



Serviço e Disciplina de Clínica Médica

Sessão Clínica – 12/09/2022

Auditório Honor de Lemos Sobral - Hospital Escola Álvaro Alvim

Orientadora: Dra. Patrícia Rangel Rodrigues

Relator: Dr. Hugo Freitas Viégas Fernandes (R2)

Debatedor: Dr. Gabriel Maciel de Salles Sardinha (R1)

CASO CLÍNICO

Identificação: ACRS, 61 anos, sexo masculino, pardo, branco, solteiro e natural de Campos dos Goytacazes

Motivo de Internação no CTI: Pós Cineangiocoronariografia

HDA: Paciente relata que, há aproximadamente 4 dias, apresentou quadro de precordialgia de moderada intensidade, em aperto, sem irradiações, iniciada em repouso, com piora progressiva com o passar do tempo e apresentando duração maior que 10 minutos. Buscou auxílio médico em hospital particular, onde foi propriamente conduzido e diagnosticado como IAM Sem Supra de ST, realizando a terapêutica apropriada e permanecendo 3 dias internado nesta unidade, quando foi conduzido ao CTI do HEAA para seguimento com estratificação invasiva.

No dia 04/04/22, foi submetido à Cineangiocoronariografia, que evidenciou lesão trivascular grave, com indicação de Cirurgia de Revascularização Miocárdica (CRVM), sendo encaminhado novamente ao CTI para observação e definição pré-operatória.

CASO CLÍNICO

HPP:

- Hipertenso (Sem tratamento regular)
- Dislipidemia (Sem tratamento regular)
- Doença Arterial Coronariana (Angioplastia prévia com implante de Stent em Artéria DA em 2013)

Inventário Medicamentoso Relatado: AAS 100mg/dia e Omeprazol 40mg (Em uso irregular das medicações)

História social:

- Tabagista
- Etilista

CASO CLÍNICO

- Exame Físico (15:00 – Admissão):

Paciente proveniente do setor de hemodinâmica, acordado, LOTE, interação satisfatória com o examinador, pupilas isofotorreagentes, sem queixas no momento do exame.

Normocorado, acianótico, anictérico, afebril e hidratado.

Hemodinamicamente estável, sem aminas. Eupneico em AA.

- ACV: RCR 2T BNF S/S PA: 130/80 mmHg FC: 78 bpm

- AR: MVUA, S/ RA Sto²: 97%

- ABD: Flácido, depressível, indolor, sem visceromegalias e com peristalse débil

- MMII: Sem edemas, Panturrilhas livres, Pulsos presentes bilateralmente

EXAMES COMPLEMENTARES

Laboratório (04/04/22):

