

AVE HEMORRÁGICO TALÂMICO ESQUERDO COM INUNDAÇÃO VENTRICULAR: RELATO DE CASO

LEFT THALAMIC HEMORRHAGIC STROKE WITH INTRAVENTRICULAR HEMORRHAGE: CASE REPORT

Bianca Caldeira Leite¹

Helton Bruno Alves Bezerra²

Luciana Modesto de Brito³

José Olivandro Duarte de Oliveira⁴

Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa⁵

RESUMO

O acidente vascular encefálico (AVE) representa a principal causa de incapacidade no mundo e a segunda maior causa de óbitos no Brasil, estando o tipo hemorrágico (AVEh) associado a uma maior morbidade e mortalidade. Trata-se de um relato de caso cujos dados foram obtidos por meio da revisão de prontuário e de registros de métodos diagnósticos por imagem. Paciente masculino, 55 anos, previamente diabético, etilista e doente renal crônico, deu entrada no serviço de urgência de um hospital público por quadro súbito de rebaixamento do nível de consciência. A tomografia de crânio evidenciou extensa hemorragia intraparenquimatosa com inundação ventricular, necessitando de derivação ventricular externa e monitorização da pressão intracraniana. O paciente evoluiu com discrasias sanguíneas que levantaram a suspeita de patologias hematológicas secundárias que cursam com coagulograma normal. Após 18 dias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), recebeu alta e, atualmente, apresenta tetraparesia espástica, com dependência funcional para as atividades básicas de vida diária. O manejo do AVEh exige admissão imediata em UTI neurológica e, conforme a *American Heart Association*, o controle rigoroso da pressão arterial sistólica na fase hiperaguda é crucial para evitar a expansão do hematoma. A presença de hemorragia intraventricular, fator de pior prognóstico, demanda intervenções neurocirúrgicas imediatas, enquanto o acompanhamento multidisciplinar se mostra fundamental na reabilitação. Conclui-se que a celeridade no manejo do AVEh é determinante para o prognóstico, devendo a assistência integrar a investigação de causas secundárias à gestão otimizada das comorbidades.

Palavras-Chave: Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico; Hemorragia Cerebral Intraventricular; Transtornos da Coagulação Sanguínea.

ABSTRACT

Stroke is the leading cause of disability worldwide and the second leading cause of death in Brazil, with the hemorrhagic type (hStroke) being associated with higher morbidity and mortality. This is a case report based on a review of medical records and imaging data. A 55-year-old male patient, with a history of diabetes, alcoholism, and chronic kidney disease, was admitted to the emergency department of a public hospital due to a sudden decrease in his level of consciousness. A cranial CT scan revealed extensive intraparenchymal hemorrhage with ventricular flooding, requiring external ventricular drainage and intracranial pressure monitoring. The patient developed

1 Acadêmica de Medicina, Curso de Medicina, Centro Universitário Santa Maria (UNIFSM), Cajazeiras, Paraíba, Brasil, ORCID <https://orcid.org/0000-0001-6785-9299>.

Autor Correspondente: Bianca Caldeira Leite. Endereço: Centro Universitário Santa Maria, BR 230 Km 504, Cajazeiras, Paraíba. E-mail: bicleite04@gmail.com.

2 Graduado em Medicina, Neurologista Clínico, Serviço de Neurologia, Hospital Memorial São José, Recife, Pernambuco, Brasil, ORCID <https://orcid.org/0009-0006-6071-2538>.

3 Graduada em Medicina, Docente da Graduação de Medicina, Mestra, Curso de Medicina, Centro Universitário Santa Maria (UNIFSM), Cajazeiras, Paraíba, Brasil, ORCID <https://orcid.org/0000-0003-1050-0239>.

4 Graduado em Medicina, Docente da Graduação de Medicina, Mestre, Curso de Medicina, Centro Universitário Santa Maria (UNIFSM), Cajazeiras, Paraíba, Brasil, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-1641-3980>.

