

## INTRODUÇÃO

O fator determinante para o sucesso da trombólise no AVC isquémico é o tratamento precoce.

O início dos sintomas deve preceder até 4,5 horas o início do tratamento. Se a hora de início dos sintomas for desconhecida, será definida pela última vez em que o doente foi visto no seu estado habitual de saúde.

Cerca de um quarto dos doentes com AVC isquémico deitam-se bem e acordam com os défices neurológicos, sendo excluídos para o tratamento agudo.

## CASO CLÍNICO

### IDENTIFICAÇÃO:

M.J.L.B.M, mulher, 48 anos, caucasiana.

### ANTECEDENTES PESSOAIS DE RELEVO:

Obesidade, sem outros fatores de risco vasculares. Sem medicação habitual. Sem alergias medicamentosas conhecidas.

### HISTÓRIA CLÍNICA:

Trazida ao Serviço de Urgência na **manhã do dia 4 de Dezembro** de 2013 por ter sido **encontrada pelo neto, caída no chão** do seu quarto cerca das 9h, não falava e não mexia o lado direito do corpo. Na admissão, às 10h, não foi ativada a Via Verde de AVC (VV AVC) por se desconhecer a hora de início dos sintomas.

A doente todas as manhãs levava o neto de 8 anos à escola. Na manhã do dia 4 de Dezembro de 2013, estranharam o neto estar a faltar à escola e contactaram a filha da doente que foi a sua casa e a encontrou caída no chão, sem falar ou mexer o lado direito. A última vez que a viram bem foi na noite anterior pelas 21h antes de se deitar e às 7h30m estaria deitada na cama a dormir. Contactamos a escola do neto que referiu que quando se levantou já encontrou a doente caída no chão e já não falava. **Estava vestida e tinha os chinelos calçados**. A filha contava que, por vezes, a doente dormia vestida, mas pelo facto de ter os chinelos calçados foi admitido que tivera força para o fazer e, portanto, levantara-se bem e os sintomas teriam ocorrido depois de se levantar. Assumiu-se as 7h30m como a hora de início e foi ativada a VV AVC.

### EXAME NEUROLÓGICO NA ADMISSÃO:

Acordada. Afasia global de predomínio motor. Tendência a olhar para a esquerda. Hemianópsia homónima direita. Paresia facial central direita. Hemiparesia direita com membro inferior grau 1 MRC e membro superior plégico. Babinski direito. **NIHSS 17**.

