

## Caso Clínico

## AVC Hemorrágico

AVC hemorrágico neste episódio é citado como Hemorragia Intracerebral Espontânea, não associada à trauma e excluindo hemorragia subaracnoidea.

## Manifestações Clínicas

- Em pacientes com Rebaixamento de Nível de Consciência agudo com déficits focais, as etiologias a serem excluídas inicialmente são: **AVC isquêmico e hemorrágico**
- Não há nenhum marcador na anamnese ou exame físico com capacidade de diferenciar as duas etiologias**
- O que pode ocorrer é uma **deterioração neurológica progressiva nas primeiras horas (primeiras 6 horas) do AVCh**, o que contrasta com o AVCi e o Hemorragia Subaracnoidea, que tem seu pico nos primeiros minutos. Isso ocorre pela maior chance de expansão do hematoma neste período
- Menos de 50% dos AVCh cursam com cefaleia** e estão mais associados à expansão rápida do hematoma ou HSA

## Etiologias Além da Hipertensão...

**90% dos casos de AVCh são associados com Hipertensão Arterial Sistêmica**

Com **localização típica no Putâmen, Tálamo, Cerebelo e Ponte**. Apesar disto, até 1/3 dos sangramentos lobares podem ter etiologia hipertensiva.

Em idosos com sangramentos lobares, a etiologia mais frequente é a angiopatía amiloide.

**Etiologias secundárias incluem** - Aneurismas, MAV, Neoplasias, AVCi transformados, Trombose Venosa Central.

**Neoplasias mais associadas com AVCh** - GBM, Metástases de Melanoma, Coriocarcinoma, Carcinoma de Células Renais, Mama e Pulmão.

## Imagem Qual exame pedir:

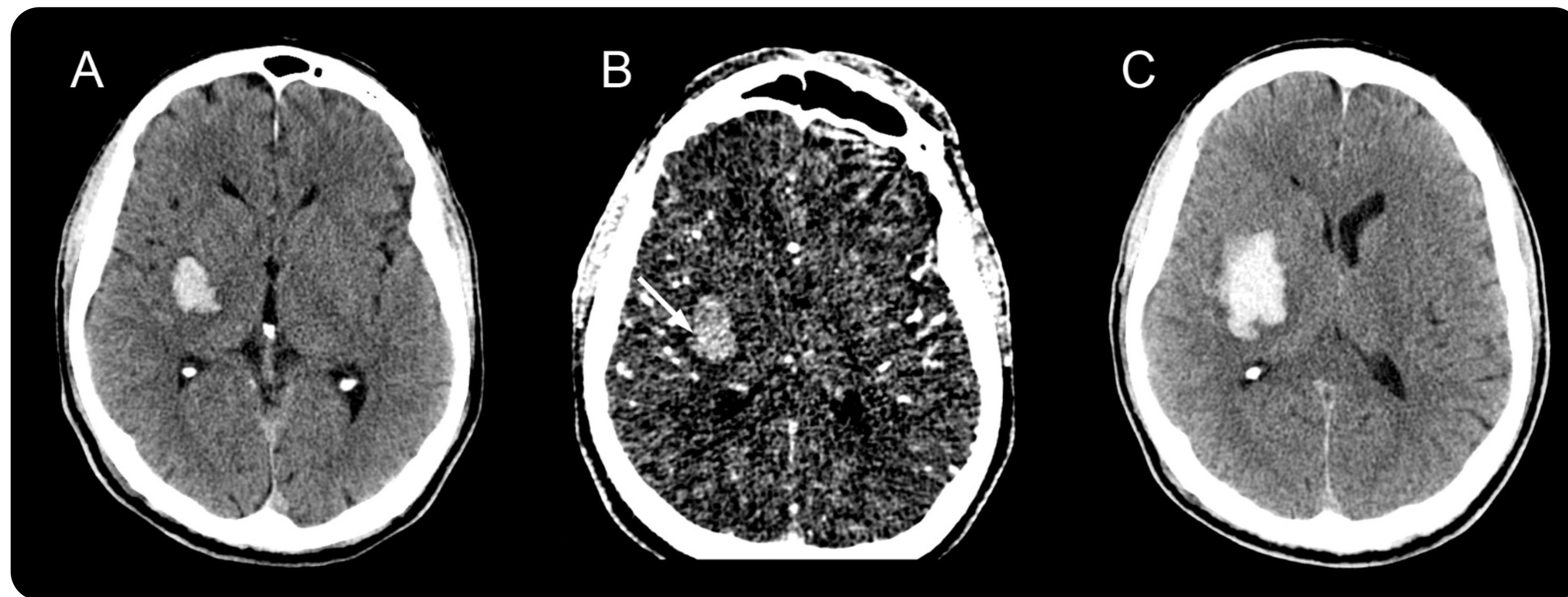
**Tomografia de Crânio sem contraste é o exame inicial.**

