

XXVI REUNIÓN **PAMPLONA** | 16 AL 18 DE JUNIO DE 2022

**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
URGENCIAS DE PEDIATRÍA**



**SUPERVIVENCIA SIN EVIDENCIA:
Aprendiendo para el futuro**

**SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE
COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE GLOMERULONEFRITIS
POSTINFECCIOSA EN DOS PACIENTES PEDIÁTRICOS**

Autores: Mahmud Jordà, Ojanta ; Berenguer Molins, Georgina; Sebastián Nuez, Jorge; Visa Reñé, Núria; Paredes Carmona, Fernando; Solé Mir, Eduard.

Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida

INTRODUCCIÓN

El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) es un síndrome neurotóxico agudo infrecuente que se manifiesta clínicamente con alteración del nivel de conciencia y signos neurológicos focales. Radiológicamente se caracteriza por edema cerebral bilateral. La mayoría de pacientes asocian hipertensión arterial, constituyendo una manifestación poco habitual de la emergencia hipertensiva.

CASO 1

Niño de 9 años con **cefalea** y **somnolencia** precedido de **vómitos** incoercibles. Odinofagia y fiebre la semana anterior.

- **Ctes y EF** → TA 164/109 (**>p95**). FC 67 lpm. TEP alterado a nivel de aspecto. Desconjugación de la mirada. ROTs exaltados. Clonus de las 4 extremidades. Edema palpebral.
- Se orienta como **emergencia hipertensiva**. Se trata con hidralazina ev y SSH 6%.
- **Evolución y manejo** → Presenta **crisis tónico-clónica** generalizada que cede con midazolam y levetiracetam ev. Ingreso en UCIP. Se inicia tratamiento con amlodipino y furosemida ev. Buen control tensional, sin nuevas crisis epilépticas.

AS	FG calculado 80 ml/min/1.73, C3 bajo y ASLO elevadas.
AO	> 100 hematias/campo. Índice urea/creatinina 6. Proteinuria en rango nefrótico.
TAC	Lesiones intraaxiales supratentoriales bihemisféricas.
RM	Edema córtico-subcortical parieto occipital posterior bilateral (Fig.1).

- **Control:** normalización de la función renal y RM sin alteraciones.
- ❖ Síndrome de PRES en paciente afecto de síndrome nefrítico de etiología postinfecciosa.

CASO 2

Niña de 10 años traída a urgencias por sospecha de estatus epiléptico, precedido de cefalea y vómitos las dos horas previas.

- **Ctes y EF** → TA 160/110 (**p>95**). FC 140 lpm. SatO2 84 %. Pupilas mióticas, desviación de la mirada hacia la izquierda. Rigidez de las 4 extremidades.
- Se orienta como **estatus epiléptico** en contexto de **hipertensión arterial**. Se administra midazolam y levetiracetam ev, SSH 6%.
- **Evolución y manejo** → Ingreso en UCIP. Precisa tratamiento antihipertensivo (amlodipino,doxazosina, hidralazina y labetalol) para un buen control tensional.

AS	Creatinina 1.48mg/dL.
TAC	Sin alteraciones.
RM	Áreas de hiperintensidad en la sustancia blanca con afectación cortical parietooccipital bilateral compatible con PRES (Fig.1).
Bx renal	Sugestiva de glomerulonefritis postestreptocócica.

- **Control:** Evoluciona favorablemente, con normalización clínica y radiológica.
- ❖ Síndrome de PRES en paciente afecta de síndrome nefrítico secundario a GMN postestreptocócica.

COMENTARIOS

- Uno de los principales factores de riesgo reportado como desencadenante de síndrome de PRES en niños es la hipertensión arterial (30-50%).
- Es necesario determinar la TA en todos los pacientes con alteración neurológica o crisis epilépticas y sospechar esta etiología ante HTA.
- El tratamiento consiste en controlar el factor desencadenante con fármacos iv en perfusión continua para reducir lentamente la TA, siendo el labetalol el fármaco de elección.

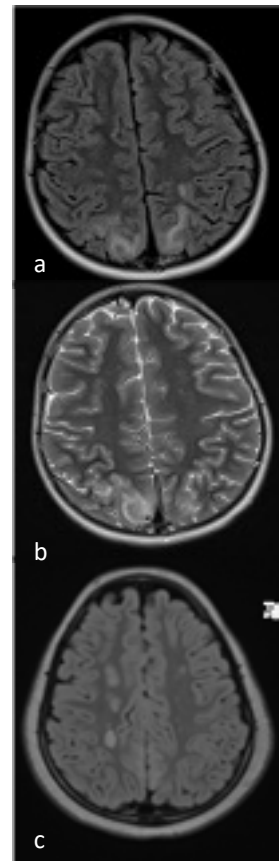


Figura 1. RM cerebral caso 1 (a y b) y 2 (c)