Neurocirugia. 2016;27(Espec Congr):115

Neurocirugía

https://www.revistaneurocirugia.com

O-TRA-14 - VASOESPASMO CEREBRAL NÃO ANEURISMÁTICO

N. Nunes Rabelo[1], G. Santos dos Passos[1], A.C. Cunha da Câmara Ramos[2], V.H. Honorato Pereira[1], D. Alves Branco Valli[1], L.A. Araujo Dias[1], N. Nunes Rabelo[3] e C. Dannemberg Cunha[1]

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

Resumen

Introdução: Vasoespasmo cerebral de origem não aneurismático tem grande importância clinica por ser uma complicação bastante frequente,diante de trauma crânio encefálico, anemia falciforme, malformação artériovenosa, tumor cerebral (principalmente os meningiomas de asa do esfenoide e hiófise, angulo ponto cerebelar), eclampsia, AVC, sindrome da vasoconstricçao cerebral reversivel, exaqueca e vasculite. Todas essas causas, como vasoespasmo aneurismático, carrega significativa morbidade, mortalidade e necessita de cuidados especializados. O vasoespasmo mais comum é a do traumatismo cranioencefalico (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 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 clinica importante, assim como as outras causas, cada um 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 fisiopalógica do vasoespasmos não aneurismáticos.

See front matter © 2016 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados