



19º CONGRESSO PORTUGUÊS DO AVC

29 A 31 DE JANEIRO 2025

Sheraton Porto Hotel
Porto | Portugal

LIVRO DE RESUMOS
ABSTRACT BOOK

CC1 | HEMATOMA EPIDURAL CERVICAL ESPONTÂNEO - UMA CAUSA RARA DE STROKE MIMIC

Luís Castro Rocha¹, Rita Cagigal¹, Diana Pinho¹, André Miranda², Maria Francisca Costa², Luís Rosas³, Tânia Soares³, Cristina Mota¹, Maria João Malaquias¹, Mariana Rocha^{1,4}, Joana Novo^{1,4}, Pedro Barros^{1,4}, Henrique Costa^{1,4}, Andreia Carvalho¹

1. Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho, 2. Unidade de Neurorradiologia, Serviço de Imagiologia, Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho, 3. Serviço de Neurocirurgia, Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho, 4. Unidade de AVC, Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

Introdução: Os hematomas epidurais espinhais espontâneos (HEEE) são caracterizados por sangue no espaço epidural sem causa traumática/iatrogénica, sendo uma entidade rara com picos nas 2^a e 7^a décadas de vida. Podem estar associados a coagulopatias, hipocoagulação ou malformações arteriovenosas, mas em 40-60% não se identifica fator predisponente. Dependendo do nível medular afetado, apresentam-se com raquialgia aguda, com/sem dor radicular associada, e paraparésia/tetraparésia ou, raramente, hemiparésia. O prognóstico depende do tempo até à cirurgia, do nível medular afetado e dos défices iniciais, pelo que os HEEE implicam intervenção cirúrgica emergente.

Caso 1: Mulher, 81 anos, mRS 2; antecedentes de arterite de células gigantes (amaurose esquerda sequelar), HTA e dislipidemia; sob AAS. Recorre por quadro súbito de défice motor esquerdo com 3h de evolução e, associadamente, cervicalgia esquerda não irradiada. Objetivamente, TA 161/67mmHg; hemiparésia esquerda G3 sem atingimento da face, e hemi-hipostesia ipsilateral; ROTs +++ globalmente; RCP indiferentes. TC-CE sem lesões agudas, angioTC sem oclusão de grande vaso (OGV). Interpretado como LACI sensitivo-motor, fez trombólise endovenosa. Na UAVC, persistiu cervicalgia refratária à analgesia, pelo que, em D2 internamento, se colocou a hipótese de lesão cervical. Foi revista a angioTC-TSA da admissão, que fazia suspeitar de hematoma epidural esquerdo C1-C5, confirmado por RM cervical. A doente foi submetida a cirurgia emergente 51h após início dos sintomas, sem intercorrências. Teve melhoria neurológica progressiva, com hemiparésia esquerda G4- às 3 semanas, sendo orientada para reabilitação na RNCCI. Aos 11 meses de seguimento, apresenta mRS

Caso 2: Homem, 56 anos, mRS 0; antecedentes de HTA, dislipidemia, anuloplastia mitral 2018 (por ruptura de cordas tendinosas) e ESUS 2019; sob varfarina. Recorre por início súbito de défice motor esquerdo com 4h de evolução, com cervicalgia ipsilateral associada. Objetivamente, TA 154/86mmHg; hemiparésia esquerda (MS G0 e MI G3), sem atingimento da face. INR 2,66. TC-CE sem lesões agudas; angioTC sem OGV. Inicialmente interpretado como PACI direito, mas, por persistência de cervicalgia importante nas primeiras horas, colocou-se a hipótese de lesão cervical. Foi revista a angioTC-TSA da admissão, que fazia suspeitar de hematoma epidural cervical. Realizou RM-CE e cervical urgentes, confirmando hematoma epidural esquerdo C2-C4. Foi revertida a hipocoagulação e o doente foi submetido a cirurgia emergente 12h após início dos sintomas, sem intercorrências. Teve melhoria neurológica progressiva, com hemiparésia esquerda G3 MS e G4- MI às 2 semanas, sendo orientado para reabilitação no CRN. Aos 3 meses de seguimento, deambula com apoio unilateral, mRS 2.

Conclusão: Os casos descritos ilustram uma apresentação clínica extremamente rara de uma entidade igualmente incomum, capaz de mimetizar um AVC. Durante a abordagem hiperaguda, não é inusual que o HEEE seja subdiagnosticado, já que não integra a lista de *stroke mimics* habituais, e a TC-CE pode não mostrar imagens em localizações mais caudais. Todavia, devemos considerar o HEEE no diagnóstico diferencial do AVC, particularmente quando défices neurológicos se associam a cervicalgia, e analisar atentamente a angioTC-TSA, que pode, desde logo, permitir identificar hematomas cervicais. Além das implicações terapêuticas (contra-indicação para antitrombóticos), o diagnóstico precoce é fundamental para uma rápida referenciação para cirurgia.

CC2 | UM RARO CASO DE TROMBOSE DE VEIA COLETORA DE ANOMALIA DO DESENVOLVIMENTO VENOSO

Francisca Costa¹, José Pedro Pereira², Liliana Igreja², Ricardo Varela¹, Rui Felgueiras¹, Denis Gabriel¹
Instituições: ¹Unidade Local de Saúde de Santo António, serviço de Neurologia, Porto, Portugal, ²Unidade Local de Saúde de Santo António, serviço de Neurorradiologia, Porto, Portugal

Introdução: As anomalias do desenvolvimento venoso (DVA) são o tipo de malformação vascular mais comum no SNC, com uma incidência de cerca de 2% em autópsia. Tem habitualmente um curso benigno, no entanto podem, de forma pouco frequente, apresentar-se com hemorragia sintomática, com uma incidência de 0.15% a 0.61%, e, de forma ainda mais rara, com trombose da veia coletora.

Caso clínico: Homem de 72 anos, com antecedentes de doença de Parkinson idiopática e hepatite B crónica, assim como de uma DVA frontal direita conhecida em ressonância magnética cerebral prévia, sem história pessoal ou familiar de eventos trombóticos. Apresentou quadro de alteração do comportamento de agravamento progressivo nas últimas 3 semanas, caracterizado por apatia, trocas acidentais na medicação e alucinações visuais, nomeadamente microzoopsias. Posteriormente iniciou incontinência urinária. Realizou ressonância urgente, que revelou múltiplas lesões hemorrágicas frontais subcorticais direitas, em fase subaguda, que se associavam a rede vascular anómala ectásica frontal parassagital direita, com hipersinal espontâneo em T1, a sugerir trombose, bem como outros hipersinais em T2/FLAIR nesta região, com restrição à difusão, sugerindo lesões de enfarte em contexto de trombose/sobrecarga venosa. Deste modo o doente foi internado para início de hipocoagulação e realização de angiografia, que confirmou a DVA de fluxo lentificado mas com drenagem mantida para veia coletora que confluía no terço anterior do seio sagital superior, aspetos a sugerir trombose parcial, sem outras malformações vasculares subjacentes. Excluíram-se trombofilias adquiridas e neoplasia oculta e teve alta hipocoagulada com dabigatrano, que suspendeu passados 6 meses, após verificação de recanalização da DVA.

