

# Acidente vascular encefálico isquêmico em Jovem

## *Ischemic stroke in young patient*

André Luís Pereira da Silva<sup>1</sup>, Arthur Adolfo Nicolato<sup>1</sup>, André Botinha de Sousa<sup>1</sup>, André Machado Sampaio<sup>1</sup>, Alexandre Martins Passos Ferreira<sup>1</sup>, Cristiano Machado de Faria Oliveira<sup>1</sup>, Fernando Henrique Rocha de Oliveira<sup>1</sup>, Felipe Magalhães Dias<sup>1</sup>

### RESUMO

Este artigo descreve a evolução de acidente vascular encefálico isquêmico em adulto jovem portador de insuficiência cardíaca associada com cardiomiopatia periparto.

**Palavras-chave:** Acidente Vascular Encefálico; Insuficiência Cardíaca; Adulto Jovem.

<sup>1</sup> Acadêmicos do 10º período do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

### ABSTRACT

*Case Report of Stroke in 28 year old female suffering from heart failure caused by peripartum cardiomyopathy.*

*Key words: Stroke; Heart Failure; Young Adult.*

## INTRODUÇÃO

As doenças cerebrovasculares constituem a maior causa de mortalidade no Brasil, responsáveis por 96.569 óbitos por ano.<sup>1</sup> A maioria desse acometimento ocorre em pessoas com mais de 49 anos, entretanto, parcela menor é observada em adultos jovens, com repercussões catastróficas devido às limitações de vida, perda de autonomia, e dependência de cuidador.<sup>2</sup> O impacto sócio-econômico e individual desses casos<sup>3</sup> os tornam significativos e, por isso, é necessário o preparo dos profissionais de saúde atuantes nas áreas de emergência para conduzi-los adequadamente.

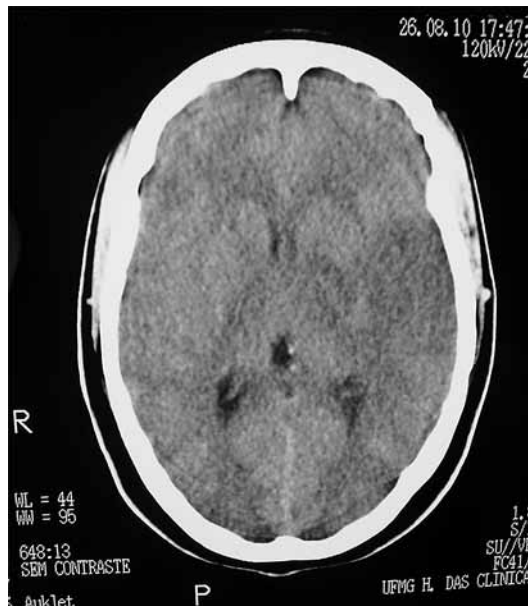
## RELATO DE CASO

Paciente feminino, de 28 anos de idade, com duas gestações prévias, última há quatro anos, usuária de anticoncepcional oral, foi conduzida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Oeste de Belo Horizonte, após ter sido encontrada inconsciente e em crise convulsiva em seu quarto. Admitida na UPA com hemiparesia à direita, em convulsão tônico-clônica generalizada e com liberação esfinteriana. Foi medicada com fenitoína e metoclopramida e logo transferida para o Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Foi admitida com mais de três

*Instituição:*  
Pronto-Socorro do Hospital das Clínicas da UFMG

*Endereço para correspondência:*  
Av. Professor Alfredo Balena, 190  
Santa Efigênia  
Belo Horizonte, MG  
CEP: 30130-100  
Email: arthurnicolato@gmail.com

horas de evolução com novo episódio convulsivo tônico-clônico generalizado, com liberação esfinteriana, sendo repetida a medicação administrada na UPA. Ao exame encontrava-se sonolenta, afásica, hemiparética à direita, com paresia supranuclear facial à direita. A pressão arterial sistêmica manteve-se em torno de 120/70 mmHg. Foi submetida à tomografia computadorizada de crânio (TCC) logo à sua admissão que revelou uma lesão hipoatenuante perisilviana cortical-subcortical, em lobos frontal e temporal esquerdos (Figura 1).



**Figura 1** - TCC com lesão hipoatenuante perisilviana cortical-subcortical, em lobos frontal e temporal esquerdos.

A medicação administrada foi constituída por hidratação e fenitoína intravenosas, e Ácido Acetilsalicílico.

