diagnosis of temporal lobe lesions with hyperintense signal on T2-weighted and FLAIR sequences: pictorial essay. *Radiologia Brasileira*, v. 53, n. 2, p. 129–136, abr. 2020.
- ✓ HAGEMeyer, V. et al. Síndrome da encefalopatia posterior reversível: uma patologia pouco descrita no idoso. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, v. 12, n. 4, p. 215–218, dez. 2018.
- ✓ MENDONÇA, E. Encefalopatias tóxicas e metabólicas: ensaio iconográfico. *Radiologia Brasileira*, v. 48, n. 2, p. 121–125, 2015.
- ✓ FERNANDES, F. J. F. et al. Síndrome de encefalopatia posterior reversível: relato de caso. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 60, p. 561–655, 1 set. 2002.
- ✓ STRECK, A. DE S. et al. Síndrome da encefalopatia posterior reversível (PRES) e lúpus eritematoso sistêmico: relato de dois casos. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 52, p. 807–810, 1 out. 2012.
- ✓ Reversible posterior encephalopathy syndrome: clinical and neuroimage aspects – 2022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/download>

# SEGUIMENTO

---

- Controle pressórico com anti-hipertensivo IV;
- Hidantal 100 mg 12/12h;

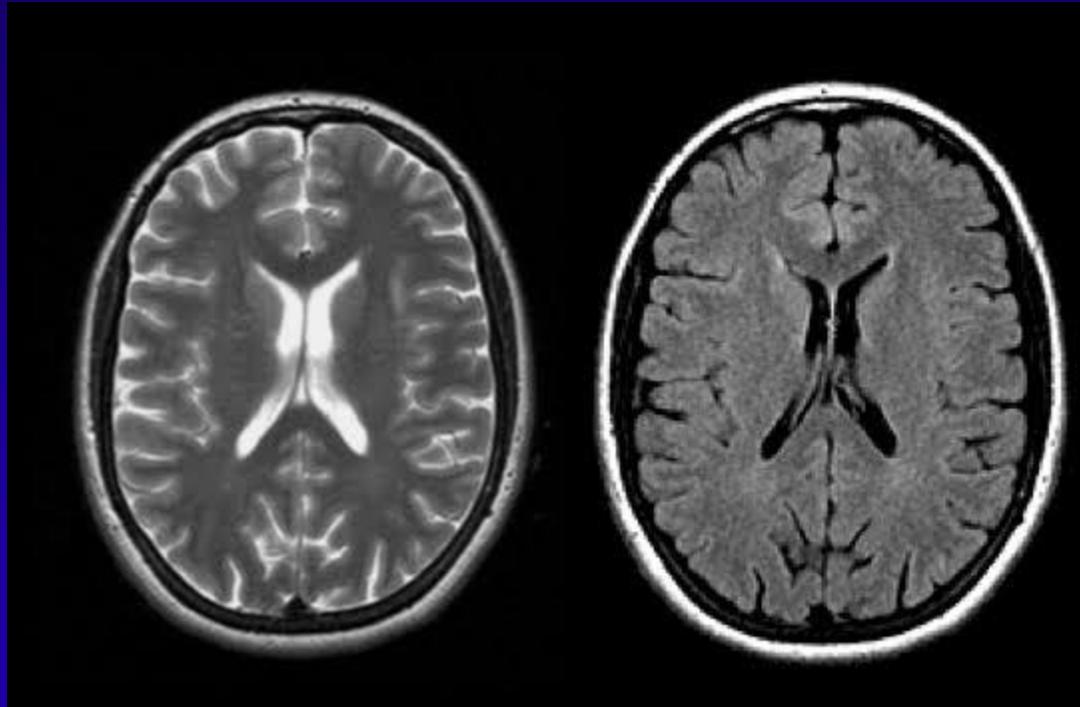


- Melhora completa dos sintomas neurológicos;
  - Alta da terapia intensiva.
-

# SEGUIMENTO

---

RM de Crânio após controle pressórico:



Normal → Desaparecimento completo das lesões.

---

---

# REVISÃO SOBRE O ASSUNTO

---

# SÍNDROME DA ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL (PRES)

---

## DEFINIÇÃO:

- Síndrome clínico-radiológica caracterizada por cefaleia, convulsões, alteração do estado mental, perda visual e edema vasogênico da substância branca afetando, predominantemente, lobos occipitais e parietais.

## EPIDEMIOLOGIA:

- Mais comum em mulheres;
- Incidência desconhecida.

## PATOGÊNESE:

- Alteração da autorregulação cerebral + disfunção endotelial.

# SÍNDROME DA ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL (PRES)

## • ETIOLOGIAS:

### Medical conditions associated with reversible posterior leukoencephalopathy syndrome

Hypertensive encephalopathy and acute blood pressure fluctuations

Acute or chronic renal diseases

Thrombotic thrombocytopenic purpura

Hemolytic and uremic syndrome

Eclampsia

Vasculitis

Systemic lupus erythematosus

Polyarteritis nodosa

Cryoglobulinemia

Granulomatosis with polyangiitis

Immunosuppressive, immunomodulatory, and chemotherapeutic drugs

Bevacizumab and other VEGF inhibitors

Cisplatin and other platinum-based agents

Combination chemotherapy

Cyclosporine A

Cytarabine

Gemcitabine

Interferon-alpha

Intravenous immunoglobulin

Ipilimumab

Methotrexate

Rituximab

Tacrolimus, sirolimus

Tyrosine kinase inhibitors: lenvatinib, pazopanib, sorafenib, sunitinib

Vincristine

Porphyria

Hypercalcemia, hypomagnesemia

Iodine contrast media exposure (cerebral, coronary angiography)

Sepsis

Transplantation (solid organs, bone marrow, stem cells)

# SÍNDROME DA ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL (PRES)

---

- **CLÍNICA:**

- Cefaleia;
- Alteração do nível de consciência;
- Alterações visuais;
- Convulsões.

# SÍNDROME DA ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL (PRES)

---

- DIAGNÓSTICO:

- Clínico;

- RM de crânio:

- Edema da substância branca em hemisférios cerebrais posteriores, principalmente nas regiões parieto-occipitais → Áreas focais ou confluentes com hiperssinal em T2;

- FLAIR → Aumenta sensibilidade; vê lesões corticais súbitas;

- DWI → Edema vasogênico hipo ou isoíntenso.

# SÍNDROME DA ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL (PRES)

---

- **TRATAMENTO:**

- Controle da hipertensão;
- Antiepiléticos;
- Descontinuação de terapia imunossupressora e citotóxica;
- Correção de DHE, síndrome congestiva, uremia e sepse, caso presentes.

# REFERÊNCIAS

---

- ✓ GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis. *Cecil Medicina Interna*. 25. ed. SaundersElsevier, 2018. 2 v.
- ✓ NEILL, Terry A. Reversible Posterior Leukoencephalopathy Syndrome, *UpToDate*, 2022.