Conclusão: A trombose da veia coletora de DVA é uma entidade rara, mais frequentemente ocorre quando associadas a outra malformação vascular, como um cavernoma ou malformação arteriovenosa. Na maior parte dos casos descritos se manifesta com crise(s) epilética(s), défices focais súbitos e/ou cefaleia. A decisão de iniciar hipocoagulação é habitualmente individualizada conforme o risco hemorrágico, mas neste caso e noutras publicações possibilitou recanalização e resolução completa das queixas. A infeção por hepatite B e cirrose hepática são fatores de risco conhecidos para trombose venosa noutros territórios, nomeadamente da veia porta, e existem dados acerca da sua associação a TSV, mas não encontramos casos descritos de trombooses de DVA em doentes com cirrose. Após avaliação por Gastroenterologia o nosso doente iniciou terapêutica antivírica, sem novos eventos até à data.

CC3 | CASO CLÍNICO DUPLAMENTE RARO: FÍSTULA ARTERIOVENOSA DURAL INTRACRANIANA AO NÍVEL DO FORAMEN JUGULAR

Anabela Câmara¹, Cátia Araújo², Hugo Mota Dória², Ângela Abreu¹, Duarte Noronha¹ e Teresa Aguiar¹
(1) Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar do Funchal; (2) Serviço de Neurorradiologia do Centro Hospitalar do Funchal

Introdução: As fístulas arteriovenosas durais (FAVDs) são anomalias vasculares raras que podem complicar com mielopatia. Apesar da sua baixa incidência, estas anomalias podem ter um significativo impacto na qualidade de vida dos doentes, causando défices neurológicos graves, progressivos e, muitas vezes, irreversíveis. As FAVD localizadas no foramen jugular são particularmente raras e a sua identificação e tratamento precoce são importantes para evitar repercussões para o tronco cerebral e para a medula espinal.

Caso Clínico: Mulher de 50 anos, sem antecedentes médicos de relevo, que recorreu ao serviço de urgência por alteração da força muscular e parestesias nos membros inferiores, de agravamento progressivo ao longo de duas semanas. Adicionalmente, referia dificuldade em esvaziar a bexiga e desequilíbrio da marcha.

Ao exame neurológico apresentava ligeira disфонia e disartria, tetraparésia assimétrica, pior nos membros inferiores (MRC G1 MID e G0 MIE), hipostesia nos membros inferiores sem claro nível sensitivo, ROTs vivos e com aumento de área nos membros esquerdos e sinal de Babinski bilateral. Tinha retenção urinária, pelo que foi algaliada.

Realizou TC-CE e da coluna cervical e dorsal sem alterações significativas. Realizou punção lombar com citoquímico sem alterações e foi iniciado ciclo de metilprednisolona. Nos dias subsequentes a par de uma hipotensão arterial progressiva, apresentou agravamento neurológico motor. A investigação com RM de neuroeixo revelou área de hipersinal em T2 com efeito no bulbo raquidiano de predomínio direito e que se prolongava inferiormente pela medula espinal cervical, sensivelmente até ao nível de C5. Valorizou-se ainda uma proeminência das estruturas vasculares perimedulares que se estendiam desde a transição bulbomedular até ao cone da medula espinal. No seu conjunto, estes achados eram sugestivos de uma FAVD.

O diagnóstico foi confirmado por angiografia convencional que demonstrou a presença de uma FAVD no foramen jugular esquerdo, com aferências a partir das artérias faríngea ascendente, meníngea média e occipital e drenagem para as veias espinais (tipo III segundo a classificação de Borden), distinguindo-se ainda um aneurisma venoso.

Realizou tratamento endovascular em dois tempos ao longo de dois dias, tendo sido primeiramente embolizadas as aferências das artérias faríngea ascendente e occipital e posteriormente as da artéria meníngea média. Conseguiu-se uma total exclusão da fístula arteriovenosa após a segunda sessão de tratamento.

O controlo imagiológico, realizado um mês depois, documentou involução total do edema bulbo-medular.

Clinicamente, a paciente apresentou melhoria significativa dos sintomas e encontra-se atualmente a cumprir reabilitação física. Deambula autonomamente, e está melhor da incontinência urinária mista associada à bexiga neurogénica.

Conclusão: As FAVDs são uma causa rara de mielopatia, com potencial para gerar défices neurológicos graves. Este caso retrata um subtipo de FAVD particularmente rara com repercussão para o bulbo raquidiano e a medula espinal alta, que foi tratada com sucesso e a tempo de se conseguir reversão dos sintomas. Nestes casos é necessária uma abordagem multidisciplinar célere e um tratamento precoce, sobretudo atendendo à repercussão estratégica da anomalia vascular.

CC4 | TÍTULO: IDEAÇÃO DELIRANTE EM DOENTE COM AVC ISQUÉMICO TALÂMICO DIREITO

Mariana Taveira, Catarina Artilheiro, Madalena Rosário, Ana Catarina Fonseca, Teresa Pinho e Melo, Pedro Alves

1. Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais, Serviço de Neurologia, Hospital de Santa Maria, ULS Santa Maria, 2. Laboratório de Estudos de Linguagem, Centro de Estudos Egas Moniz, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

Introdução: O tálamo desempenha um papel central na receção e integração de estímulos provenientes de múltiplas modalidades sensoriais, estabelecendo conexões com várias áreas corticais. Lesões talâmicas podem comprometer a correta interpretação destes estímulos, originando alterações da perceção e atribuições erróneas de significado. Embora exista evidência de disfunção talâmica nas doenças do espectro psicótico (nomeadamente na esquizofrenia), as descrições de sintomatologia psicótica após lesão talâmica vascular são escassas. Apresenta-se o caso de um doente com ideação delirante inaugural após AVC isquémico talamo-mesencefálico direito.

Caso clínico: Homem de 57 anos, sem antecedentes pessoais de relevo. Admitido no Serviço de Urgência através da Via Verde AVC extrahospitalar, por ter sido encontrado caído com alteração da articulação verbal e diminuição de força do hemicorpo esquerdo. Não apresentava antecedentes pessoais de relevo, nomeadamente de doença psiquiátrica. Ao exame neurológico apresentava-se: vígil; anosognósico; com ptose e midríase do olho direito; limitação da leve, supra e infraversão do olhar, paresia facial esquerda com um padrão de 2º neurónio; disartria moderada; hemiparesia esquerda com plegia do membro superior esquerdo e força grau 2/5 no membro inferior esquerdo;

hemi-hipostesia álgica esquerda (NIHSS 14). Foi feito o diagnóstico de AVC isquêmico do território vertebro-basilar. O doente não tinha critérios para tratamento de fase aguda. A RM CE revelou lesão talâmica com extensão à região mesencéfalo-diencefálica, pedúnculo cerebral e vertente paramediana do tegmento mesencefálico à direita. Durante o internamento, o doente desenvolveu uma ideia delirante caracterizada pela crença de que o seu filho de 12 anos dormia e estava frequentemente presente no mesmo quarto do hospital. Apesar de não apresentar inatenção hemiespacial, localizava sempre o filho e a cama onde este dormia à sua esquerda. Quando confrontado com a impossibilidade desta ideia, mantinha a crença de forma irredutível, justificando que o filho deveria estar a dormir ou a trabalhar no hospital, e que por vezes se ausentava para ir à escola. Esta ideia delirante foi acompanhada de dois episódios de alucinações visuais, durante os quais o doente relatava estar a ver o filho e outros membros da família. A avaliação neuropsicológica revelou defeito de memória episódica, com confabulações, defeito visuoperceptivo e visuoespacial. O quadro delirante durou cerca de três semanas, após as quais remitiu espontaneamente, sem recurso a tratamento farmacológico.

Conclusão: Este caso destaca a importância do tálamo na integração sensorial e cognitiva, evidenciando o seu envolvimento na patogénese de ideias delirantes. Embora a ocorrência deste tipo de sintomatologia seja rara em doentes com AVC talâmico, a sua observação contribui para a validação do possível papel da disfunção talâmica na fisiopatologia das doenças do espectro psicótico.

CC5 | ANGIOPATIA AMILÓIDE CEREBRAL IATROGÉNICA: TRÊS NOVOS CASOS

João Pinho¹, Ana Sofia Costa^{1,2}, Arno Reich¹, Omid Nikoubashman³, Kay Nolte⁴, Joachim Weis⁴, Christian Boy⁵, Felix M. Mottaghy⁵, Jörg B. Schulz^{1,2}, Kathrin Reetz^{1,2}.

1. Department of Neurology, University Hospital RWTH Aachen, Aachen, Germany, 2. JARA Brain Institute Molecular Neuroscience and Neuroimaging, Research Centre Jülich and RWTH Aachen University, Aachen, Germany, 3. Department of Diagnostic and Interventional Neuroradiology, University Hospital RWTH Aachen, Aachen, Germany, 4. Institute of Neuropathology, University Hospital RWTH Aachen, Aachen, Germany, 5. Department of Nuclear Medicine, University Hospital RWTH Aachen, Aachen, Germany

Introdução: Casos de angiopatia amilóide cerebral iatrogénica (iCAA) têm sido reconhecidos crescentemente em vários países e a sua patofisiologia não está esclarecida. O desenvolvimento da doença ocorre tipicamente várias décadas após procedimentos neurocirúrgicos com ou sem implantação de dura cadavérica. Acredita-se que mecanismos “prion-like” estejam envolvidos na progressão da deposição de amilóide vascular. De um coorte hospitalar de 371 doentes com CAA, identificaram-se 3 casos de iCAA.

Caso 1: Mulher de 55 anos, 18 anos de escolaridade, com demência rapidamente progressiva, 6 meses após início de sintomas com MoCA 16/30, MMSE 23/30 e défice cognitivo multimodal (atenção, funções executivas, processamento visuo-espacial, linguagem, memória episódica). Aos 6 anos de idade teve uma “meningoencefalite” com necessidade de tratamento neurocirúrgico com craniotomia frontoparietal direita. Ausência de factores de risco vascular. RM mostra microhemorragias lobares e siderose cortical superficial. LCR mostra redução da amilóide-beta-42. A PET-amilóide-18F-flutemetamol mostra deposição cerebral difusa de amilóide. Teste genético (APP, PSEN1, PSEN2) negativo. Biópsia cerebral mostra deposição difusa de amilóide vascular, extensas placas difusas de amilóide e patologia tau mínima sem placas neuríticas.

Caso 2: Homem de 52 anos com hemorragia lobar parietal esquerda. Nos 4 anos seguintes apresenta hemorragias lobares recorrentes (frontal esquerda, occipital direita, parietal esquerda e frontal esquerda). Aos 5 anos de idade sofreu TCE com necessidade de tratamento neurocirúrgico com craniotomia fronto-parietal esquerda. Ausência de factores de risco vascular. RM mostra siderose cortical superficial extensa e progressiva. LCR mostra redução de amilóide-beta-42, aumento da tau total, aumento ligeiro da fosfo-tau. A PET-amilóide-18F-flutemetamol mostra deposição cerebral difusa de amilóide. Teste genético (APP, PSEN1, PSEN2) negativo.

Caso 3: Homem de 45 anos com episódio de cefaleias e alteração visual inespecífica, com evidência de siderose cortical superficial focal frontal direita e raras microhemorragias lobares direitas. Nos 14 anos seguintes apresenta hemorragias lobares recorrentes (temporal direita, frontobasal direita,

frontobasal esquerda) e déficit cognitivo ligeiro multimodal progressivo. Aos 5 anos de idade sofreu TCE com necessidade de tratamento neurocirúrgico com craniotomia temporal direita e necessidade de reconstrução de dura. As RMs de controlo mostram progressão severa da siderose cortical superficial. O LCR mostra redução da amiloide-beta-42 e aumento da tau total.

Conclusões: Estes 3 casos exemplificam apresentações cognitivas e hemorrágicas de iCAA e preenchem os critérios de diagnóstico de iCAA propostos em 2022 por Banerjee e colaboradores. Embora não tenhamos tido acesso aos registos neurocirúrgicos, a anamnese num caso e a neuroimagem dos 3 casos sugere que terá sido necessária uma reconstrução da dura. Os dados neuropatológicos do Caso 1 sugerem que os défices cognitivos na iCAA não são necessariamente relacionados com lesões macrohemorrágicas e não são mediados por patologia tau (ao contrário do que acontece na doença de Alzheimer). A frequência relativamente elevada de patologia tau em estudos neuropatológicos de doentes com CAA esporádica e a sua associação com os défices cognitivos na CAA esporádica, sugere mecanismos patofisiológicos diferentes na iCAA.

CC6 | LEUCOENCEFALOPATIA PÓS-ISQUÉMICA TARDIA: DOIS CASOS CLÍNICOS ILUSTRATIVOS DE UMA COMPLICAÇÃO RARA APÓS AVC ISQUÉMICO POR OCLUSÃO DE GRANDE VASO

Rita Coutinho¹, Leonor Francisco², Mariana Gomes¹, Sara Gomes³, Mariana Santos⁴, Ângelo Carneiro¹

1- Serviço de Neurorradiologia, Unidade Local de Saúde de Braga; 2- Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho; 3- Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Braga; 4- Serviço de Neurorradiologia, Unidade Local de Saúde do São João

Introdução: Leucoencefalopatia tardia após AVC isquémico por oclusão de grande vaso constitui uma complicação rara, com mecanismos fisiopatológicos ainda pouco esclarecidos, que se caracteriza por deterioração neurológica devido ao dano progressivo da substância branca duas semanas, pelo menos, após o evento isquémico agudo. O seu diagnóstico resulta da integração da história clínica com o estudo imagiológico, nomeadamente por ressonância magnética crânio-encefálica (RM-CE).

Casos clínicos: Doente de 84 anos, com antecedente de AVC isquémico em território da artéria cerebral média (ACM) direita, submetido a trombectomia mecânica (TM) há três meses, dirigiu-se ao serviço de urgência (SU) por queixas progressivas de deterioração da memória e discurso incoerente após o referido evento cerebrovascular. Ao exame neurológico (EN) objetivou-se: hemiextinção visual e hemiparésia grau 4 à esquerda, disartria ligeira, fenómeno de *alien limb* do membro superior esquerdo (MSE), reflexo cutâneo-plantar (RCP) flexor ipsilateral, reflexos osteotendinosos (ROT) vivos, apraxia dos membros superiores e marcha autónoma de pequenos passos, com inclinação para a esquerda. Realizou estudo analítico (EA), sem valorizáveis alterações, e tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC-CE), que demonstrou hipodensidade digitiforme da substância branca subcortical fronto-parieto-temporal direita, sem evidente envolvimento cortical e sem efeito de massa, que não estava presente nos estudos prévios (pós-trombectomia precoce). Posteriormente, realizou RM-CE que demonstrou área de hipersinal T2/FLAIR, envolvendo a substância branca periventricular e subcortical fronto-temporo-parietal direita, centro semioval e coroa radiada à direita e cápsula externa, sem restrição à difusão ou captação de contraste, a traduzir provável leucoencefalopatia pós-isquémica tardia em território da ACM.

Doente de 77 anos, com história de AVC em território da ACM esquerda, submetido a TM há 3 semanas, dirigiu-se ao SU por alteração progressiva da fluência do discurso desde a alta após o evento cerebrovascular referido. Ao EN constatou-se discurso fluente com parafasias e nomeação parcial de objetos. Realizou TC-CE, que revelou hipodensidade da substância branca fronto-parietal esquerda, para além da lesão isquémica sequelar cortico-subcortical insular esquerda e extensão sublenticular. Foi complementado estudo por RM-CE, evidenciando-se hipersinal T2/FLAIR na mesma topografia, com ligeira a moderada restrição à difusão, sem efeito de massa ou realce após contraste, sugerindo leucoencefalopatia pós-isquémica tardia.

Conclusão: Os dois casos ilustram quadros clínicos de natureza progressiva, com tradução neurorradiológica que, atendendo aos antecedentes de AVC isquémico de grande vaso submetido a trombectomia mecânica, corroboram o diagnóstico de leucoencefalopatia isquémica tardia após

oclusão de grande vaso. O estudo de imagem constitui uma ferramenta fundamental no diagnóstico desta entidade, perante a suspeita diagnóstica, após integração do contexto clínico.

CC7 | HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA COM VASOSPASMO APÓS REVASCULARIZAÇÃO DE M2: RELATO DE CASO CLÍNICO RARO

Anabela Câmara¹, Stefanie Moreira¹, Aurora Costa¹, Sofia Xavier², Sofia Rocha¹ e Carla Ferreira¹

Afiliação:

¹Serviço de Neurologia da Unidade Local de Saúde de Braga, ²Serviço de Neurorradiologia da Unidade Local de Saúde de Braga

Introdução: A trombectomia mecânica é um procedimento altamente eficaz em oclusões de grande vaso, contudo podem ocorrer complicações como hemorragia intracraniana sintomática, hemorragia subaracnoideia (HSA) e embolização para territórios distais.

O vasospasmo cerebral após trombectomia é uma complicação rara, que pode ser induzido pela irritação mecânica durante a manipulação do cateter, acontecendo no imediato. Concomitantemente, a ocorrência de HSA após trombectomia é estimada em cerca de 5%. Esta deve-se ao estiramento vascular pelo stent retriever, que também contribui para o vasospasmo, sobretudo entre o 4º e 7º dia após a hemorragia.

Caso Clínico: Mulher de 74 anos, autónoma, com antecedentes de HTA, dislipidemia e litíase renal. Ativada Via Verde de AVC na triagem por alteração súbita da linguagem. À admissão, salientava-se discurso disártrico, pouco fluente, com parafasias fonéticas. Repetia com erros e apenas cumpria ordens simples. Após realização de TC Cerebral e Angio TC, que demonstraram oclusão da divisão superior do segmento M2 da Arteria Cerebral Média (ACM) esquerda, apresentou agravamento clínico, com pronação da mão direita e afasia global.

Foi submetida a trombectomia com uma tentativa por técnica combinada e mTICI final de 2c por persistência de oclusão de ramo parietal posterior.

Realizou TC CE de controlo com sangue subaracnoideu, com contraste retido concomitantemente, supratentorial hemisférico esquerdo e hipodensidade corticossubcortical insular e capsular externa esquerda.

Teve alta após 5 dias de internamento na unidade de AVC, com exame neurológico normal, medicada com aspirina (100 mg) e atorvastatina (80mg).

Regressa ao Serviço de Urgência 3 dias após a alta, por um quadro flutuante de alteração de linguagem – havia momentos em que queria falar e sabia o nome das coisas, mas não conseguia verbalizar nem repetir. Outros momentos em que tinha linguagem totalmente normal.

Ao exame neurológico tinha um discurso com pausas anómicadas e parafasias fonéticas; incapaz de repetir.

Realizou TC CE com reabsorção parcial da hemorragia subaracnoideia, pequena hipodensidade corticossubcortical insular posterior esquerda e no estudo angiográfico redução do calibre dos ramos do segmento M2 da ACM esquerda, sugerindo vasospasmo, sendo a hipótese de dissecação secundária ao tratamento endovascular menos provável. Iniciou tratamento com nimodipina.

Realizou RM CE, 5 dias, após a readmissão com noção de melhoria no calibre da divisão superior da ACM esquerda, persistindo estenose residual na vertente proximal da divisão inferior desta artéria. Teve alta assintomática e já foi reavaliada em consulta aos 3 meses, apresentando mRS0.

Conclusão: Apesar do quadro inicial ter tido resolução completa dos défices neurológicos, o vasospasmo pode ocorrer tardiamente no contexto de HSA. É essencial estar alerta para este tipo de complicação pois o tratamento oportuno e precoce com nimodipina pode proporcionar um desfecho favorável com recuperação funcional completa.

CC8 | ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL E SÍNDROME DO DESFILADEIRO TORÁCICO ARTERIAL: UM CASO ÚNICO.

