

- **Ultrassonografia Vascular | Caso Clínico**

(11174) - AVC NO DOENTE JOVEM POR DISSECÇÃO CAROTÍDEA – DO DESAFIO DIAGNÓSTICO À REVASCULARIZAÇÃO ENDOVASCULAR TARDIA

Carolina Santos¹; Tiago Pereira¹; Catarina Marques²; Ana Palricas³; Socorro Piñeiro^{3,4}; Alexandre Amaral E Silva^{3,4}; Gil Nunes^{1,3,4}

1 - Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa; 2 - SAMS - Prestação Integrada de Cuidados de Saúde; 3 - Unidade de AVC, Hospital Vila Franca de Xira; 4 - Laboratório de Neurosonologia, Unidade de Neurologia, Hospital Vila Franca de Xira

Mulher de 44 anos, com hábitos tabágicos sem outros antecedentes conhecidos ou medicação habitual. Recorre ao serviço de urgência (SU) por disartria e parésia da mão esquerda transitória. À observação não apresentava défices neurológicos salientando-se pressão arterial (PA) 186/101mmHg. Foi medicada com anti-hipertensores e teve alta médica.

Retorna no dia seguinte ao SU por novo episódio. Na observação salientava-se: PA 165/88mmHg; disartria, parésia facial esquerda, hemiparésia esquerda de predomínio braquial com hemiataxia e hemihipostesia ipsilaterais: NIHSS=9. Realizou TC-CE que não revelava lesões isquémicas agudas e AngioTC cerebral que evidenciava artéria carótida interna direita com realce fino e ténue, quase imperceptível, e preenchimento das artérias cerebrais anterior e média direitas pela artéria comunicante anterior. Efetuou de imediato ecoDoppler cervical e transcraniano que revelou achados compatíveis com dissecção da carótida interna direita oclusiva condicionando repercussão hemodinâmica intracraniana com fenómeno compensatório via artéria oftálmica e comunicante anterior. Apurou-se pela anamnese acidente de viação cerca de um mês antes do início dos sintomas, com descrição de "movimento em chicote".

Foi internada para vigilância e estudo complementar. Realizou RM-CE com estudo angiográfico que confirmou a dissecção oclusiva da carótida interna direita e documentou lesão isquémica recente multifocal córtico-subcortical no território da artéria cerebral média direita. Do restante estudo salientava-se hipercolesterolemia. Ainda a referir perfil tensional elevado com necessidade de introdução de anti-hipertensores.

À alta apresentava parésia facial central esquerda, hemiparésia esquerda de predomínio braquial e distal com componente atáxico, hemihipoestesia esquerda, NIHSS=6 e mRS=3. Foi medicada com antiagregante, estatina e anti-hipertensor com indicação para controlo rigoroso dos fatores de risco e orientada para reabilitação.

Na primeira consulta pós internamento apresentava ligeira parésia facial central esquerda e discreto compromisso da motricidade fina da mão esquerda, NIHSS=1 e mRS=1.

Realizou ecoDoppler de follow-up aos 7 meses onde se verificou repermeabilização da carótida interna direita com estenose significativa (>90%) condicionada por placa de ateroma fibrosa mantendo ligeira redução do lúmen arterial comparativamente com a contra-lateral e repercussão hemodinâmica intracraniana. Tendo em conta o resultado iniciou dupla anti-agregação, estatina em alta dose e insistiu-se na cessação tabágica. Foi solicitado TC-CE que não revelava lesões isquémicas de novo e AngioTC corroborando os achados do ecoDoppler, aguardando realização de reunião multidisciplinar para ponderação de revascularização carotídea.

Este caso demonstra a importância de não menosprezar défices neurológicos associados a crises hipertensivas, mesmo que frutes e transitórios. Para estabelecer um diagnóstico correto é fundamental, para além de uma história clínica e exame objetivo rigorosos, um estudo vascular precoce.

Na presença de uma oclusão vascular em contexto de dissecção arterial, o seguimento clínico e reavaliação periódica pelas diferentes técnicas de imagem são fundamentais, permitindo um diagnóstico criterioso e uma melhor definição das estratégias terapêuticas a cada momento.

Palavras-chave : AVC isquémico, Dissecção carotídea, Revascularização, EcoDoppler