

Pancreatite aguda e síndrome de encefalopatia posterior reversível – relato de um caso

Pereira, V.M.¹ | Correia, L.M.² | Rodrigues, T.³ | Faria, G.¹ |
Jasmins, L.¹

1. Serviço de Gastrenterologia, 2. S.Medicina Interna,
3. S.Neurroradiologia, Hospital Central do Funchal

Identificação

- Nome: EPP
- Sexo: masculino
- Idade: 33 anos
- Raça: leucodérmico
- Naturalidade: Funchal, Madeira
- Residência: Funchal, Madeira
- Profissão: Operário de construção civil

Antecedentes

- Hábitos:
 - Alcoolismo crónico \approx 100g/dia de semana e ao fds \approx 150g/d
 - Tabagismo crónico \approx 10 UMA
 - Fuma marijuana 2x/mês, sem outros hábitos toxifílicos
- Sem outros antecedentes pessoais
- Familiares: Pai - CCR aos 57A, Mãe – HTA
- Sem medicação habitual
- Sem alergias medicamentosas ou alimentares

História da doença atual

- Anamnese:
 - **Epigastralgia** com irradiação dorsal **em cinturão**, intensidade 8/10 de início súbito e com 6h de evolução
 - 4 episódios de **vômitos** com início alguns minutos após a epigastralgia
 - **Cefaleia** holocraneana intensa com 2h de evolução e agravamento progressivo

Exame Objectivo

- Vigil, confuso, pouco colaborante. GCS: 14.
- Apirético, **TA: 190/100 mmHg, FC: 54 bpm**, FR: 24cpm ao ar ambiente com SpO2 99%.
- Mucosas coradas e hidratadas. Anictérico.
- AP: MV mantido e simétrico bilateralmente, AC: S1+S2 rítmicos sem sopros ou es
- Abdómen: RHA ausentes, mole e depressível, **empastamento no epigastro com dor à palpação profunda**
- Sem edemas periféricos

Exames Complementares de Diagnóstico

Avaliação analítica	
Leucócitos	24.000/μL
Neutrófilos	91.6 %
Plaquetas	270.000/μL
Hemoglobina	15,9 g/dL
Htc	48,2 %
Creatinina	0,83 mg/dL
Ureia	33 mg/dL
Glicose	156 mg/dL
GPT/ALT	34 U/L
GOT/AST	46 U/L
Amilase	193 U/L
Lipase	934 U/L
BT	1,21 mg/dL
LDH	228 U/L
PCR	2,87 mg/dL

- Pedida ecografia abdominal

→ Crise convulsiva tónico-clónica generalizada
Cede a diazepam 10mg EV (duração 30 segs)

Exames Complementares de Diagnóstico

Gasimetria arterial (FiO2 40%)	
pH	6,98
pCO2	41,4
pO2	235
HCO3-	10,5
Glicose	158
sO2	98,1%
K+	2,8
Na+	144
Lac	18

Rx-tórax: N

Ecografia abdominal: Diminuição difusa da ecogenicidade parenquimatosa pancreática com espessamento do corpo pancreático, compatíveis **com edema** e que se correlacionam com pancreatite. Sem sinais de litíase.