Carla Morgado, João Saraiva, Aurora Costa, Ana Filipa Santos, Célia Machado, Sofia Rocha, Carla Ferreira. Serviço de Neurologia, ULS Braga, Braga, Portugal

Introdução: A síndrome do desfiladeiro torácico arterial (SDTa) é a forma menos frequente de síndrome do desfiladeiro torácico, sendo causada por compressão da artéria subclávia na saída torácica, na maioria das vezes pela presença de costela cervical. A presença de costela cervical, uma malformação que afeta cerca de 1% da população, raramente é sintomática, mas têm sido descritos eventos tromboembólicos retrógrados da circulação cerebral anterior e posterior. Apresentamos um caso do SDTa com uma apresentação neurológica e imagiológica nunca antes descrita.

Caso clínico: Homem, 37 anos, antecedente único de episódios repetidos de palidez, frio e dormência do braço direito. Nega tabagismo. Nega consumo de drogas recreativas, medicamentos e álcool. Trazido ao SU por cefaleia intensa associada a náuseas, vômitos, agitação psicomotora, instalação súbita de assimetria da face e dificuldade no discurso. À admissão no serviço de urgência evidenciava limitação na dextroversão conjugada, nistagmo multidirecional, anisocoria, disartria e parésia facial central direita. Normotenso, normocárdico e apirético. Ausência de pulso radial direito. TC cranioencefálico sem lesões. AngioTC dos vasos supraaórticos a revelar ausência de preenchimento da artéria subclávia direita e suas dicotomizações, bem como da artéria vertebral direita (AVD) até segmento V4. TC toracoabdominal identifica costela cervical à direita e remanescente à esquerda. Estudo cardíaco e analítico sem alterações. Iniciou hipocoagulação terapêutica. Cinco horas após a admissão, apresentou crise tônico-clônica generalizada com agitação pós-ictal e necessidade de sedação. RM cranioencefálica com hipersinal em T2/FLAIR a envolver o tálamo, hipotálamo e mesencéfalo à direita, sem restrição à difusão. EEG sem atividade epileptiforme e LCR sem alterações. Estudo infecioso, de trombofilias e autoimunidade negativos. Assintomático e sem alterações ao exame neurológico ao fim de 24h. Repetiu RM ao fim de 4 dias com involução parcial da lesão encontrada e estudo doppler dos vasos do pescoço que mostrou patência e fluxo mantido na artéria vertebral direita sem evidente repercussão hemodinâmica com abdução total do braço direito. Repetiu AngioTC torácico agora a evidenciar patência da artéria vertebral direita, mas déficit de preenchimento mantido na artéria subclávia em proximidade com costela cervical. Assumido diagnóstico de PRES associada a SDTa. Foi, posteriormente, reavaliado em consulta de cirurgia vascular com realização de estudo doppler do braço direito com deteção de trombose arterial dos eixos subclávio-axilo-braqueal em proximidade com a costela cervical, com sinais sugestivos de recanalização distal das artérias radial e cubital. Decidida remoção cirúrgica da costela e pontagem da artéria subclávia para a artéria axilar. Suspensa hipocoagulação. RM de controlo após 6 meses, com involução total das lesões e pequena lacuna isquémica cerebelosa direita. Doente mantém-se assintomático.

Conclusão: Este caso clínico, sendo o primeiro descrito com PRES unilateral associada ao SDTa ipsilateral, por provável dano endotelial por hipoperfusão em território da artéria cerebral posterior direita causada por oclusão retrograda da AVD, alerta para o facto de alterações hemodinâmicas associadas a SDTa poderem ser responsáveis por apresentações clínicas atípicas. É importante estar atento a esta síndrome em eventos de natureza vascular em indivíduos em idade jovem, sobretudo na ausência de fatores de risco vascular.

RESUMOS COMUNICAÇÕES ORAIS

CO1 | ASSOCIAÇÃO ENTRE HEMORRAGIA INTRA-PLACA CAROTÍDEA E MICRO-HEMORRAGIAS CEREBRAIS: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

André Miranda^{1,2}

¹Unidade de Neurorradiologia de Intervenção Cerebrovascular, Serviço de Imagiologia, Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal, ²Instituto de Ciências da Vida e Saúde, Escola de Medicina, Universidade do Minho, Braga, Portugal

Introdução: A doença cerebrovascular é uma das principais causas de morbidade e mortalidade a nível global. Enquanto o grau de estenose das placas carotídeas é um conhecido fator de severidade de doença cerebrovascular, a composição das placas carotídeas constitui um fator de risco acrescido

e independente para acidentes vasculares cerebrais agudos e presença de enfartes corticais incidentais. Por outro lado, a associação entre a composição das placas carotídeas e lesões hemorrágicas, nomeadamente micro-hemorragias cerebrais, permanece desconhecida.

Objetivos: Avaliar a associação entre a composição de placas carotídeas e a presença e localização de micro-hemorragias cerebrais (estritamente lobares/profundas ou infra-tentoriais).

Métodos: Estudo transversal de coorte baseado no estudo populacional Rotterdam Study. Participantes pré-selecionados com espessamento da camada íntima-média carotídea realizaram ressonância magnética (RM) carotídea para determinação da composição das placas carotídeas, incluindo núcleo necrótico rico em lípidos (NNRL), hemorragia intraplaca (HIP), calcificação (CAL) e grau de estenose (>30%). Os participantes foram igualmente submetidos a RM crânio-encefálica para deteção de patologia vascular, incluindo micro-hemorragias cerebrais. A associação entre a composição das placas e as micro-hemorragias cerebrais foi avaliada através de modelos de regressão logística, ajustados para idade, sexo, estenose das placas, hipertensão, diabetes, dislipidemia e medicação anti-trombótica.

Resultados: Foram incluídos 1046 participantes com idade média de 75 anos, dos quais 471 (45%) do sexo feminino. A presença de NNRL foi identificado em 507 participantes (48,5%), HIP em 385 (36,8%), CAL em 895 (85,6%) e estenose >30% em 215 (20,6%). Micro-hemorragias cerebrais foram observadas em 343 participantes (30,8%), das quais 211 (20,2%) eram estreitamente lobares e 132 (12,6%) profundas ou infra-tentoriais. A análise de regressão logística demonstrou uma associação significativa entre a presença de HIP e micro-hemorragias (odds ratio (OR): 1,35 [1,01-1,80], p=0.043), após ajuste para confundidores. Na subanálise por distribuição, verificou-se uma associação positiva entre HIP e micro-hemorragias profundas ou infra-tentoriais (OR: 1,60 [1,07-2,39], p=0.022) e ausência de associação com micro-hemorragias estritamente lobares (OR: 1,08 [0,77-1,51], p=0.658). Os restantes componentes das placas carotídeas, NNRL, CAL e estenose >30%, não apresentaram associações relevantes com micro-hemorragias cerebrais.

Discussão e Conclusão: Os nossos resultados acrescem a associação entre HIP e micro-hemorragias cerebrais, particularmente em localização profunda ou infra-tentorial, ao conhecido risco de eventos isquémicos, sintomáticos ou incidentais, confirmando o seu valor como indicador de severidade de doença cerebrovascular. Adicionalmente, sublinham a importância da caracterização imagiológica detalhada das placas carotídeas como ferramenta de estratificação de risco, com potenciais implicações na orientação terapêutica de doentes com estenose carotídea.

