



O-TRA-14 - VASOESPASMO CEREBRAL NÃO ANEURISMÁTICO

N. Nunes Rabelo¹, G. Santos dos Passos¹, A.C. Cunha da Câmara Ramos², V.H. Honorato Pereira¹, D. Alves Branco Valli¹, L.A. Araujo Dias¹, N. Nunes Rabelo³ e C. Dannemberg Cunha¹

¹Department of Neurosurgery, Santa Casa Hospital, Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. ²Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. ³Faculdade Atenas, Paracatu, Minas Gerais, Brazil.

Resumen

Introdução: Vasoespasma cerebral de origem não aneurismática tem grande importância clínica por ser uma complicação bastante frequente, diante de trauma crânio encefálico, anemia falciforme, malformação artíriovenosa, tumor cerebral (principalmente os meningiomas de asa do esfenoide e hiófise, angulo ponto cerebelar), eclampsia, AVC, síndrome da vasoconstricção cerebral reversível, exaqueca e vasculite. Todas essas causas, como vasoespasma aneurismático, carrega significativa morbidade, mortalidade e necessita de cuidados especializados. O vasoespasma mais comum é o do traumatismo cranioencefálico (TCE), que pode ser resultante de hemorragia subaracnóide traumática (HSAt), ou até mesmo por trauma direto contra os vasos encefálicos “blast-induced”, a qual também oferece de forma independente pior desfecho neurológico e funcional para a população vulnerável.

Objectivos: Realização de extensa revisão bibliográfica para obtenção de maiores informações a cerca da epidemiologia, fisiopatologia, critérios diagnósticos e terapêuticos do vasoespasma de origem não aneurismática, destacando as principais diferenças e semelhanças com o vasoespasma de origem aneurismática.

Material e métodos: Foi realizada uma revisão bibliográfica utilizando base de dados Scielo, Pubmed, Science Direct, Medline. Foram excluídos artigos que mencionavam sobre vasoespasma aneurismático.

Resultados: A incidência relatada de vasoespasma traumático varia de 19%-68%. O vasoespasma de etiologia traumática pode ocorrer nos primeiros 3 dias subsequentes ao trauma, tendo uma duração mais curta e limitada, porém pode apresentar clínica importante, assim como as outras causas, cada um com fisiopatologia própria. Hipertensão é o pilar do tratamento do vasoespasma associado com HSAA. Deve ser utilizado cuidadosamente em pacientes com TCE, e já os bloqueadores dos canais de cálcio não apresentam benefícios, como no HSAA.

Conclusões: A escassez de grandes estudos prospectivos de coorte e de dados nível I de evidência, limita a capacidade para formar recomendações baseadas em evidências sobre o diagnóstico, tratamento e com reensão fisiopatológica do vasoespasmos não aneurismáticos.