A redução da sonolência foi observada após vinte e quatro horas de sua internação, e estabilidade do restante das manifestações clínicas. Apresentou, no terceiro dia de internação, depressão abrupta do sensorio, com constatação de fibrilação ventricular, sendo eletrocardiovertida com 200 J, estabilizando-se em bradicardia. Recebeu atropina e epinefrina, mas apresentou taquicardia ventricular seguida por nova parada cardiorespiratória, para a qual foi realizada outra eletrocardioversão com carga de 200 J. O período isquêmico das duas paradas cardíacas totalizou cinco minutos. Evoluiu, a seguir, com midríase fixa e pontuação três na escala de coma de Glasgow. A ecocardiografia revelou insuficiência cardíaca em

padrão de miocardiopatia dilatada e fração de ejeção inferior a 25%. Procedeu-se ao protocolo para o diagnóstico de morte encefálica com a realização de ultrassonografia com doppler das artérias cerebrais e oftálmicas, que constatou ausência de fluxo sanguíneo, de eletroencefalograma, que registrou padrão isoeétrico e o teste de apnéia, com ausência de incursões respiratórias.

## DISCUSSÃO

A conduta imediata no acidente vascular encefálico em jovem e em idoso indifere, devendo ser afastados diagnósticos diferenciais principais que incluem enxaqueca, traumatismo craniano, tumor encefálico, paralisia de Todd, reação de conversão, infecção sistêmica e distúrbio tóxico-metabólico. Em todos os pacientes com acidente vascular encefálico ocorre elevação significativa da pressão arterial sistêmica, com tentativa homeostática de manter a perfusão cerebral<sup>5</sup>. Neste relato houve a manutenção de níveis pressóricos em torno de 120/70 mmHg o que constitui achado atípico. A sua fração de ejeção tão reduzida, entretanto, justifica a sua incapacidade de elevar significativamente a pressão arterial sistêmica.

A conduta subsequente exige a realização precoce de propedêutica de imagem com TCC não contrastada ou ressonância nuclear magnética, visando principalmente a diferenciação entre acidente vascular encefálico isquêmico e hemorrágico. A demora na sua abordagem de mais de três horas, como ocorrido neste caso, após a identificação de acidente vascular encefálico isquêmico, inviabiliza a terapêutica trombolítica e agrava significativamente o seu prognóstico.

É essencial estabelecer a etiologia do acidente vascular encefálico, após definida a sua abordagem inicial, para controle da progressão da afecção e da profilaxia de recorrências. Os principais fatores de risco nos adultos jovens incluem vasculopatias atípicas (como dissecação arterial), defeitos cardíacos e gestação recente.<sup>3,4</sup> Os adultos maduros, por sua vez, são acometidos majoritariamente por fenômenos atero-trombóticos e cardioembólicos, intensificados pelo desenvolvimento de arritmias e insuficiência cardíaca. A propedêutica complementar é essencial para a conclusão da maioria dos diagnósticos envolvidos e o atraso na sua realização traz o risco de recorrência do distúrbio desencadeador com possível agravamento e aumento da letalidade da afecção.

Dentre as urgências clínicas, o manejo de acidentes vasculares encefálicos ainda figura como dos maiores desafios da medicina moderna. As estatísticas nacionais revelam que há elevada morbimortalidade e grande impacto social.<sup>6</sup> O melhor preparo médico para o diagnóstico mais rápido e acurado representa grande benefício para os pacientes mas é insuficiente para a melhora efetiva do problema, visto que o hiato temporal e a necessidade prope-  
dêutica complementar ainda figuram como fatores limitantes do diagnóstico e melhora do prognóstico na realidade brasileira.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e IBGE através do portal. [Citado em 2010 ago. 20]. Disponível em: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)
2. Kristensen B, Malm J, Carlberg B, Stegmayr B, Backman C, Fagerlund M, Olsson T. Epidemiology and etiology of ischemic stroke in young adults aged 18 to 44 years in northern Sweden. *Stroke*. 1997 Sep;28(9):1702-9.
3. Varona JF, Guerra JM, Bermejo F, Molina JA, Gomez de la Cámara A. Causes of ischemic stroke in young adults, and evolution of the etiological diagnosis over the long term. *Eur Neurol*. 2007; 57:212-8
4. Kittner SJ, Stern BJ, Feeser BR, Hebel JR, Nagey DA, Buchholz DW, et al. Pregnancy and the risk of stroke. *N Engl J Med*. 1996; 335:768-74.
5. Okumura K, Ohya Y, Maehara A, Wakugami K, Iseki K, Takishita S. Effects of blood pressure levels on case fatality after acute stroke. *J Hyperten*. June 2005; 23(6):1217-23.
6. Lotufo PA. Stroke in Brazil: a neglected disease. *Sao Paulo Med J*. 2005; 123(1):3-4.