

Leonardo Avila Lins\* , Fernando Akio Yamashita\*\*\*, Beatriz Santos Zaccari\*\*\*

Priscila Paulin\*\*\*\*, Monica Gigliotti\*\*\*\*\*

Instituição: Irmandade Misericórdia Santa Casa de Jaú

Contato: santacasajautrabalhos@gmail.com

## Introdução

A dissecação de artéria vertebral é uma condição rara que pode levar ao acidente vascular encefálico isquêmico(AVEI) , principalmente na população mais jovem. Estima-se que em torno de 2% das isquemias cerebrais estão relacionadas a esta etiologia , sendo que na população com menos de 40 anos o percentual aumenta para em torno de 10-15% como causa de AVEI.

## Relato de caso

J.D.S, masculino, 44 anos, mecânico, sem comorbidades prévias , procurou pronto socorro devido sintomas de vertigem e disartria iniciados no dia anterior.

Familiares relatavam que após treino de jiu-jitsu paciente se queixou de sintomas relacionados a mialgia e vertigem e ao despertar na manhã do dia seguinte, apresentava disartria, disfagia, vertigem e incapacidade de deambular.

Ao exame físico, apresentava-se sonolento e desorientado com presença de disartria moderada, nistagmo vertical bilateral, dismetria em membros superiores e inferiores sendo mais acentuada em hemisfério direito.

Foi realizada tomografia de crânio na admissão , porém sem alterações agudas ao método.

Paciente foi internado em nosso serviço hospitalar para monitorização clínica e neurológica, onde foi solicitado ecocardiograma transtorácico e ultrassonografia de carótidas . Posteriormente realizamos angiotomografia arterial dos vasos cervicais, devido suspeita de dissecação de artérias vertebrais , sendo detectado em exame de imagem falha de enchimento nos segmentos v1 e v2 da artéria vertebral direita , inferindo sinais de oclusão total (dissecação ).

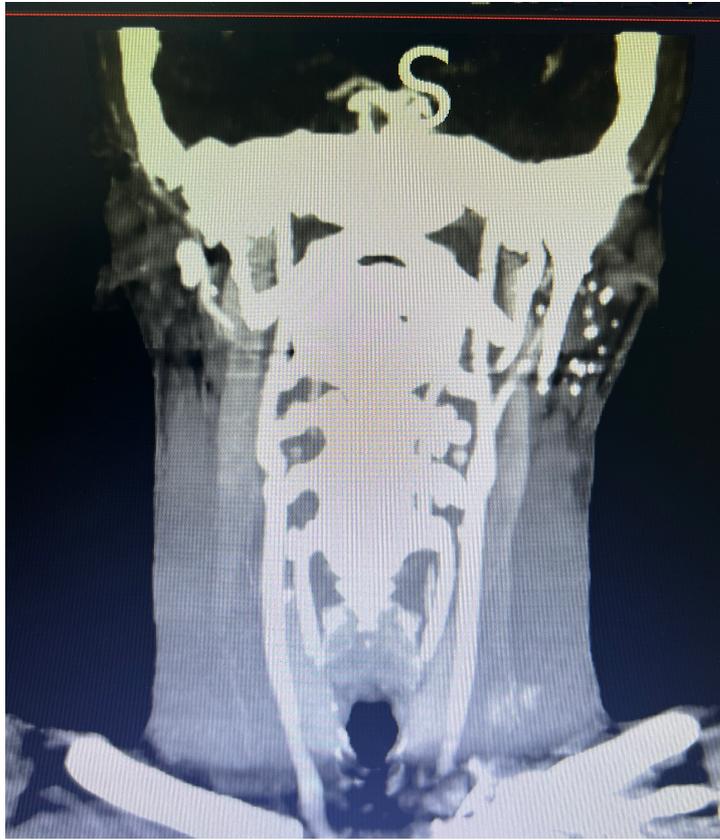


Imagem 1: Angiotomografia cervical demonstrando falha de enchimento de contraste nos segmentos V1 e V2 da artéria vertebral direita.



Imagem 2 : Tomografia de Cranio evidenciando hipodensidade em polo occipital.

Foi iniciado tratamento com uso de antiagregante plaquetário e estatina. Ao longo da internação paciente evolui com abaulamento de IV ventrículo e hidrocefalia , sendo necessário abordagem pela neurocirurgia com implante de derivação ventricular externa e realização de craniectomia de fossa posterior.

Paciente foi mantido em nossa unidade de terapia intensiva , onde posteriormente foi transferido para serviço referenciado para realização de terapia endovascular com realização de angioplastia dos vasos vertebrais e restituição anatômica do fluxo sanguíneo. Paciente retorna ao nosso serviço , recebendo alta hospitalar no quinquagésimo dia e orientado seguimento a nível ambulatorial.

## Discussão

As dissecções arteriais são geralmente causadas por lesões traumáticas com diferentes graus de acometimento vascular. Os sintomas locais causados pela dissecção da artéria cervical ou cerebral podem incluir cefaleia , dor cervical, síndrome de Horner, vertigem , disfagia e zumbido pulsátil.

Seu diagnóstico pode ser realizado por meio de exames de imagens como angiotomografia e ressonância magnética da cabeça. Os achados angiográficos da dissecção incluem:

- Sinal de corda
- Estenose ou oclusão cônica ou oclusão em forma de chama
- Retalho íntimo
- Aneurisma dissecante
- Hematoma intramural – sinal crescente

O tratamento é feito com o uso de antiagregantes plaquetários e uso de anticoagulação, sendo indicado a realização de terapia endovascular em alguns casos.

Para pacientes com dissecção extracraniana da carótida ou da artéria vertebral, o tratamento antitrombótico usando terapia antiplaquetária ou

anticoagulante é comumente recomendado. No entanto, não há um consenso claro sobre qual deles é o ideal. A escolha terapêutica deve ser guiada pela experiência clínica do médico assistente e pelos valores e preferências do paciente, comorbidades e tolerância a esses agentes.

Sugere-se a repetição da imagem neurovascular após três a seis meses do início dos sintomas ou diagnóstico de dissecação para avaliar o estado da artéria ou artérias afetadas pela dissecação. Para pacientes tratados com anticoagulação na fase aguda, é razoável interromper a varfarina e iniciar terapia antiplaquetária de longo prazo após seis meses de anticoagulação, desde que os sintomas não sejam recorrentes e a lesão arterial esteja trombosada ou cicatrizada.

Conclusão:

Ressaltamos a importância do diagnóstico precoce da dissecação arterial para prevenir a ocorrência e a progressão para isquemia encefálica. Contribuindo assim para um melhor desfecho no prognóstico do paciente.

Referências:

Kratz SN, Butke KH. Vertebral artery dissection presenting as acute cerebrovascular accident. *J Emerg Med.* 2011;40(2):151-7.

Dziewas R, Konrad C, Drager B, et al. Cervical artery dissection--clinical features, risk factors, therapy and outcome in 126 patients. *J Neurol.* 2003;250(10):1179-84.

R.F. Gottesman, P. Sharma, K.A. Robinson, M. Arnan, M. Tsui, K. Ladha, *et al.* Clinical characteristics of symptomatic vertebral artery dissection. A systematic review. *Neurologist*, 18 (2012), pp. 245-254

H.S. Markus, E. Hayter, C. Levi, A. Feldman, G. Venables, CADISS trial investigators, *et al.* Antiplatelet treatment compared with anticoagulation treatment for cervical artery dissection (CADISS): a randomised trial. *Lancet Neurol*, 14 (2015), pp. 361-367

