

Abordagem de paciente com suspeita de Acidente Vásculo-Encefálico (AVE)

Gonçalves, FM¹; Maciel, ECM¹; Matos, MJ¹; Medeiros, FMG¹; Queiroz Jr, JRR¹; Silva, LDRM¹; Silva, LC; Soares, JM¹; Teixeira, AL².

INTRODUÇÃO

¹Acadêmico de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
²Professor adjunto do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina

No Brasil, o AVE é considerado uma das principais causas de morte em adultos. É definido como uma lesão neurológica focal, de início aguda, ou com rápida evolução, sem outra causa aparente não-vascular, com duração superior a 24 horas, ou se inferior a 24 horas, associado com a morte.¹

É necessária familiaridade com suas diversas apresentações, para se firmar o diagnóstico em tempo hábil, a fim de estabelecer, em cada caso, a melhor terapêutica. O tempo perdido representa destruição de neurônio.

Este trabalho apresenta o caso de paciente com AVE, como subsídio para o seu atendimento sistemático, rápido e competente.

Palavras-chaves: Traumatismo Cranioencefálico, Tratamento, Prevenção de Lesões Secundárias.

RELATO DE CASO

M.S.F.S.X., feminino, 65 anos de idade, melanodérmica, viúva, natural e residente em Belo Horizonte. É hipertensa, em uso de Captopril: 25 mg, VO, de 8/8 horas, e Hidroclorotiazida: 25 mg/dia; e, diabética, tipo II, sob controle dietético. Foi admitida na Emergência I, do Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves (HURTN), com plegia e hipoestesia em dimídio direito, iniciado há uma hora, associado com disfasia e cefaléia bilateral moderada (relatada com as mãos e gemidos). Apresentava-se confusa, Escala de Glasgow 14, AO 4, RV4, RM6 à esquerda, com articulação vocal preservada, associada à dificuldade de compreensão, acianótica, anictérica, normocorada, com turgor e elasticidade cutâneas preservadas e sem edemas. Boa perfusão capilar periférica; ausência de sinais de empastamento em panturrilhas; pulsos periféricos cheios e simétricos; frequência cardíaca: 102 bpm; pressão arterial sistêmica: 160/105 mmHg; precórdio normal, *ictus cordis* coberto por duas polpas digitais e palpável no sexto espaço intercostal, à esquerda da linha hemiclavicular esquerda, ritmo cardíaco em dois tempos, presença de sopro sistólico ejetivo grau II em foco pulmonar, bulhas normofonéticas com desdobramento fixo da segunda bulha; frequência respiratória: 20 irpm, sem esforço respiratório, expansibilidade torácica normal, murmúrio vesicular fisiológico, sem ruídos adventícios em ambos os hemitórax; abdômen plano, normotenso, sem dor à palpação superficial nem profunda, sem massas nem visceromegalias palpáveis, ausência de sinais de defesa; observando no dimídio

Endereço para correspondência:
Jrrjr@yahoo.com.br

direito plegia, incapacidade de manter os membros elevados após movimentação passiva, ausência de resposta motora/verbal a estímulo doloroso. Tônus e trofismo muscular preservados.

A paciente foi imediatamente encaminhada ao Centro de Diagnóstico Imaginológico do HURTN, para realização de tomografia computadorizada do crânio, devido ao diagnóstico clínico de AVE. Não foram tomadas medidas para controle da pressão arterial sistêmica, preservando a pressão de perfusão cerebral em níveis elevados, de modo a evitar o aumento da área de possível isquemia. O exame tomográfico evidenciou imagem hiperdensa, em território da artéria cerebral média esquerdo, com provável trombo intraluminal. Em ambos os hemisférios, havia aspecto tomográfico normal, com apagamento de giros compatível com a idade. Foram realizados hemograma com plaquetas, glicemia, uréia, creatinina, ionograma, e coagulograma, que estavam normais. O eletrocardiograma evidenciou onda P apiculada, principalmente em aVR. A radiografia de tórax apresentava aumento do índice cardiotorácico.

A paciente, após o exame de imagem, foi encaminhada novamente à Sala de Emergência I, para realização de trombólise, não sendo realizada a angiografia cerebral, para não retardá-la. Antes do início da terapia antitrombótica, apresentou melhora da disfasia, passando a responder a estímulo doloroso em dimídio direito, com discreta paresia em ambos os membros superiores. A trombólise foi então suspensa pela evidência de reperfusão. Ficou em observação por 24 horas no HURTN, sem apresentar nenhuma alteração clínica, intervalo no qual foi realizado exame ecocardiográfico, que evidenciou comunicação interatrial (CIA) tipo *Ostium secundum*, sendo encaminhada para a hemodinâmica, para abordagem desta malformação cardiovascular.

DISCUSSÃO

O caso clínico, aqui relatado, envolve paciente de 65 anos, com alguns fatores de risco para doença aterosclerótica, como *Diabetes mellitus* e hipertensão arterial sistêmica, que apresentou lesões neurológicas compatíveis com acometimento do território de irrigação da artéria cerebral média, e admitida 60 minutos após em unidade de emergência. A tomografia computadorizada, um método disponível e de custo razo-

ável, é o exame de neuroimagem mais usado atualmente, apesar de apresentar-se negativo em 30 e 50% dos casos à admissão e nas primeiras 24 horas, respectivamente, após o estabelecimento de AVE isquêmico. Neste caso, foi visto o sinal da artéria cerebral média hiperdensa, sugestivo de trombo intraluminal. A terapia trombolítica intravenosa foi indicada com baseada nos dados tomográficos, no tempo decorrido desde o início dos sintomas (limite de 180 minutos), na clínica (ausência de sinais de hemorragia intracraniana), e na ausência de contra-indicações reveladas pelos exames clínico-laboratoriais (ausência na história de hemorragias, cirurgia recente, crises convulsivas ao início dos sintomas, nem alterações da anticoagulação ou presença de plaquetopenia). Durante a realização dos exames iniciais, houve rápida melhora das lesões neurológicas focais, com reversão das alterações apresentadas em 120 minutos após o seu início, evidenciando reperfusão espontânea da área afetada. O diagnóstico conceitualmente estabelecido passou a ser de acidente isquêmico transitório, devido à isquemia transitória e reversível, com regressão total da sintomatologia em menos de 24 horas.

Em decorrência dos aspectos da história clínica (exame cardiovascular) e dos exames complementares (radiografia do tórax e eletrocardiografia), foi indicada a propedêutica para investigação de cardioembolismo, relacionado a várias doenças cardíacas como miocardiopatias, valvopatias, arritmias e malformações, responsáveis pela oclusão vascular súbita por embolia. Existe forame oval pérvio detectado à ecocardiografia, em 40% das vítimas de AVE, com menos de 55 anos de idade e exame clínico normal, portanto, a ocorrência de eventos isquêmicos cerebrais é indicação para a abordagem desta anomalia.

REFERÊNCIAS

1. Evaristo EF. Acidente vascular cerebral. In: Martins HS, Scalabr A. Emergências clínicas baseadas em evidências. São Paulo: Atheneu; 2006.
2. Martins HS. Pronto-socorro: condutas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Barueri: Manole; 2007.
3. Prado FC, Ramos J, Valle JR. Atualização terapêutica: manual prático de diagnóstico e tratamento. 23ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2007.