**Quando investigar lesão secundária (com Angio-TC ou Angiografia):**

- Em geral, pacientes **hipertensos, sexo masculino, acima de 45 anos de idade, com localização típica** (Putâmen, Tálamo, Cerebelo ou Ponte), **não necessitam de investigação adicional**.
- Para avaliar a necessidade de investigação secundária, podemos usar o **Secondary Intracerebral Hemorrhage (sICH) Score**, que avalia aspecto tomográfico, idade, sexo, ausência de hipertensão e coagulopatia.

**Marcadores de Risco de Expansão do Hematoma na TC:**

- Volume - Em geral, maior que 60 mL apresenta pior prognóstico
- Spot Sign na Angio-TC**
- Irregularidade do Hematoma
- Sinal da Ilha



Spot Sign = Pontos de hiperdensidade no interior do sangramento.

Case courtesy of A/Professor Christen Barras, Radiopaedia.org, rID: 24481

Em caso de Spot Sign, solicitar tomografia de controle em 6 horas.

Aneurismas e MAV podem estar ocultos na angiografia em casos de sangramentos de grande volume, devendo-se repetir a angiografia após 48h para reavaliação de casos suspeitos

## Abordagem Em 4 passos.

### 1. Evitar Expansão do Hematoma:

**1.1 Meta Pressórica: PAS entre 140 e 160 mmHg durante as primeiras 24 a 48 horas**

Metas mais intensivas, menor que 140 mmHg, pode ser considerada em sangramentos pequenos, visto o possível benefício neurológico nestes pacientes, apesar de um maior risco de disfunção renal.

### 1.2 Corrigir Coagulopatias:

**Uso de anti-plaquetários** - Estudo PATCH mostrou que a transfusão de plaquetas rotineira nestes pacientes é inferior à terapia padrão em termos de mortalidade e dependência em 3 meses. Transfundir plaquetas apenas com a meta de > 100.000.

**Uso de anticoagulantes** - Reverter conforme medicação utilizada (Complexo Protrombínico ou Plasma Fresco Congelado no uso de Varfarina e reversores específicos no caso dos DOACs).

### 2. Neurocirurgia - Indicações mais consensuais:

- Hemorragia Intraventricular com **Hidrocefalia Obstrutiva** ou piora neurológica;
- Hemorragias superficiais (profundidade menor que 1 cm) em pacientes com piora neurológica**.
- Hemorragia Cerebelar com hematomas maiores que 3 cm** (pelo alto risco de herniação);

### 3. Terapia Anticonvulsivante:

- Profilaxia primária não deve ser prescrita rotineiramente.**
- Em pacientes com crise clínica ou sub-clínica (diagnosticada pelo Eletroencefalograma), o tratamento deve ser instituído e o paciente sempre deve ter uma reavaliação ambulatorial com neurologista para a reavaliação da manutenção medicamentosa.

### 4. Risco Trombótico e Retorno da Heparina:

- Pacientes com AVCh apresentam risco trombótico elevado, com necessidade de reavaliação precoce da profilaxia tromboembólica.
- Após 24 a 48 horas, com tomografia de controle com estabilidade do hematoma, pode-se liberar profilaxia química de tromboembolismo com heparina.**