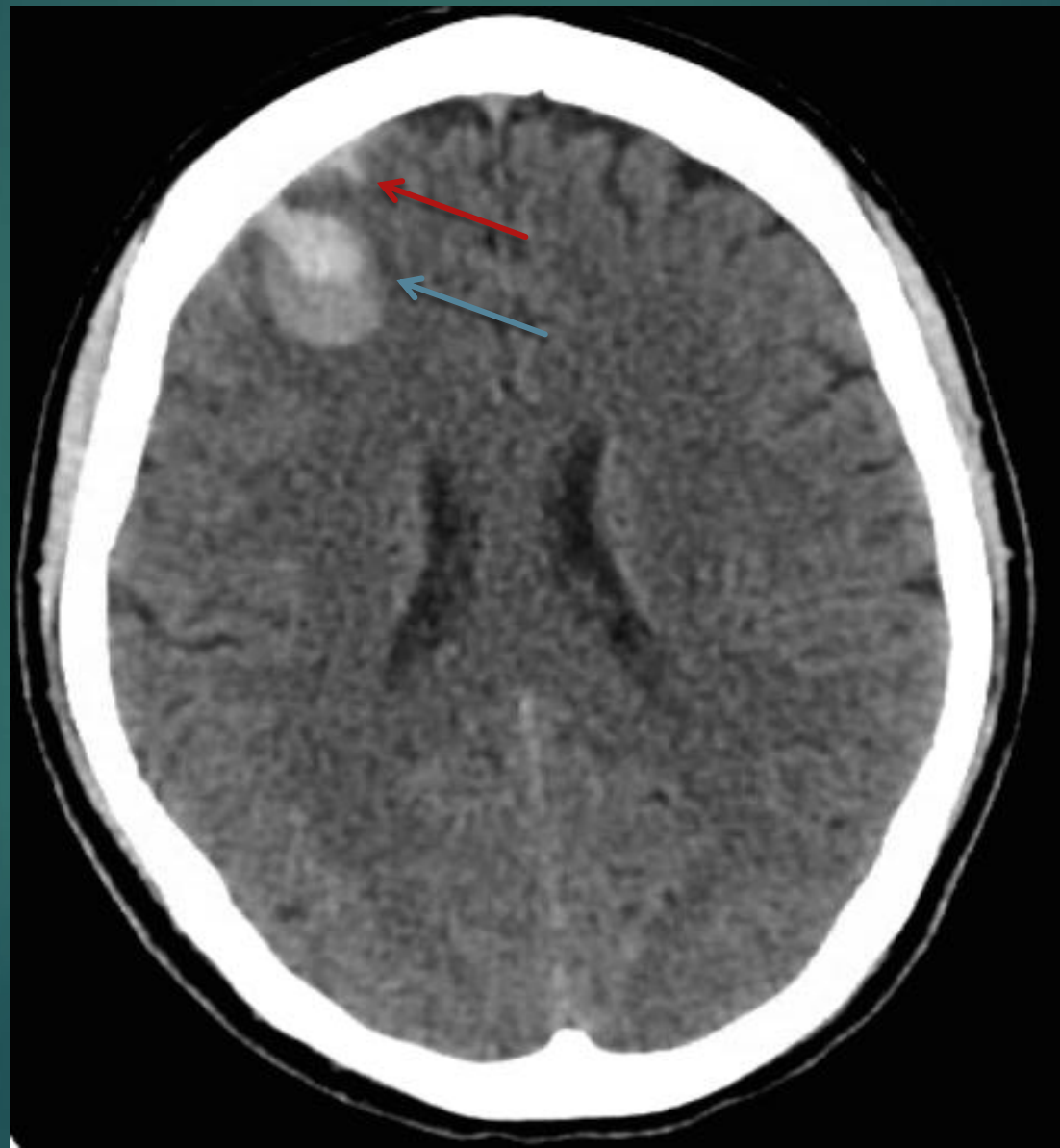
APACHE II: 17 pontos (26% mortalidade)

BISAP: 3 (>15% mort.)

Ranson 1

→ UCIP

TAC-CE (à admissão)