Agradecimentos:

Projeto financiado pelo 2CA Braga - Centro Clínico Académico e Egas Moniz Health Alliance – Centro Académico Clínico.

CO2 | RELAÇÃO ENTRE SINAIS MICROEMBÓLICOS E CARACTERÍSTICAS DE PLACAS ATROSCLERÓTICAS CAROTÍDEAS

Inês Margarido^{1,2}, Joao Nuno Ramos³, João André Sousa⁴, Liliana Igreja⁵, André Costa⁶, Cristina Duque⁷, Filipa Gonçalves⁸, Ângelo Carneiro⁹, Luís Fontão¹⁰, Pedro Castro^{1,2}

¹Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de São João, ²Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, ³Unidade de Neurorradiologia Diagnóstica, Unidade Local de Saúde de Vila Nova de Gaia / Espinho, ⁴Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra, ⁵Serviço de Neurorradiologia, Unidade Local de Saúde de Santo António, ⁶Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, ⁷Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, ⁸Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde de Guimarães, ⁹Serviço de Neurorradiologia, Unidade Local de Saúde de Braga, ¹⁰Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga

Introdução: cerca de 15% dos AVCs são causados por aterosclerose de grande vaso, dependendo esta classificação etiológica essencialmente do grau de estenose. Algumas características das placas ateroscleróticas foram associadas a maior risco de embolização, contudo, de forma isolada a sua presença ainda tem um significado impreciso no que concerne ao risco de novos eventos cerebrovasculares. Os sinais microembólicos (SME) correspondem a pequenas partículas embólicas presentes na circulação cerebral e já foram associados a um risco aumentado de recorrência de AVC.

Contudo, a literatura é controversa quanto à sua associação com características de alto risco das placas carotídeas.

Objetivos: determinar a relação entre características das placas carotídeas e a presença de SME.

Metodologia: Estudo retrospectivo multicêntrico de doentes adultos com AVC isquêmico agudo por oclusão de grande vaso da circulação anterior, admitidos para tromboectomia mecânica na Unidade Local de Saúde de São João entre Setembro de 2017 e Novembro de 2018. Os doentes foram incluídos de forma consecutiva e monitorizados com doppler transcraniano durante 30 minutos para deteção de SME até 72h após tromboectomia. As características da placa foram avaliadas através da análise da angio-TC dos troncos supra-aórticos da admissão. Esta avaliação foi realizada por dois leitores independentes de forma cega para a presença de SME – as variáveis categóricas foram determinadas por consenso e as numéricas por média das duas avaliações. As análises foram realizadas com regressões logísticas.

Resultados: Foram recolhidos dados de 80 doentes, correspondendo a 160 artérias carótidas. Relativamente à etiologia do AVC de acordo com a classificação TOAST: 10 (12,50%) resultaram de aterosclerose de grande vaso, 46 (57,50%) cardioembolismo por fibrilhação auricular (26 devidamente hipocoagulados) e 24 (30,00%) foram de origem indeterminada. Os SME estavam presentes em 24 doentes (30%) e foram mais frequentes quando a etiologia foi a aterosclerose de grande vaso. A sua prevalência aumentou de acordo com o grau de estenose calculado pelo *North American Symptomatic Endarterectomy Trial* (NASCET), sendo maior se $\geq 70\%$ (OR=8,38 IC95% 1,45-48,62, $p=0,02$). No que concerne às características da placa: a ulceração carotídea (OR=6,45 IC95% 2,04-20,40, $p=0,002$) e o trombo flutuante (OR=7,42, IC95% 0,75-73,10, $p=0,08$), associaram-se significativamente a SME; a espessura da placa carotídea ($>3\text{mm}$), mas não sua extensão ou o padrão de calcificação, também se associou significativamente a SME (OR=2,46, IC95% 1,06-5,71, $p=0,04$). Para além do eixo carotídeo, a presença de ulceração em placas do arco aórtico associou-se significativamente a SME (OR=4,54, IC95% 1,20-17,12, $p=0,03$).

Conclusão: os nossos resultados suportam a associação entre a presença de SME e algumas características de risco das placas ateroscleróticas carotídeas. Placas com estas características podem estar associadas a um maior risco de recorrência ou estar por detrás de alguns AVCs criptogénicos – a sua identificação pode ser fundamental para determinar as medidas de prevenção secundária mais adequadas.

CO3 | PREDITORES DE RECORRÊNCIA DE AVC EM DOENTES COM ESTENOSE ARTERIAL INTRACRANIANA SINTOMÁTICA: UM ESTUDO RETROSPECTIVO

Mariana Coelho¹, Mauro Marques², Carolina Fernandes¹, Ana Brás¹, Ana Inês Martins¹, Luciano Almendra¹, Carla Cecília Nunes¹, Bruno Rodrigues¹, Cristina Machado¹, Gustavo Santo¹, Carolina Maia³, César Nunes³, Ricardo Veiga³, Egídio Machado³, João André Sousa¹, Fernando Alves Silva¹, João Sargento-Freitas¹

¹Serviço de Neurologia, ULS Coimbra, Coimbra; ²Serviço de Medicina Interna, ULS Região de Leiria, Leiria;

³Departamento de Neurorradiologia, Serviço de Imagem Médica, ULS Coimbra, Coimbra

Introdução: A doença aterosclerótica intracraniana (DAI) é a causa mais comum de acidente vascular cerebral (AVC), a nível mundial. A última década de investigação contribuiu para a melhoria da terapêutica médica; no entanto, a taxa de recorrência mantém-se elevada. Apesar do enorme impacto global da doença, faltam preditores clínicos e radiológicos efetivos para estratificar os pacientes, em termos de risco, e otimizar a estratégia terapêutica.

Objetivos: Determinar preditores da recorrência de AVC isquémico no território anteriormente afetado em doentes hospitalizados com estenose arterial intracraniana sintomática.

Metodologia: Foi realizado um estudo observacional retrospectivo tipo coorte para selecionar doentes internados por AVC com estenose arterial intracraniana, entre 1 de janeiro de 2022 e 31 de dezembro de 2023. Incluíram-se doentes com idades compreendidas entre 18–89 anos, com diagnóstico confirmado de estenose arterial intracraniana sintomática aguda (angio-TC ou angiografia), quantificada em 50–99%, com enfarte agudo no exame de imagem cerebral. Excluíram-se todos os doentes com oclusão completa da artéria afetada, suspeita de outra etiologia que não a ateromatosa (para a estenose), antecedentes de terapêutica endovascular aguda prévia por AVC, transformação hemorrágica com hematoma parenquimatoso (PH–1 ou PH–2) e qualquer enfarte agudo num território

diferente daquele do da artéria afetada. Procedeu-se à recolha de variáveis demográficas, clínicas, imagiológicas e laboratoriais de cada doente selecionado. Conduziram-se testes de análise univariada (*t de student* para amostras independentes, teste *Mann-Whitney U* e teste do qui-quadrado), para identificar associação entre variáveis e, posteriormente, utilizaram-se modelos de regressão logística binária para determinar preditores de recorrência.