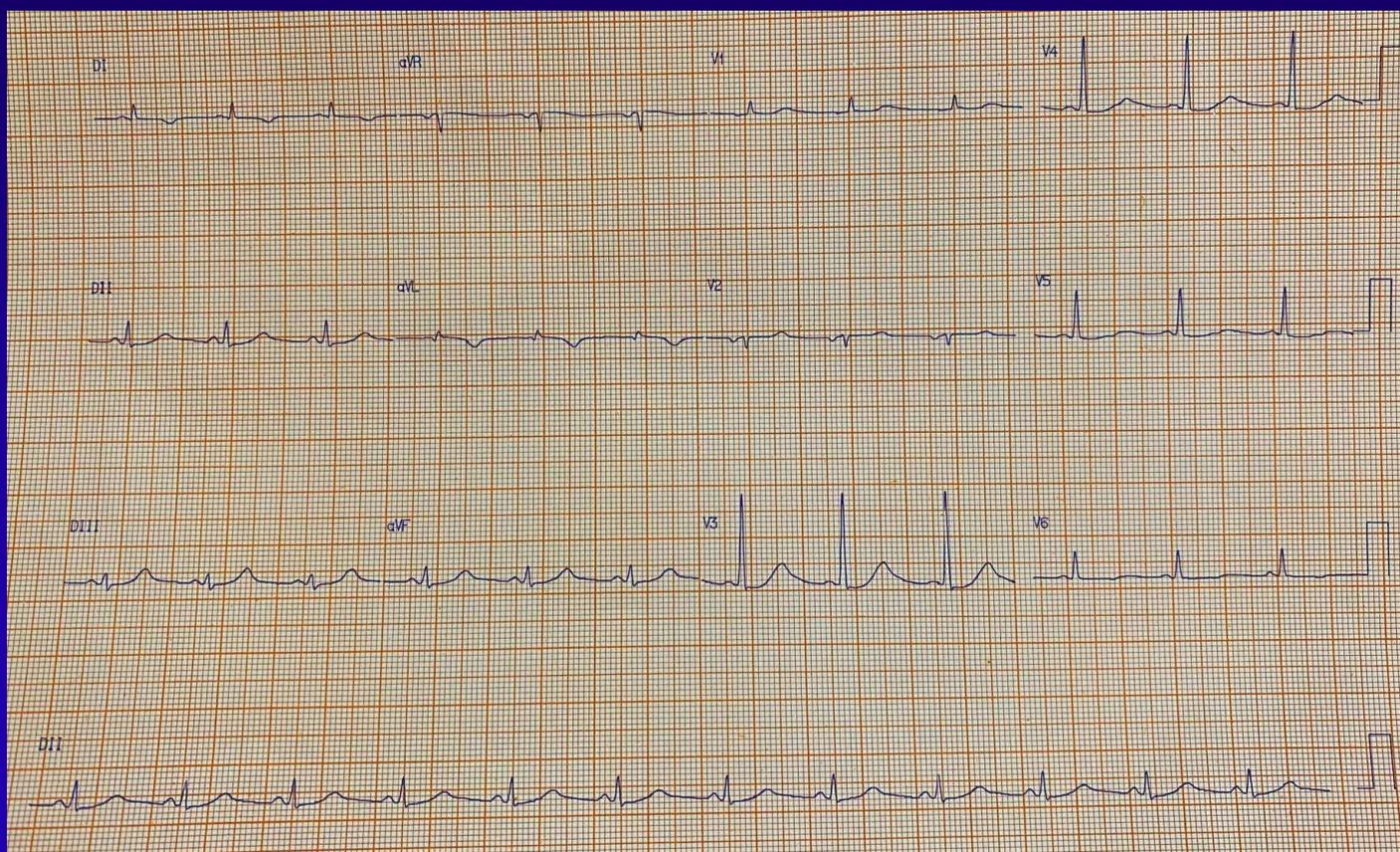
Exames realizados		Valores de referência
Hemoglobina	12, 8 g/dL	12 - 16 g/dL
Hematócrito	37,6%	35 - 46%
Leucócitos	11.200/mm ³	3500 - 10000/mm ³
Plaquetas	148.000/mm ³	150000 - 450000/mm ³
Uréia	26 mg/dL	17 - 43 mg/dL
Creatinina	1,0 mg/dL	0,6 - 1,09 mg/dL
Sódio	131 mEq/L	135 - 145 mEq/L
Potássio	4,1 mEq/L	3,5 - 5,0 mEq/L
Cálcio	8,2 mg/dL	8,8 – 11 mg/dL
Magnésio	2.1 mg/dL	1,6 – 2,6 mg/dL
PTT	33,7"	28 - 43 "
INR	1,3	
BT	0,9 mg/dL	Até 1,2 mg/dL
Troponina	Reagente	Não Reagente
CK-NAC	1.254 U/L	26 – 156 U/L

EXAMES COMPLEMENTARES

- CATE (04/04/22): Coronária direita com lesão de 70% no terço proximal; Artéria DA com lesão ostial de 70% e 50% na borda proximal ao Stent implantado no terço proximal para médio; Artéria Circunflexa com lesão de 90%, envolvendo 90% do primeiro ramo marginal, com imagem de trombo

EXAMES COMPLEMENTARES

ECG (04/04/22 – Admissão no CTI):



CASO CLÍNICO

Aproximadamente 1 hora após a Admissão, paciente evolui com o seguinte quadro:

Exame Físico (16:15):

Paciente acordado, agitado, apresentando disartria, diminuição da força motora em membro superior esquerdo, desvio da comissura labial a esquerda, mantendo lucidez e interatividade.

Normocorado, acianótico, anictérico, afebril e hidratado.

Hemodinamicamente estável, sem aminas.

Taquipneico em AA, porém sem esforço respiratório.