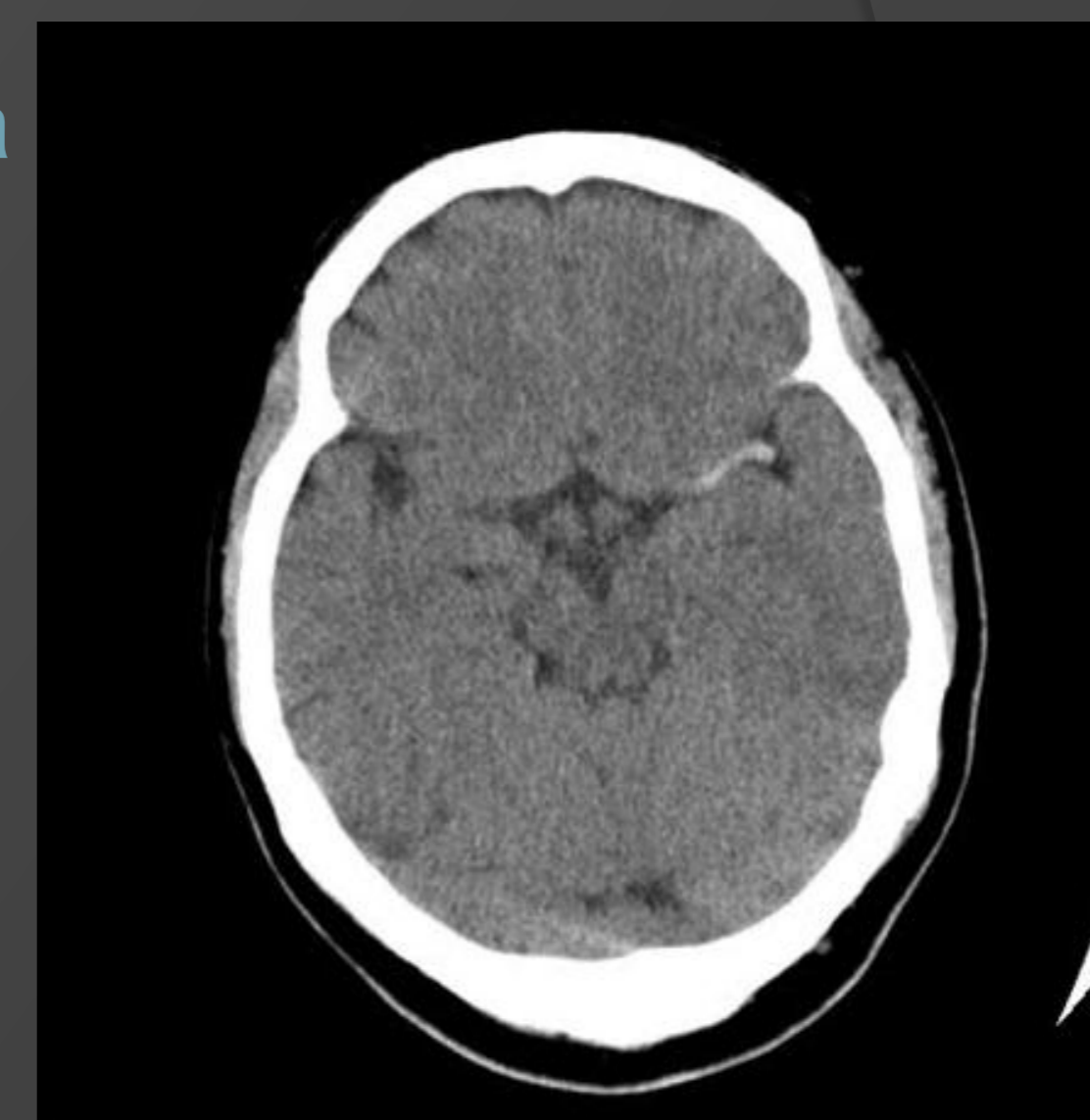
7h30m Deitada na cama

9h **Encontrada caída calçada**

10h Admissão no SU

**NIHSS 17**

TC cerebral



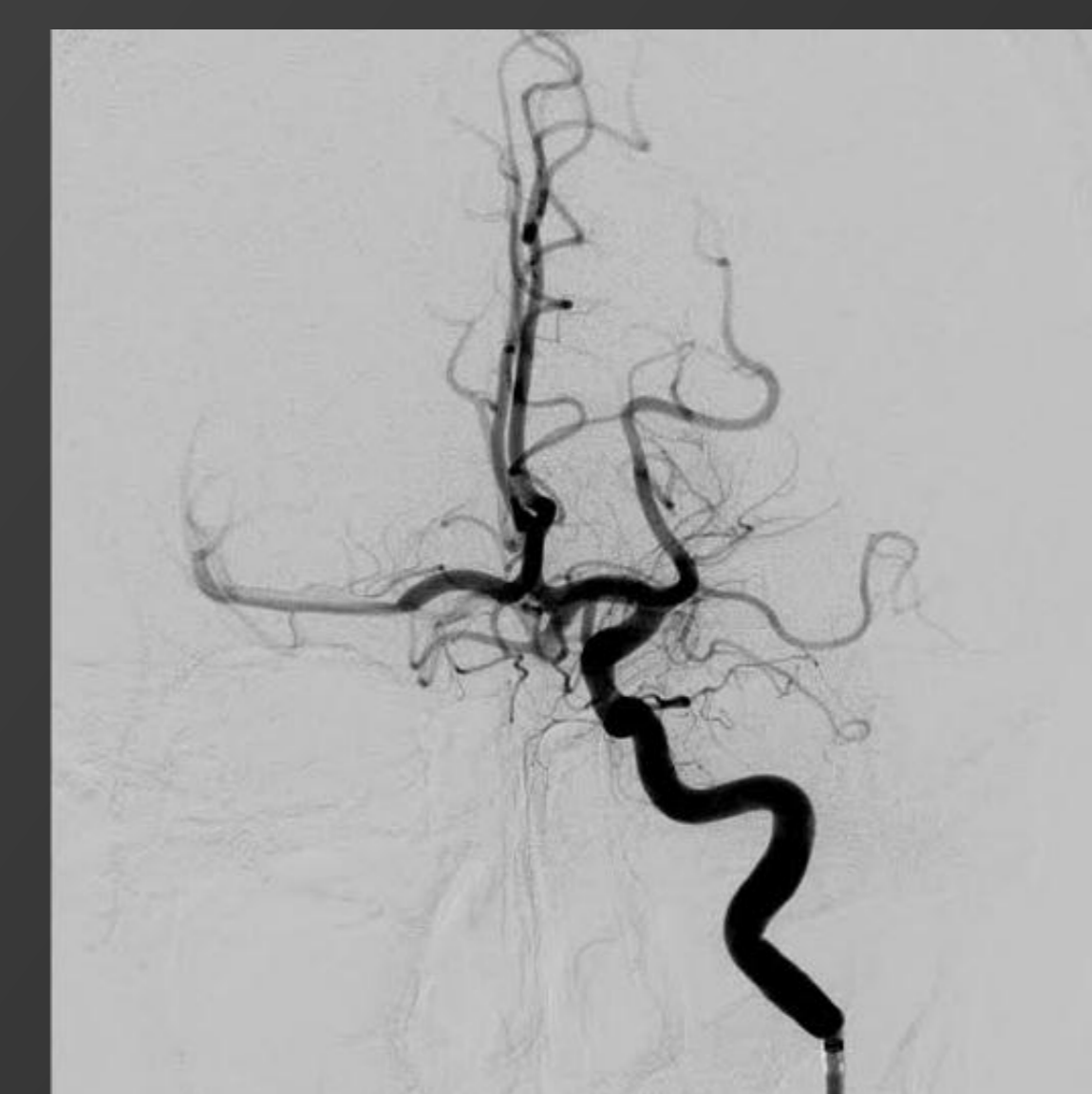
Ténue hipodensidade dos gânglios da base à esquerda e marcada hiperdensidade do segmento M1 da artéria cerebral média esquerda

Bólus ev 9mg de alteplase seguido de perfusão de 51mg

11h05

Trombólise endovenosa

**NIHSS 17**



Oclusão do segmento M1 proximal da ACM esquerda

12h05

Angiografia diagnóstica e terapêutica

**NIHSS 8**



Recanalização total da ACM esquerda após trombectomia

Internamento

**Ecocardiograma transesofágico**  
septo interauricular aneurismático com Foramen Ovale Patente

**Holter**  
extrassistolia residual; sem outras alterações de relevo

**Ecodoppler dos membros inferiores:**  
exclusão de trombose venosa

**Colesterol total** 198mg/dl

**Colesterol LDL** 119mg/dl

Sem outras alterações analíticas

### Evolução no internamento:

A doente manteve-se hemodinamicamente estável. Por suspeita de cardioembolismo iniciou hipocoagulação. Clinicamente constatou-se recuperação gradual parcial dos défices neurológicos. À data de alta apresentava apenas paresia facial central direita, discreto défice motor direito de grau 4 que permitia marcha autónoma e hemihipostesia algica e táctil direita (mRankinS 2). Fenotipicamente classificou-se o AVC isquémico como A0-S0-C2-O0.

**NIHSS 4**

Alta



**TC cerebral de controlo:**  
Hipodensidade tálamo-capsular esquerda

## CONCLUSÃO

É fundamental a colheita minuciosa da história clínica, muitas vezes de forma detectivesca, na tentativa de encontrar pistas que ajudem a determinar uma hora aproximada para o início dos sintomas, pois embora comecem a surgir modalidades diagnósticas mais avançadas como *mismatch* difusão/FLAIR ou difusão/perfusão em RM, nem sempre estão disponíveis ou há tempo para a sua realização.