



Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

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. Dannenberg 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: Vasoespasmo cerebral de origem não aneurismático tem grande importância clínica por ser uma complicação bastante frequente, diante de trauma crânio encefálico, anemia falciforme, malformação arteriovenosa, tumor cerebral (principalmente os meningiomas de asa do esfenoide e hiófise, ângulo ponto cerebelar), eclampsia, AVC, síndrome da vasoconstrição cerebral reversível, exaureca e vasculite. Todas essas causas, como vasoespasmo aneurismático, carregam significativa morbidade, mortalidade e necessitam de cuidados especializados. O vasoespasmo 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.

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

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

Resultados: A incidência relatada de vasoespasmo traumático varia de 19%-68%. O vasoespasmo 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 uma com fisiopatologia própria. Hipertensão é o pilar do tratamento do vasoespasmo 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.