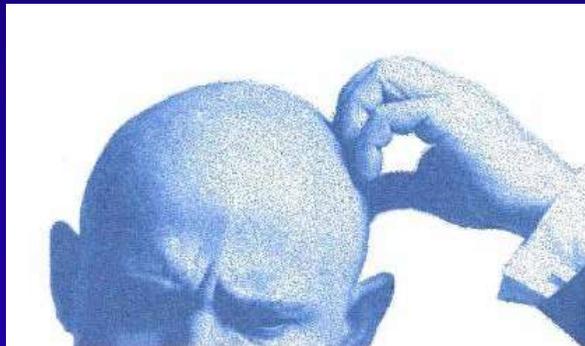
- **ACV:** RCR 2T BNF S/S **PA:** 160/90 mmHg **FC:** 122 bpm

- **AR:** MVUA, S/ RA **Sto²:** 96%

- **ABD:** Flácido, depressível, indolor, sem visceromegalias e com peristalse débil

- **MMII:** Sem edemas, Panturrilhas livres, Pulsos presentes bilateralmente

Hipóteses diagnósticas / conduta



1 hora após admissão (quadro súbito)

- **Disartria**
- **Sinal focal em membro superior esquerdo**
- **Desvio da comissura labial para esquerda**
- **Lucido e interativo**
- **CATE: Com imagem de trombo**

Diagnósticos diferenciais

- **Progressivo:**

- Parenquima - sinal focal - com febre - abscesso
 - sem febre - neoplasia
- Liquor - sem sinal focal - hidrocefalia

Diagnósticos diferenciais

- **Súbito** - sangue - com sinal focal – hemorragia intraparenquimtosa
- sem sinal focal – hemorragia subaracnoide

Conduta (acidente vascular encefalico)

- **Neuroimagem:** tc de cranio sem contraste (descartar hemorragia)

- **Outros exames de imagem:** rnm por difusao (edema citotoxico) e rnm por perfusao (necrose e area de penumbra)

Ave (intraparenquimatoso hemorrágico)

- Suporte para hipertensão intracraniana
- Pa sistólica em 140 mmHg
- Avaliar indicações de procedimentos invasivos junto a equipe de neurocirurgia

Ave (isquêmico)

- Tratamento agudo (salvar a área de penumbra): estabilização clínica, sódio, glicemia e temperatura.
- HAS permissiva 220-120 / 185-110 se trombolítico
- Terapia antitrombótica: trombolítico iv (rtpa): até 4,5h, sem ave e tce nos últimos 3 meses e sem avei hemorrágico anterior
- Endovascular (trombectomia mecânica): até 6/24 hrs em oclusão de grande artéria da circulação anterior

- Tto crônico: avaliar indicação de anticoagulação (risco de aumentar a hemorragia), antiagregação, controlar fatores de risco (has, dm e dislipidemia)
- Usg doppler de carótidas

Referencias

- <https://www.scielo.br/j/reben/a/BVzjZ7KqkqG3RcqmFCLBc3m/?lang=pt&format=html>
- http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542009000500019&lng=e&nrm=iso&tlng=pt
- https://www.hospitaloswaldocruz.org.br/area-medica/wp-content/uploads/sites/4/2019/05/Protocolo-CI%C3%ADnico-Gerenciado-Diretrizes-de-Atendimento-ao-Paciente-com-Acidente-Vascular-Cerebral-Isqu%C3%AAmico_PR28-MAI19.p

Seguimento do caso

Avaliando o paciente:

- *Paciente de 61 anos*
- *Hipertensão Arterial e Dislipidemia sem tratamento regular*
- *Tabagista e Etilista de longa data*
- *DAC grave (com angioplastia prévia em 2013)*
- *Evolução atual para IAM sem SST: Condução primária em hospital particular, encaminhado para estratificação invasiva*
- *CATE: Lesão trivascular com indicação de CRVM*

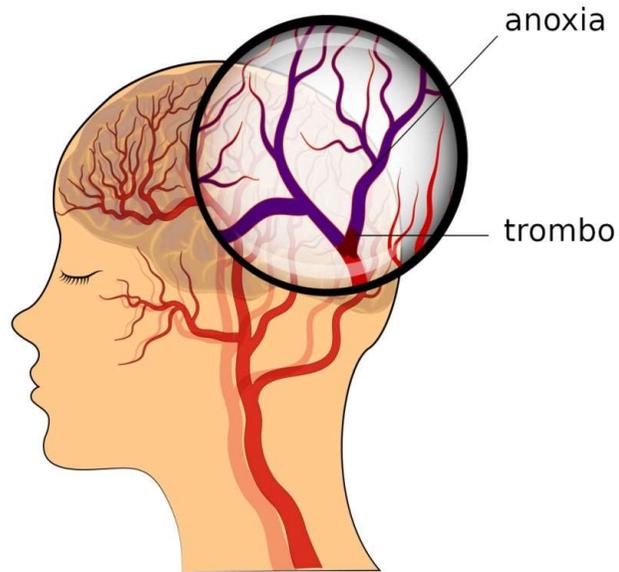
Avaliando o paciente:

- *Exame físico na admissão: dentro da normalidade*
- *Exames Laboratoriais e ECG compatíveis com o quadro em questão*

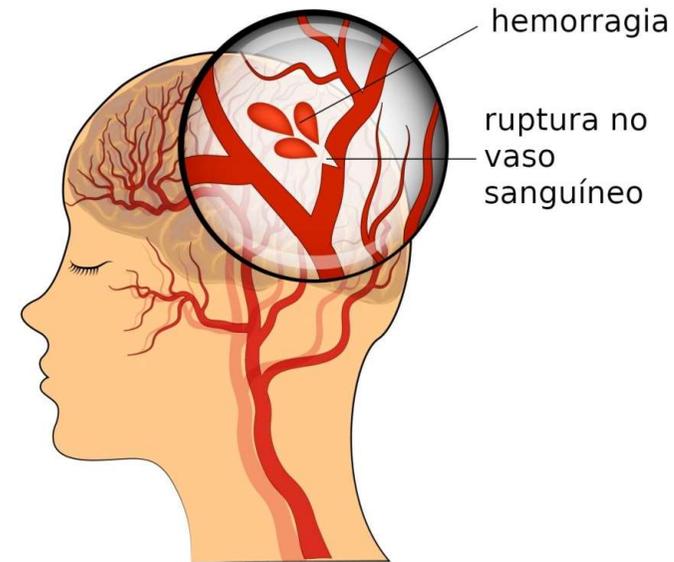
- *Após 1 hora da admissão:*
- ***EVOLUÇÃO SÚBITA*** com Deficit Neurológico focal

Principal Hipótese Diagnóstica:

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)



AVC ISQUÊMICO



AVC HEMORRÁGICO

Escalas Diagnósticas

Escala de Cincinnati

Item avaliado	Como avaliar	Resposta normal	Resposta anormal
Assimetria facial	Pedir para o paciente mostrar os dentes ou sorrir.	Movimento simétrico da face bilateralmente.	Movimento assimétrico da face.
Fraqueza dos braços	Pedir para o paciente estender os braços por 10 segundos (com os olhos fechados).	Movimento simétrico dos dois braços.	Movimento assimétrico dos braços.
Anormalidade da fala	Pedir para o paciente falar uma frase.	O paciente fala corretamente e com boa articulação das palavras.	As palavras são incorretas ou mal articuladas.

Escala pré-hospitalar de Cincinnati

SAMU

Sorria

Peça para dar um sorriso



Boca torta

Abrace

Peça para elevar os braços



Perda de força

Música

Repita a frase como uma música



Dificuldade fala

Urgente



Ligue SAMU 192

S: SORRISO

Durante um AVC a boca fica torta

A: ABRAÇO

É difícil levantar os 2 braços

M: MÚSICA

É difícil cantar, a fala fica embolada

U: URGENTE

Se a vítima não conseguir fazer estas tarefas
chame o SAMU - ligue para 192

Definir Severidade do comprometimento do Grau de Consciência:

Escala de Coma de Glasgow		
Parâmetro	Resposta obtida	Pontuação
Abertura ocular	Espontânea	4
	Ao estímulo sonoro	3
	Ao estímulo de pressão	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Verbaliza palavras soltas	3
	Verbaliza sons	2
Resposta motora	Nenhuma	1
	Obedece comandos	6
	Localiza estímulo	5
	Flexão normal	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
Trauma leve	Trauma moderado	Trauma grave
13-15	9-12	3-8
Reatividade pupilar		
Inexistente	Unilateral	Bilateral
-2	-1	0

Paciente:
ECG: 13
(4 + 3 + 6)

Definir Severidade do AVE: NIH

Itens para avaliação	Escore
1a Nível de consciência Alerta: reage imediatamente Sonolento: responde mediante mínimo estímulo Torporoso ou em estupor: responde com estímulos vigorosos Coma: não responde ou tem apenas movimentos reflexos	0 1 2 3
1b Resposta a perguntas Duas respostas corretas Uma resposta correta Duas respostas incorretas	0 1 2
1c Obediência a comandos Executa ambas as tarefas corretamente Executa apenas uma tarefa Não executa nenhuma das duas tarefas	0 1 2
2 Olhar conjugado Normal Déficit parcial: há movimento com o reflexo oculocefálico (ROC) Déficit completo: não há movimento com o ROC	0 1 2
3 Campo visual Normal Hemianopsia parcial Hemianopsia completa Cegueira cortical	0 1 2 3
4 Nervos faciais Normal Acometimento discreto (déficit supranuclear discreto) Acometimento parcial (déficit supranuclear) Acometimento total (déficit periférico)	0 1 2 3
5a Força muscular MSE Normal (sem quedas durante 10 segundos completos) Assume postura com queda (não chega a cair completamente) Vence parcialmente a gravidade (cai completamente) Não vence a gravidade (apenas movimentação sobre a superfície) Sem nenhum movimento	0 1 2 3 4

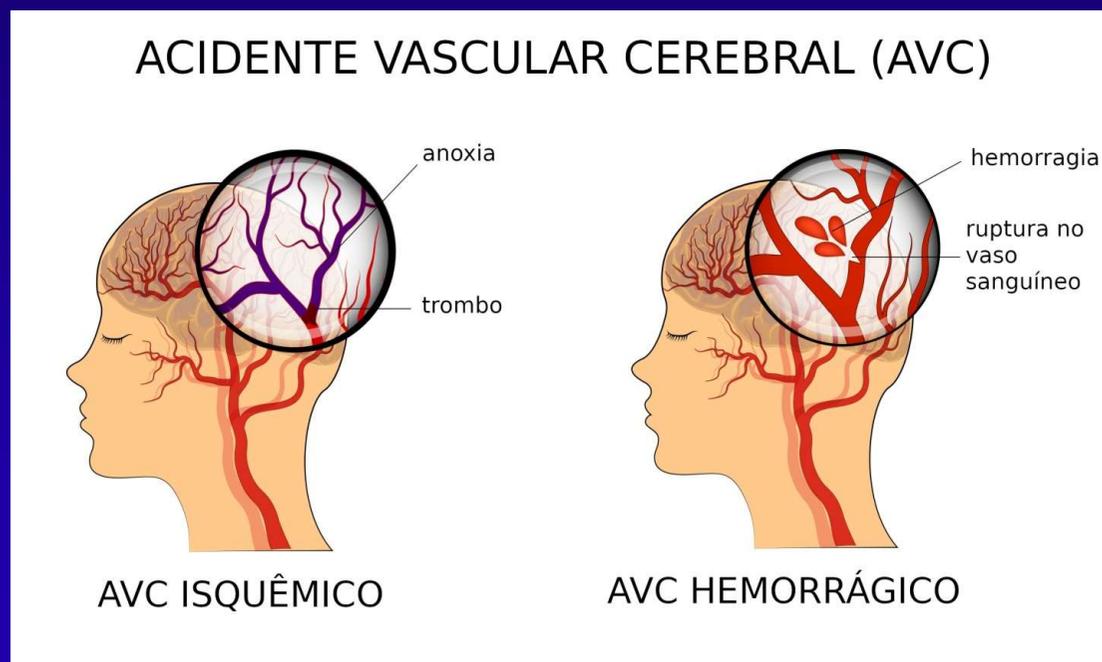
Itens para avaliação	Escore
5b Força muscular MSD Normal (sem quedas durante 10 segundos completos) Assume postura com queda (não chega a cair completamente) Vence parcialmente a gravidade (cai completamente) Não vence a gravidade (apenas movimentação sobre a superfície) Sem nenhum movimento	0 1 2 3 4
6a Força muscular MIE Normal (sem quedas durante 5 segundos completos) Assume postura com queda (não chega a cair completamente) Vence parcialmente a gravidade (cai completamente) Não vence a gravidade (apenas movimentação sobre a superfície) Sem nenhum movimento	0 1 2 3 4
6b Força muscular MID Normal (sem quedas durante 5 segundos completos) Assume postura com queda (não chega a cair completamente) Vence parcialmente a gravidade (cai completamente) Não vence a gravidade (apenas movimentação sobre a superfície) Sem nenhum movimento	0 1 2 3 4
7 Ataxia dos membros Ausente Presente em um membro Presente em dois membros	0 1 2
8 Sensibilidade Normal Hipoestesia Anestesia	0 1 2
9 Linguagem Normal Afasia leve a moderada Afasia grave Afasia global ou mutismo	0 1 2 3
10 Disartria Fala normal Disartria leve a moderada Disartria grave, ininteligível ou mudo; intubado	0 1 2
11 Negligência Nenhuma anormalidade Negligência visual, tátil ou auditiva Negligência para mais de uma modalidade	0 1 2