Resultados: Foram incluídos 33 doentes (51,5% do sexo masculino). A mediana da idade de ocorrência do evento primário foi de 71,94 anos (IIQ = 63,50–81,50). A taxa anualizada de recorrência de AVC foi de 0,31. Na análise univariada, encontrou-se associação estatisticamente significativa entre o score NIHSS à admissão e a recorrência de AVC ($p = 0,028$). Na regressão logística binária, o score NIHSS foi um preditor estatisticamente significativo da recorrência de AVC isquémico ($\beta = -0,377$; $p = 0,029$).

Conclusões: Este estudo confirma a elevada taxa de recorrência de AVC dos doentes com DAI. Os nossos resultados sugerem que menores scores NIHSS à admissão se relacionam com maior probabilidade de recorrência de AVC, o que demonstra a importância da vigilância e instituição precoce de terapêutica médica agressiva.

CO4 | “DESCODIFICAR O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: ASSINATURAS GENÉTICAS CIRCULANTES NO PLASMA”

Ana Moutinho^{1,2,3}, Alexandre Dias^{1,2}, Marta Ferreira^{1,4,6}, Catarina Vaz⁵, Ricardo Varela⁵, Rui Felgueiras⁵, Joana Lopes⁵, Pedro Castro⁷, Bruno Carvalho⁷, Rui Magalhães², Manuel Correia^{2,5}, João Vinagre^{1,3,6}, Carla Oliveira^{1,6}, Luís F. Maia^{1,2,5}

1- i3S - Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto, Porto, Portugal, 2- Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal, 3- U-Monitor, Porto, Portugal, 4- Faculdade de Ciências da Universidade do Porto, Porto, Portugal, 5- Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Porto, Portugal, 6- IPATIMUP - Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto, Porto, Portugal, 7- Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal

Introdução: O diagnóstico e prognóstico do AVC baseia-se em exames de neuroimagem e avaliações clínicas, que apresentam limitações, como a variabilidade inter-observador, a limitação de meios e necessidade de recursos humanos especializados. Biomarcadores presentes em fluídos biológicos têm emergido como ferramentas promissoras para melhorar o diagnóstico e decisões terapêuticas, podendo refletir vários processos patofisiológicos. Estão identificados biomarcadores proteicos relacionados com o diagnóstico/prognóstico de AVC, tais como GFAP e NfL. Contudo, outras moléculas no plasma, como os pequenos ARNs (*sRNAs*) permanecem subexploradas, especialmente em estudos longitudinais na fase-aguda da doença.

Objetivo: Caracterizar o perfil longitudinal de *sRNAs* em plasma de doentes com AVC isquémico (AVCi) através de tecnologia *high-throughput*.

Metodologia: Selecionámos 48 doentes com AVCi causado por oclusão de grande vaso submetidos a recanalização bem-sucedida após trombectomia, incluídos em estudo prospectivo no nosso centro. Os doentes foram classificados em bom e mau *outcome* de acordo com o valor de ASPECTS 24h após-tratamento (bom: ASPECTS>7 ou sem variação; mau: ASPECTS≤7). O plasma foi recolhido longitudinalmente na admissão hospitalar (T_0) e 24h após-tratamento (T_2). Os *sRNAs* foram sequenciados na plataforma *Illumina Sequencing SE50* e analisados utilizando *pipelines* bioinformáticas padrão, identificando alterações na expressão de *sRNAs* através de modelos de regressão linear. A relevância biológica dos candidatos foi avaliada por *gene ontology*. As performances dos biomarcadores foram avaliadas utilizando curvas ROC (*Receiver Operating Characteristic*) e calculando o valor das AUCs (*Areas Under the Curve*).

Resultados: Foram identificados 322 e 244 *sRNAs* diferencialmente expressos (p -value<0.05;|*Fold-Change*>1.5) entre doentes com bom e mau prognóstico em T_0 e T_2 , respetivamente. A maioria (32-36%) dos *sRNAs* correspondia a micro-ARNs (*miRNAs*). A análise de *gene ontology* dos alvos dos *miRNAs* revelou um enriquecimento significativo nas vias de inflamação, regulação do ciclo celular e em várias estruturas neuronais e glio-neuronais em T_0 e T_2 . Identificámos 5 *miRNAs* com expressão

diferencial consistente em T₀ e T₂, com desempenhos preditivos moderados. Exploramos os *miRNAs* com a melhor capacidade de distinção em cada momento (AUCs=0,65-0,78), e desenvolvemos 2 painéis de biomarcadores combinados de 3 *miRNAs* com uma capacidade discriminatória muito boa (AUCs de 0,82 e 0,89), para T₀ e T₂, respetivamente.

Conclusão: Estes resultados revelam alterações significativas e precoces na expressão de *sRNAs* ao longo do tempo. Estas alterações refletem dinâmicas distintas destas assinaturas moleculares no AVCi de acordo com o *outcome* dos doentes. A análise de *gene ontology* demonstra consistência biológica destas alterações, destacando um enriquecimento de vias e componentes celulares com extrema relevância para o AVCi. Adicionalmente, ao contrário das proteínas, características únicas destas moléculas, como o seu pequeno tamanho e carga, podem permitir a sua passagem precoce para a circulação sanguínea, reforçando o seu potencial como biomarcadores de lesão neuronal. Os dados obtidos demonstram o elevado potencial preditivo dos *sRNAs*, bem como o seu potencial como indicadores biológicos de lesão neuronal. Contudo, é importante salientar a necessidade de validação destes biomarcadores em outras coortes.

Compromissos: Financiado por “NORTE-01-0247-FEDER-047043” e FCT: 2023.04745.BDANA.

CO5 | AVC EMBÓLICO DE CAUSA INDETERMINADA E DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA MALIGNA DE NOVO A LONGO PRAZO

Bárbara Alves Rodrigues¹, José Blazer Costa¹, Afonso Schonenberger Braz², Fausto Pinto³, João Pedro Marto^{1,4}

1 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental, 2 - Serviço de Medicina Física e da Reabilitação, Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental, 3 - Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental, 4 – NOVA Medical School, Universidade NOVA de Lisboa

Introdução: Até 10% dos doentes com AVC isquémico embólico de causa indeterminada (ESUS) apresentam o diagnóstico de neoplasia ativa. A ocorrência de ESUS, particularmente em adultos jovens, parece também estar associada a um maior risco de neoplasia maligna a longo prazo.

Objetivos: Comparar o risco de diagnóstico de neoplasia maligna *de novo* a longo prazo em doentes adultos jovens com ESUS vs com AVC de causa determinada.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo, de doentes consecutivos com AVC isquémico entre os 18 e 55 anos, admitidos no nosso centro hospitalar, entre 2009 e 2018. Excluídos doentes com tempo de seguimento < 3 meses ou com AVC isquémico no contexto de neoplasia ativa. Os doentes foram divididos entre ESUS e com AVC de causa determinada. Definiram-se como *outcome* principal o risco de diagnóstico de neoplasia maligna *de novo* e como *outcome* secundário o risco de mortalidade, ambos a longo prazo. Procedeu-se a análise de sobrevivência com curvas de Kaplan-Meier e regressão de Cox.

