

Feminina 47 anos, acidente de moto. Inicialmente atendida em outro serviço, fez TC de crânio, tórax, abdome e pelve, com trauma hepático, com instabilidade hemodinâmica. Submetida à laparotomia exploradora com controle de danos (empacotamento do fígado). Recebeu 4 unidades de concentrado de hemácias e 2 unidades de plasma fresco congelado.

Transferida para o nosso serviço no dia seguinte, sedada, em ventilação mecânica e em uso de nora. Em nosso serviço, na chegada, 85 mil plaquetas e recebeu 7 unidades de plaquetas na UTI e tomografia de crânio, tórax, abdome e pelve com contraste. Não foi visto lesões cranianas devido ao trauma. Na TC de tórax, abdome e pelve pequeno derrame pleural bilateral e laceração profunda e volumoso hematoma intraparenquimatosa com 10 cm no maior eixo e circunda o ramo direito portal e a veia hepática direita, sem nítidos sinais de extravasamento ativo do meio de contraste.

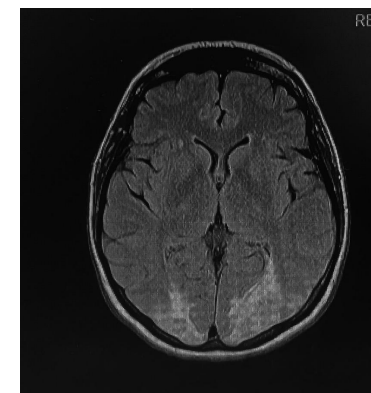
Devido a gravidade do trauma realizado arteriografia antes da reabordagem cirúrgica. Na arteriografia, feita pela radiologia intervencionista, foi diagnosticado fístulas arteriovenosas com sinais indiretos de sangramento e optado por Embolização. No segundo dia de internação laparotomia com retirada das compressas e drenagem da cavidade.

Nos dias subsequentes ainda permaneceu na UTI, entubada e com redução progressiva de noradrenalina. Não necessitou de novas transfusões sanguíneas. Mantinha saída de secreção biliar pelos drenos abdominais.

No quarto dia de pós-operatório foi extubada. Ainda sonolenta, confusão mental e notado alteração visual. TC e RM padrão de acometimento do parênquima e a distribuição favorecem a possibilidade de um distúrbio de autorregulação da circulação posterior resultando em edema vasogênico (Encefalopatia Posterior Reversível - PRES – Posterior reversible encephalopathy syndrome), com áreas de hemorragia de perimeio.

No 16º PO recebeu alta hospitalar, sem drenos abdominais, sem confusão mental, porém ainda com alterações visuais.

Conclusão: Existem poucos casos de PRES no trauma, mas é importante ser considerado já que em pacientes de trauma ocorrem muitas variações da pressão sanguínea (relacionado a fisiopatologia da doença) e muitos têm TCE associado (embora não no nosso caso) que pode dificultar ainda mais o diagnóstico.



RM Crânio com imagem típica, o que possibilitou o diagnóstico de PRES

Autores:
Cecilia Fernandes Martins
Maria Luisa Araujo Souza
Pedro Henrique Araujo Souza
Cristiane de Alencar Domingues
Marcelo Cristiano Rocha
Luciana de Fátima Teixeira
Almerindo Lourenço de Souza
Renato Sergio Poggetti