

**Introdução:** A oclusão da artéria carótida interna é responsável por 10 a 15% dos infarctes e acidentes isquémicos transitórios do território carotídeo. Em 1967 foram descritos os primeiros casos de bypass entre a artéria temporal superficial (ATS) e a artéria cerebral média (ACM) para o tratamento de doentes com oclusão carotídea. Apesar do entusiasmo inicial com o procedimento, não foi demonstrado benefício da cirurgia no estudo internacional de bypass arterial extracraniano/intracraniano (EC/IC) publicado em 1985. Na altura da publicação do referido estudo não existia método comprovado para identificar os doentes que apresentavam insuficiência hemodinâmica como principal factor fisiopatológico. A utilização da Tomografia de Emissão de Positrões (PET) permitiu identificar um sub-grupo de doentes em que o estado hemodinâmico cerebral, traduzido por um aumento da fracção de extração do oxigénio, implica um risco significativamente aumentado de infarctes ipsilaterais à oclusão carotídea (26% aos 2 anos). É presumível, embora ainda não provado, que os doentes com falência hemodinâmica beneficiem de revascularização cirúrgica. Estudos semiquantitativos da perfusão cerebral poderão também, eventualmente, identificar os doentes com insuficiência hemodinâmica com indicação para bypass EC/IC.

**Material e Métodos:** Três doentes, com oclusão carotídea sintomática, foram tratados entre 2003 e 2008 com realização de anastomose ATS-ACM. As idades dos doentes eram, na altura do tratamento, 42, 58 e 70 anos, sendo 2 do sexo masculino e 1 do sexo feminino. Em dois casos a oclusão foi por dissecação e no restante de natureza aterosclerótica. A doente de 70 anos apresentou-se com acidentes isquémicos transitórios. O doente de 58 anos sofreu infarctes do hemisfério esquerdo seguido de episódios de agravamento do defeito estabelecido. O doente de 42 anos com doença de Chron apresentou-se com acidentes isquémicos transitórios do hemisfério direito vindo a desenvolver infarctes na sequência de hemorragia digestiva. TAC e RMN revelaram, nos três casos, lesões isquémicas em território de barragem. Angiografia cerebral mostrou oclusão carotídea unilateral e circulação colateral insuficiente. SPECT foi realizado nos 3 doentes comprovando hipoperfusão do hemisfério sintomático. Em todos os casos a cirurgia foi proposta após falência de terapêutica médica máxima.

**Resultados:** Não se verificou morbidade ou mortalidade operatória. A patência da anastomose foi comprovada por angiografia pós operatória num caso e com angiografia intra-operatória com indocianina nos restantes. Melhoria da perfusão foi documentada num caso com SPECT. Verificou-se resolução completa dos acidentes isquémicos transitórios na doente com 70 anos, sem novos episódios num período de seguimento de 5 anos. Nos doentes com defeito neurológico estabelecido, verificou-se melhoria acentuada da hemiparésia num caso e da hemiparésia e afasia no outro. Não se registaram desde as cirurgias quaisquer episódios de agravamento neurológico.

**Conclusão:** Enquanto se aguardam resultados de estudos prospectivos, multicêntricos, randomizados, a realização de revascularização cerebral, com anastomose ATS-ACM deve ser considerada no tratamento de doentes com oclusão carotídea, em quem seja documentada insuficiência hemodinâmica cerebral e que continuem sintomáticos apesar de terapêutica médica otimizada.

## C015. Craniectomia Descompressiva no Enfarte Cerebral Maligno

**Francisco Cabrita, Ricardo Pereira, Miguel Carvalho, Gustavo Cordeiro, Marcos Barbosa**

Serviço de Neurocirurgia, Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra.  
fcabrita@mac.com

**Introdução:** No Enfarte Cerebral Maligno o extenso edema cerebral induz aumento da pressão intracraniana (PIC), limitando a pressão de perfusão cerebral e conduzindo a maior edema, maior elevação da PIC e a herniação cerebral. Este ciclo pode ser interrompido com hemi-craniectomia descompressiva que permita suficiente herniação externa, limite a subida da PIC, melhore a pressão de perfusão cerebral e a circulação colateral.

**Objectivos:** Pretende-se descrever uma série inicial de sete doentes com Enfarte Cerebral Maligno tratados com craniectomia descompressiva entre 2000 e 2008. Avalia-se o estado clínico, os achados imagiológicos, a evolução e os resultados.

**Métodos:** Identificou-se o conjunto de doentes tratados por consulta de base de dados interna do Serviço. Colheram-se dos processos clínicos dados biográficos e clínicos, incluindo estado clínico pré-operatório (Glasgow Coma Scale, NIHSS, modified Rankin Scale, défice da Força Muscular), território vascular e extensão afectada, comorbidade, a evolução clínica, complicações médicas e cirúrgicas.

**Resultados:** Foram revistos processos clínicos de sete doentes. Quatro eram do género masculino e três do feminino, com idades compreendidas entre os 37 e os 67 anos (média 47,4). Dois doentes tinham envolvimento do território da ACM esquerda e cinco do da ACM direita.

A cirurgia decorreu entre as 24 e as 36 horas após o início do evento isquémico em três doentes, entre as 36 e 48 horas num, entre as 48 e as 72 horas noutro e após as 72 horas em dois. Três doentes não melhoraram e faleceram na primeira semana, em consequência da lesão primária.

Nos restantes doentes foi realizada cranioplastia, entre o 18º e o 43º dias (média 32 dias). Uma doente teve infecção local depois da cranioplastia e veio a falecer.

Após um ano uma doente tinha mRS 1, outra 3 e outra ainda 4, traduzindo relevante melhoria funcional. A força muscular melhorou de grau 0 (MRC) para grau 3 num doente e para grau 4 noutro, mantendo-se estável nos restantes.

**Discussão:** A deterioração clínica rápida na instalação do Enfarte Cerebral Maligno pode ser combatida eficazmente com craniectomia descompressiva. A intervenção precoce pode evitar a mortalidade imediata e melhorar o prognóstico funcional. Estes doentes devem ser tratados em Unidades de AVC tipo A, no contexto da estreita colaboração entre Neurologia e Neurocirurgia que é essencial para a indicação individualizada e para o tratamento precoce.

## C016. Craniectomia descompressiva supratentorial

**António Fernandes Francisco, Sérgio Livraghi**

Serviço de Neurocirurgia, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE – Hospital de Santa Maria, Lisboa.  
afrancisco@gmail.com

**Introdução:** A hipertensão intracraniana grave tem suscitado inúmeras controvérsias quanto ao tratamento médico e