Definir Severidade do AVE: NIH

- **Paciente:** NIH -> 6 pontos
(no momento da primeira avaliação)

AVEi x AVEh

- Conduta: Solicitado TC de Crânio com Urgência



TC de Crânio (04/04/22)

- **Laudos**: Imagem compatível com trombo no segmento proximal da artéria cerebral média direita e questionável hipodensidade do putâmen ipsilateral, podendo corresponder a insulto vascular isquêmico agudo no presente contexto clínico.
- Restante do exame dentro dos padrões da normalidade.
- Não há contraindicação por imagem de trombólise venosa.

Etiologia

- Criptogênica (i.e., nenhuma fonte cardioembólica, lacunar ou aterosclerótica clara; a classificação mais comum)
- Cardioembolismo
- Infartos lacunares
- Aterosclerose de grandes vasos (a 4.^a causa mais comum)
- Outras (menos comuns): Inflamação vascular subsequente a distúrbios, como meningite aguda ou crônica, distúrbios vasculares e sífilis; dissecação de artérias intracranianas ou da aorta; distúrbios de hipercoagulabilidade, embolia gasosa, embolia gordurosa...

TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA

Trombolíticos: Alteplase (rt-PA)

- ✓ Até 3 – 4,5 h do início dos sintomas
- ✓ 0,9 mg/kg IV – 10% em 3 minutos e 90% em 1 hora



Em tempo (19:10)

- Paciente apresentando melhora na fala, melhora da força motora em MSE, com melhora parcial do desvio da comissura labial
- NIH -> 2 pontos

TC de Crânio (05/04/22)

- Laudos:
- O estudo comparativo com o exame anterior de 04/04/2022 mostra:
- Aparecimento de área ovalada hipoatenuante no núcleo lentiforme direito com discreto efeito de massa (edema citotóxico), determinando discreta redução do corno anterior do ventrículo ipsilateral, compatível com insulto isquêmico agudo.
- Desaparecimento do trombo no segmento M1 da artéria cerebral média direita.
- Restante do parênquima cerebral com coeficientes normais de atenuação. Ventrículo lateral direito, III e IV ventrículos de dimensões normais. Sulcos corticais, cissuras cerebrais e cisternas da base de amplitude normal. Cerebelo e tronco encefálico de aspecto habitual. Estruturas medianas centradas.
- Não há sinais de sangramento intracraniano.

Exames Complementares

- **ECOTT (05/04/22)**: Diâmetros cavitários e espessura da parede normais. Função sistólica do VE preservada. Hipocinesia em parede inferior (basal e médio).
- **ECODOPPLER CARÓTIDAS (08/04/22)**:
 - LADO DIREITO: Carótida comum de calibre normal, paredes irregulares, sem evidência de estenose e com placas ateromatosas parietais. Segmento visibilizados da carótida externa com calibre e fluxo normais, com evidência de placas ateromatosas parietais. Carótida interna apresentando fluxo bifásico típico, velocidades sistólica e diastólica normais e índice de pulsatividade e resistência preservados. Artéria vertebral com fluxo em direção cefálica, não evidenciamos sinais de estenose no segmento avaliado.
 - LADO ESQUERDO: **Carótida comum de calibre normal, paredes regulares, com evidência de estenose e placas ateromatosas parietais.** Segmento visibilizados da carótida externa sem fluxo, com evidência de placas ateromatosas parietais. **Carótida interna apresentando fluxo de 75 à 90 % de estenose.** Artéria vertebral com fluxo em direção cefálica, não evidenciamos sinais de estenose.

Conduta:

- **Tratamento Clínico:**

- Mantido DAGP após 24-48h horas do evento agudo
 - Profilaxia de TEV após 24-48h horas do evento agudo, se necessário
 - Controle Pressórico Otimizado
 - Estatina de alta potência
 - Beta Bloqueador
-
- Alta do CTI em 48h – 72h, após estabilização clínica

Seguimento:

- Paciente realizou Pré-Operatório na enfermaria de Cirurgia Cardíaca
- Realizado CRVM 4 Pontes – Sem intercorrências (14/04)
- Alta hospitalar 5 dias após a cirurgia, em bom estado geral, para seguimento ambulatorial

Obrigado