5 Graduada em Enfermagem, Pró-reitora de Pós-Graduação, PHD, Curso de Medicina, Centro Universitário Santa Maria (UNIFSM), Cajazeiras, Paraíba, Brasil, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-4751-2404>.

bleeding manifestations that raised suspicion of secondary hematological pathologies presenting with a normal coagulation profile. After 18 days in the Intensive Care Unit (ICU), he was discharged and currently presents with spastic tetraparesis, with functional dependence for basic activities of daily living. Management of hStroke requires immediate admission to a neurological ICU, and, according to the American Heart Association, strict control of systolic blood pressure in the hyperacute phase is crucial to prevent hematoma expansion. The presence of intraventricular hemorrhage, a factor of poorer prognosis, demands immediate neurosurgical interventions, while multidisciplinary follow-up is essential for rehabilitation. In conclusion, timeliness in hStroke management is a key determinant of prognosis, and care must integrate the investigation of secondary causes with the optimized management of the patient's comorbidities.

Keywords: Blood Coagulation Disorders; Cerebral Intraventricular Hemorrhage; Intracerebral Hemorrhage; Stroke.

INTRODUÇÃO

O acidente vascular encefálico (AVE) representa a principal causa de incapacidade no mundo e segunda maior causa de óbitos no Brasil. A doença cerebrovascular de etiologia hemorrágica (AVEh), representa 10 a 20% dos casos e está associada a maior morbidade e mortalidade^{1,2}.

O diagnóstico é estabelecido através de história clínica compatível - déficit neurológico agudo - e de exame de neuroimagem, sendo a Tomografia Computadorizada de Crânio (TC) altamente sensível para o diagnóstico do AVEh^{3,4}.

Dentre os fatores que influenciam o prognóstico dos pacientes acometidos, destaca-se o tempo para transporte e estabilização inicial, bem como para admissão hospitalar em centro terciário, com serviço de neurocirurgia disponível⁴.

Apesar dos avanços, o tratamento desses pacientes ainda configura um desafio. Este relato de caso objetiva descrever o manejo clínico de um paciente com AVEh talâmico grave e hemorragia ventricular, discutindo os desafios assistenciais na fase aguda do evento cerebrovascular.

MÉTODO

Trata-se de um relato de caso descritivo, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob o CAAE 83834724.9.0000.5180. Os dados foram obtidos retrospectivamente através da revisão de prontuários e registros de neuroimagem. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi obtido junto ao responsável legal, assegurando a confidencialidade e o anonimato dos dados, em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RELATO DO CASO

Homem, 55 anos, diabético, etilista e portador de doença renal crônica, foi admitido no serviço de urgência de um hospital público do interior da Paraíba por rebaixamento súbito do nível de consciência, com postura de descerebração e anisocoria. Ao exame admissional, apresentava pressão arterial de 200x120 mmHg e Escala de Coma de Glasgow =4, sob ventilação mecânica invasiva por tubo orotraqueal. A TC de crânio inicial revelou extensa hemorragia intraparenquimatosa (HIP) talâmica esquerda, associada a hemoventrículo (**Figura 1**). Após controle pressórico com nitroprussiato de sódio endovenoso e sedação neuroprotetora (RAAS -5), o paciente foi transferido para hospital de referência na capital do estado; contudo, entraves burocráticos na regulação prolongaram o transporte por 12 horas.