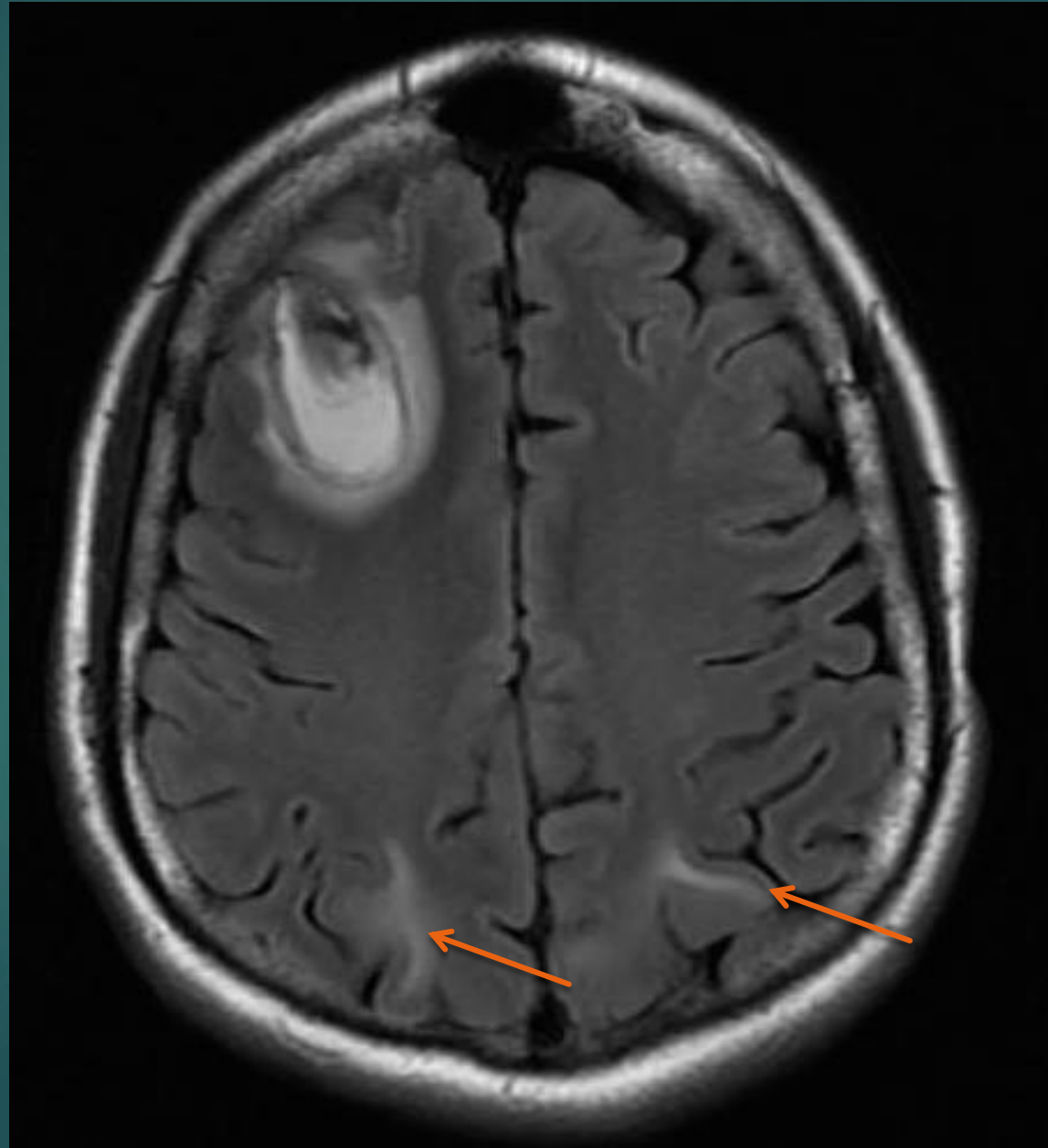


TC Abdominal

D10 Internamento



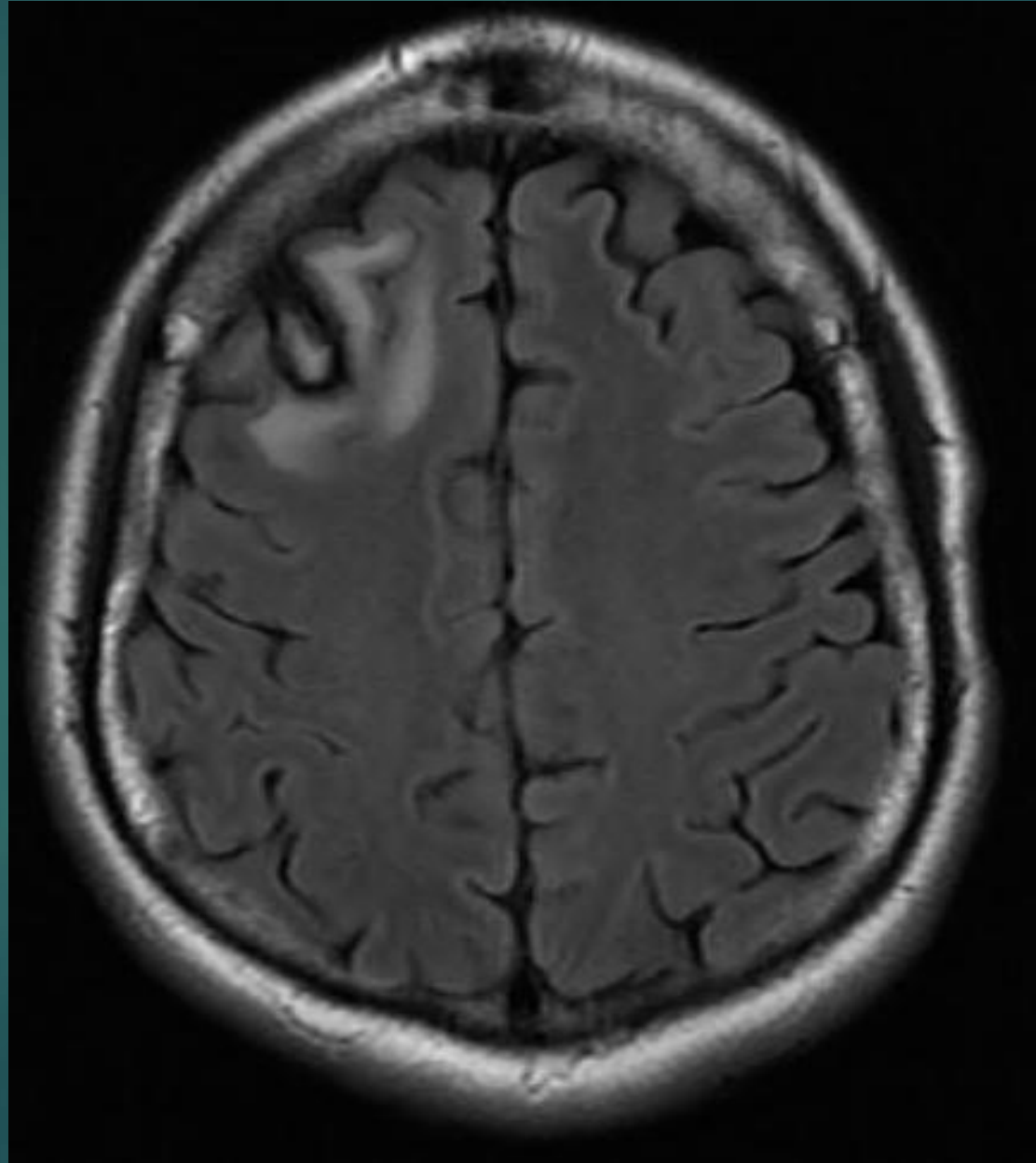
RMN-CE



D7 Internamento
Imagens axiais FLAIR

D15 Internamento
Alta

RMN-CE



2º RMN-CE (58 dias após 1º)
Imagens axiais FLAIR

SEPR e Pancreatite aguda

- M, 49 A: pancreatite aguda (PA) + alcoolismo crónico¹ [2015]
- M, 18 A: PA em doente com leucemia monocítica² [2014]
- F: PA + síndrome de anticorpos fosfolipídicos (após início de contracepção oral)³ [2014]
- F, 13 A: PA + síndrome nefrótico⁴ [2012]
- M, 60 A: PA + porfíria intermitente aguda⁵ [2008]
- PA + lúpus eritematoso sistémico + nefrite lúpica⁶ [2006]

1. Baek HS, Lee SJ. A case of posterior reversible encephalopathy syndrome associated with acute pancreatitis and chronic alcoholism. *Gen Hosp Psychiatry*. 2015 Mar-Apr;37(2):192.e3-5.
2. Larmour K, Lewis G, Benson G, Hanko J. The challenges of antiphospholipid syndrome: experience from diagnosis to self-care. *BMJ Case Rep*. 2014 Jun 26;2014.
3. Nishimoto M, Koh H, Bingo M et al. Posterior reversible encephalopathy syndrome following acute pancreatitis during chemotherapy for acute monocytic leukemia. *Rinsho Ketsueki*. 2014 May;55(5):552-7.
4. Yamada A, Atsumi M, Tashiro A et al. Recurrent posterior reversible encephalopathy syndrome in nephrotic syndrome: case report and review of the literature. *Clin Nephrol*. 2012 Nov;78(5):406-11.
5. Shen FC, Hsieh CH, Huang CR et al. Acute intermittent porphyria presenting as acute pancreatitis and posterior reversible encephalopathy syndrome. *Acta Neurol Taiwan*. 2008 Sep;17(3):177-83.
6. Kur JK, Esdaile JM. Posterior reversible encephalopathy syndrome--an underrecognized manifestation of systemic lupus erythematosus. *Rheumatol*. 2006 Nov;33(11):2178-83.

Notas finais

- O síndrome de encefalopatia posterior reversível caracteriza-se por cefaleias, confusão ou alteração do nível de consciência, alterações visuais e convulsões.
- Nos exames de neuroimagem observa-se edema da substância branca cerebral posterior.
- É uma entidade cada vez mais reconhecida e relatada; a sua incidência é ainda desconhecida.
- Casos: 2 aos 90 anos
- Relatamos o 7º caso de SEPR descrito no contexto de pancreatite aguda, apenas um destes casos publicado num indivíduo sem outras comorbilidades.

Obrigado

