

Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Secundário a Dissecção Espontânea de Carótida

Claudia J. Chaves¹

Paciente do sexo masculino, com 55 anos de idade, sem fatores de risco conhecidos para aterosclerose, apresentou quadro de dor de início súbito na face lateral direita do pescoço e cefaléia de localização retro-orbital ipsilateral, logo após sessão de exercícios de musculação. Dois dias depois desenvolveu hemiparesia e hemi-hipoestesia esquerda. Na chegada ao pronto-socorro, esses déficits regrediram.

Angiografia por tomografia computadorizada de cabeça e pescoço (Figura 1) demonstrou estenose grave da porção distal da artéria carótida interna associada à presença de pseudo-aneurisma. Tomografia computadorizada de perfusão (Figura 2) evidenciou hipoperfusão cerebral, mais proeminente nos territórios arteriais terminais (*watershed territory*) anterior e posterior direitos. Imagem por difusão da ressonância magnética (Figura 3) demonstrou pequeno infarto posterior direito. O paciente foi tratado com anticoagulação.

Estima-se que a incidência de dissecção espontânea das artérias carótidas ocorra em 2,5 a 3 casos por 100 mil habitantes. Responde por somente 2% de

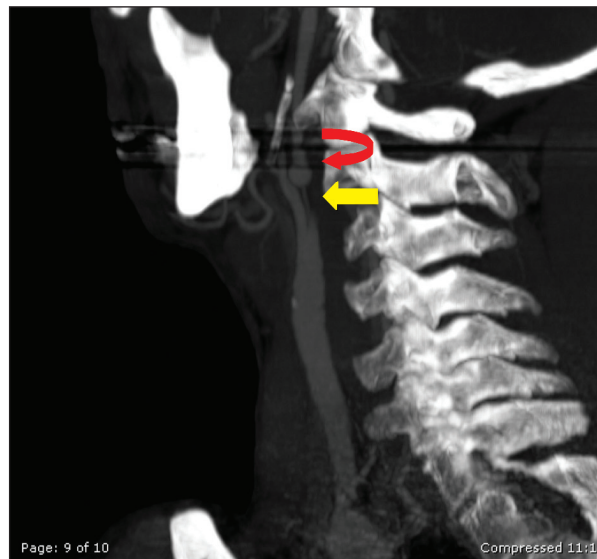


Figura 1 - Angiografia por tomografia computadorizada demonstrando estenose grave da porção distal da artéria carótida interna (seta amarela) com pseudo-aneurisma associado (seta vermelha).

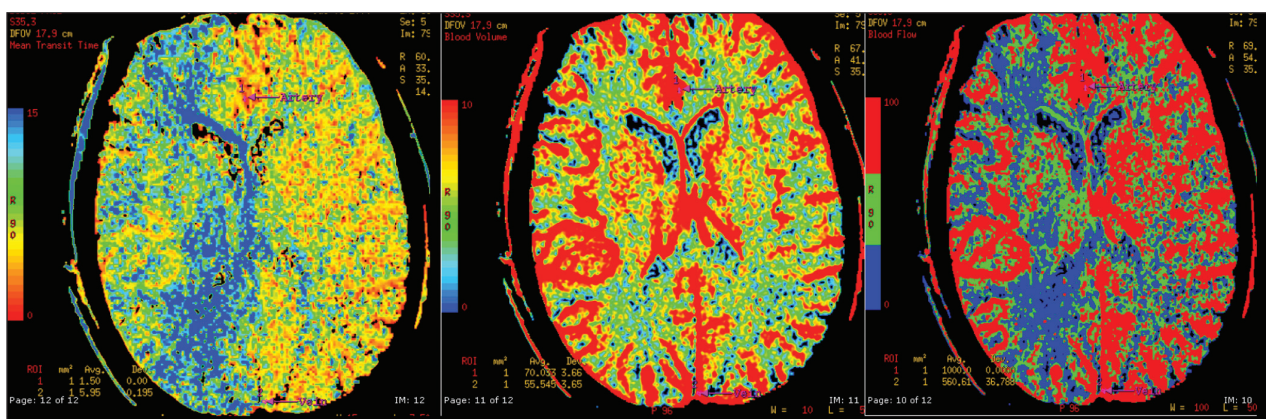


Figura 2 - Mapas de perfusão cerebral pela tomografia computadorizada demonstrando hipoperfusão predominantemente nos territórios arteriais terminais (*watershed territory*) anterior e posterior direitos. Observa-se atraso do tempo de trânsito médio (imagem à esquerda) e diminuição do fluxo sanguíneo cerebral (imagem à direita), com preservação relativa do volume sanguíneo cerebral (imagem central).

¹ Departamento de Neurologia, Lahey Clinic – Burlington, MA, Estados Unidos

Correspondência: Claudia J. Chaves. Lahey Clinic – 16 Hayden Avenue – Lexington, MA, USA – 02421

E-mail: claudia.j.chaves@lahey.org

Recebido em: 14/8/2008. Aceito em: 1º/9/2008.



Figura 3 - Imagem por difusão da ressonância magnética demonstrando pequeno infarto no território arterial terminal posterior direito (seta amarela).

todos os acidentes vasculares cerebrais (AVCs) isquêmicos, mas é causa de um quinto dos AVCs em pacientes com menos de 50 anos de idade.

Em geral a dor no pescoço e a cefaléia ipsilateral precedem em dias ou semanas a ocorrência de AVCs isquêmicos e mais comumente afetam o território da artéria cerebral média. Os AVCs isquêmicos são geralmente causados por êmbolos provenientes de trombo formado no local da dissecção ou, em alguns casos, secundários a hipoperfusão cerebral.

Em casos de suspeita de AVC isquêmico agudo, ressonância magnética ou tomografia computadorizada devem ser realizadas imediatamente, para avaliar o parênquima cerebral e os vasos intra e extracranianos, com a finalidade de localizar a artéria culpada e identificar o mecanismo responsável pelo evento. Mais recentemente, os estudos de perfusão cerebral complementam a avaliação, identificando alterações isquêmicas precoces e localizando áreas de risco (hipoperfusão/penumbra).

A anticoagulação com heparina não-fractionada, seguida de warfarina, é a terapêutica de escolha e deve ser mantida por três a seis meses (Coeficiente Internacional Normalizado [INR] entre 2 e 3). As carótidas cicatrizam completamente em 75% a 90% dos casos, meses após o evento inicial. Tratamento intravascular com implante de stents ou técnicas cirúrgicas, como ligadura, ressecção combinada com revascularização e *bypass* de carótida, são utilizados em uma minoria de pacientes nos quais persistem os sintomas.