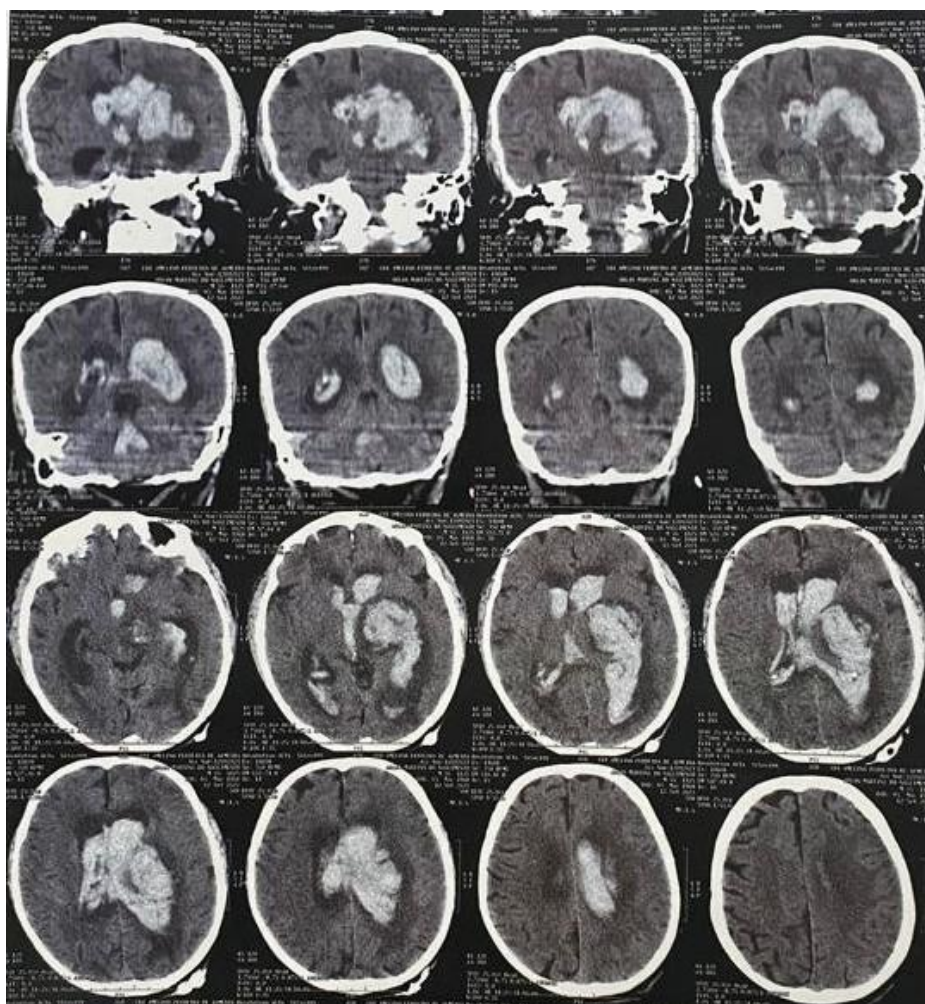


Figura 1: Tomografia computadorizada de crânio sem contraste evidenciando extenso hematoma talâmico esquerdo com expansão para centro semioval, mesencéfalo e ventrículos cerebrais.

O exame neurológico evidenciava pupilas puntiformes, ausência de reflexos fotomotores, corneopalpebrais e oculomotores, e presença do reflexo de tosse. Os exames laboratoriais revelaram anemia (Hb=8,2 g/dL) e coagulograma normal. Nas primeiras 24 horas, a profilaxia para tromboembolismo venoso foi realizada exclusivamente por compressão pneumática intermitente.

Após as 24h iniciais, o paciente apresentou epistaxe grave, que exigiu tamponamento nasal anterior e ácido tranexâmico. Uma nova TC de crânio foi realizada e evidenciou hidrocefalia (**Figura 2A**), sendo necessária intervenção neurocirúrgica para colocação de Derivação Ventricular Externa (DVE) e implantação de cateter para monitorização contínua da pressão intracraniana (PIC).

Hemorragias gengivais espontâneas e lesões de pele sangrantes em membros superiores sucederam o episódio de epistaxe, e levantaram a suspeita clínica de coagulopatias que cursam com coagulograma normal, como a Trombastenia de Glanzmann. A equipe de hematologia também registrou, durante anamnese com familiares, histórico de epistaxe, equimoses espontâneas e anemia crônica. A impossibilidade de realizar testes genéticos, citometria de fluxo ou teste de agregação de plaquetas, impôs um manejo empírico, que foi realizado com transfusão de concentrado de plaquetas e Fator VIIa recombinante.

O manejo empírico da discrasia sanguínea foi bem sucedido e viabilizou a realização de procedimentos com segurança durante a internação, tais como a troca do tubo orotraqueal pela traqueostomia protetora. A TC de crânio realizada ao quarto dia de internação (**Figuras 2B**), evidenciou considerável reabsorção do hematoma, embora ainda com persistência do hemoventrículo.

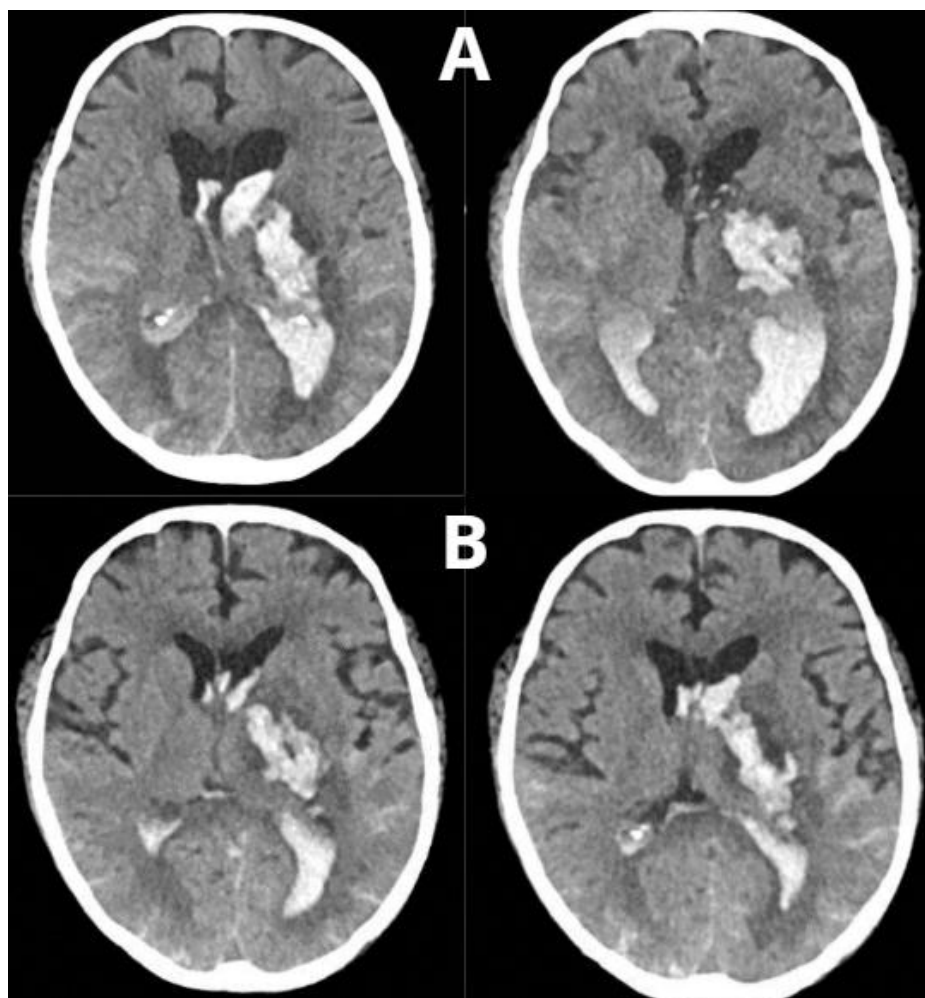


Figura 2A: AVE hemorrágico na região núcleo-capsular esquerda e no centro semioval frontoparietal esquerdo, circundado por área de edema citotóxico, com efeito de massa, comprimindo e deslocando o III ventrículo, o ventrículo lateral esquerdo e as estruturas da linha mediana para a direita, bem como associado a extravasamento de sangue para o espaço subaracnoide e para o interior do sistema ventricular. **2B:** Hematoma intraparenquimatoso medindo 4,0 cm nos núcleos da base esquerdos, associado a hemorragia subaracnóide e intraventricular, desviando a linha média para a direita.

Passados 14 dias, o paciente evolui com bom controle pressórico, PIC estável, clareamento do líquido e abertura ocular espontânea, subsequente ao desmame da sedação. Entretanto, apresentou, após introdução de anticoagulante, ressangramento gengival e queda dos níveis de hemoglobina, com necessidade de hemotransfusão.

Superadas as complicações, e após sacagem da DVE, o paciente recebeu alta da UTI, com Escala de Rankin Modificada = 5, em estado de consciência mínima. A análise prognóstica, realizada através do score *FUNC* na admissão igual a 4 (Volume médio do hematoma de 70cm³; 55 anos; Localização profunda; Escala de coma de glasgow <8) foi condizente com a ausência de expectativa de independência

funcional. Atualmente, o paciente apresenta tetraparesia espástica, é traqueostomizado e alimenta-se por via enteral por gastrostomia.

DISCUSSÃO

A organização dos sistemas de cuidado é determinante para o prognóstico do AVEh. O reconhecimento precoce e o rápido encaminhamento para centros terciários especializados constituem pilares fundamentais da terapêutica⁶. No presente caso, a demora na transferência para um hospital terciário com suporte neurocirúrgico representou um fator potencialmente agravante, retardando intervenções essenciais na fase hiperaguda do evento cerebrovascular. Esse cenário evidencia fragilidades ainda presentes no sistema de saúde brasileiro, especialmente relacionadas ao acesso à assistência especializada em regiões mais afastadas dos grandes centros.

O hemograma completo e o coagulograma são essenciais para determinar a etiologia da hemorragia intracerebral. A anemia à admissão pode estar associada à maiores taxas de mortalidade^{7,8}. Neste relato, a suspeita de uma discrasia plaquetária rara foi levantada pelas hemorragias espontâneas e pela história clínica obtida junto aos familiares.

A resposta clínica positiva após a prova terapêutica com Fator VIIa recombinante e transfusão de concentrado de plaquetas, sugere possível distúrbio funcional plaquetário, potencialmente compatível com trombastenia de Glanzmann; já que, ensaios clínicos randomizados não comprovaram melhoria no estado funcional com o uso Fator VIIa recombinante e do ácido tranexâmico em pacientes com hemorragia intracerebral primária⁵. Contudo, a impossibilidade de realização dos exames confirmatórios para tal distúrbio, como teste de agregação plaquetária, citometria de fluxo e estudos genéticos, diante de um quadro cerebrovascular agudo, impede definição diagnóstica conclusiva.

A inundação intraventricular predispõe ao desenvolvimento de hidrocefalia em, aproximadamente, metade dos pacientes. O tratamento é realizado por meio de derivação ventricular externa, medida que reduz mortalidade e permite a monitorização invasiva da PIC⁹. Neste caso, o tratamento da hidrocefalia foi realizado adequadamente e permitiu evolução clínica do doente.

A tentativa de definir prognóstico precocemente deve ser evitada. A reabilitação multidisciplinar deve ser realizada para melhorar o resultado funcional e reduzir a morbimortalidade¹⁰.

CONCLUSÕES

O presente caso evidencia a complexidade do manejo do AVEh grave e ressalta o impacto das fragilidades estruturais do sistema de saúde sobre o prognóstico neurológico. A suspeita de distúrbio plaquetário subjacente pode ter

contribuído para a gravidade das complicações hemorrágicas observadas, embora a influência das comorbidades prévias também deva ser considerada.

Além da necessidade de reconhecimento precoce e intervenção neurocirúrgica oportuna, o caso reforça a importância de investigação etiológica abrangente e do acesso ágil a centros especializados. Estratégias organizadas de cuidado continuam sendo fundamentais para redução da morbimortalidade associada ao AVEh.

REFERÊNCIAS

1. ADEOYE, O. *et al.* Recommendations for the establishment of stroke systems of care: a 2019 update. **Stroke**, v. 50, n. 7, p. e187-e210, 2019.
2. MARTIN, S. S. *et al.* 2024 heart disease and stroke statistics: a report of US and global data from the American Heart Association. **Circulation**, v. 149, n. 8, p. e347-e913, 2024.
3. BERTOLUCCI, P. H. F. **Neurologia: diagnóstico e tratamento**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2021.
4. GREENBERG, S. M. *et al.* 2022 guideline for the management of patients with spontaneous intracerebral hemorrhage. **Stroke**, v. 53, n. 7, p. e282-e361, 2022.
5. SHOAMANESH, A. *et al.* Canadian stroke best practice recommendations: management of spontaneous intracerebral hemorrhage, 7th edition update 2020. **International Journal of Stroke**, v. 16, n. 3, p. 321-341, 2021.
6. ROH, D. J. *et al.* Low hemoglobin and hematoma expansion after intracerebral hemorrhage. **Neurology**, v. 93, n. 4, p. e372-e380, 2019.
7. SEIFFGE, D. J. *et al.* Meta-analysis of hematoma volume, hematoma expansion and mortality in intracerebral hemorrhage associated with oral anticoagulant use. **Journal of Neurology**, v. 266, n. 12, p. 3126-3135, 2019.
8. CHEN, C. J. *et al.* Intracranial pressure monitoring in patients with spontaneous intracerebral hemorrhage. **Journal of Neurosurgery**, v. 132, n. 6, p. 1854-1864, 2020.
9. WINSTEIN, C. J. *et al.* Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery. **Stroke**, v. 47, n. 6, p. e98-e169, 2016.