Resultados: Incluídos 330 doentes, 40,6% do sexo feminino, com idade média de 46,6 anos ± 7,9 anos. 26,4% dos doentes definidos como ESUS. O tempo médio de seguimento foi 9,0 anos. Os doentes com ESUS tinham idade inferior (45,3 anos vs 47,0 anos; *p-value* 0.019) e menor prevalência de diabetes (9,5% vs 19,8%; *p-value* 0.032). Não houve diferença no risco de diagnóstico de neoplasia maligna *de novo* na análise de sobrevivência (Log Rank *p-value* 0.417), nem na regressão de Cox (HR 0.71; IC 95% [0.23–2.15]; *p-value* 0.543). A mortalidade no grupo ESUS foi inferior na análise univariada (Log Rank *p-value* 0.034), embora sem diferença após análise multivariada (HR 0.71; IC 95% (0.23–2.15); *p-value* 0.543).

Conclusão: No nosso estudo, não se documentou uma diferença no risco de diagnóstico de neoplasia maligna *de novo* nem na mortalidade a longo prazo entre doentes jovens com ESUS e doentes com AVC de causa conhecida

CO6 | POSSÍVEIS FATORES DA QUALIDADE DO SONO PREDITORES DE ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS DO DESPERTAR

Carolina Cunha¹, Pedro Simões², Inês Carvalho¹, Catarina Fernandes¹, João Sousa¹, Francisco Barros¹, Diogo Damas¹, Cristiana Silva¹, João Sargento-Freitas¹, Ana Brás^{1,3}

1- Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal, 2- Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal, 3- Centro de Medicina do Sono, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

Introdução: Os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) do despertar ocorrem quando o doente acorda com clínica de AVC, tendo adormecido assintomático. A fisiopatologia destes AVCs não é totalmente compreendida, contudo, alguns estudos apontam para uma possível associação com o sono.

Objetivos: Comparar as características clínicas e qualidade do sono de doentes com AVCs do despertar e AVCs durante a vigília, para investigar possíveis relações entre AVCs do despertar e sono.

Métodos: Foi realizado um estudo observacional prospetivo incluindo todos os doentes internados em enfermaria de Neurologia vascular durante um período de 4 meses, com o diagnóstico de AVC. Partindo de 302 doentes, excluámos 221 por apresentarem AVC hemorrágico, alteração da linguagem, incapacidade de colaboração ou recusa em participar. Foram selecionados 81 doentes e registados os dados clínicos e demográficos, exames complementares de diagnóstico realizados e terapêutica de reperfusão instituída. A estes doentes foram aplicados questionários de qualidade de sono pré-AVC, o *STOP-BANG Sleep Apnea Questionnaire*, o *Epworth Sleep Scale*, o *Insomnia Severity Index* e um questionário de auto-preenchimento. A análise estatística foi realizada através do SPSS, incluindo análise univariada e multivariada.

Resultados: Foram selecionados 81 doentes (43 homens), 15 dos quais (18.52%) correspondiam a AVCs do despertar. A idade média da população estudada, quando surgiram os sintomas, foi 73.7 ± 12.9 anos. Na análise comparativa entre os dois grupos, a pontuação NIHSS à admissão foi superior nos doentes com AVC do despertar (9.73 ± 4.25 vs. 6.65 ± 4.81 , $p=0.013$). O perímetro cervical foi medido em todos os doentes, revelando uma média de 39.8 ± 3.64 cm e revelou ser significativamente superior nos doentes com AVCs do despertar (43.6 ± 2.44 vs. 39.0 ± 3.32 , $p<0.001$). Foi, ainda, verificada uma diferença estatisticamente significativa entre ambos os grupos relativamente à sonolência diurna, com valores superiores nos AVCs do despertar (53.3% vs. 25.8%, $p=0.037$). Uma análise multivariada mostrou que o perímetro cervical está associado a um maior risco de ter um AVC do despertar (OR=1.586, 95% CI=1.21-2.08, $p<0.001$). Nenhuma diferença significativa foi encontrada nas escalas *Epworth Sleep Scale*, *STOP-BANG* e *Insomnia Severity Index* entre os dois grupos.

Conclusão: O nosso estudo reporta uma associação entre os AVCs do despertar e o perímetro cervical e a sonolência diurna, o que poderá indicar que algumas doenças do sono são subdiagnosticadas em doentes com este tipo de AVC. O conhecimento da fisiopatologia dos AVCs do despertar, bem como a identificação de possíveis fatores de risco, é essencial para melhorar as estratégias de prevenção neste grupo de doentes.

CO7 | (I)LITERACIA EM SAÚDE E DETEÇÃO PRECOCE DE SINAIS E SINTOMAS DE AVC

Diana Alexandre, Isabel Taveira

ULS Algarve – Unidade de Portimão

Introdução: O acidente vascular cerebral (AVC) constitui uma redução ou interrupção aguda do fluxo vascular (arterial ou venoso) no cérebro. O AVC é, à data, a terceira causa de morte a nível mundial (ultrapassada pela COVID-19 desde 2021) e a principal causa de morte e incapacidade permanente no nosso país. O fator chave para o sucesso da terapêutica de reperfusão do AVC isquémico agudo, o subtipo mais frequente, é a deteção e tratamento precoce. Não obstante, a seleção dos candidatos apropriados para reperfusão exige avaliação neurológica e estudo de neuroimagem. Além disso, a terapêutica de reperfusão para AVC agudo requer um sistema de saúde bem coordenado com um adequado funcionamento da Via Verde AVC – ativada idealmente no pré-hospitalar.

Objetivos: Análise do tempo médio de início de sintomas sugestivos de AVC até admissão hospitalar.

Metodologia: Estudo observacional, retrospectivo, de série consecutiva onde se incluíram 139 doentes internados na Unidade de AVC, no período de 01/07/2024 a 30/11/2024. A análise estatística foi realizada com recurso ao Excel.

Resultados: A idade média dos pacientes foi de 68 anos. Cerca de 14,4% apresentaram sintomas ao acordar. Em relação ao meio de deslocação ao hospital: 54% recorreu ao INEM e 43 % utilizou transporte privado, sendo que houve notificação ao hospital pelos meios de socorro (CODU) em 51,4%

dos casos (vs 31,4% Nacional). O tempo médio de início de sintomas à chegada ao Hospital foi de 301,5 minutos ~ 5 horas (vs Nacional 202 mins ~ 3,5h). A % de doentes tratados com Trombólise IV foi de 30%. A maioria dos doentes que não teve acesso à fibrinólise intravenosa viu a mesma impossibilitada por se encontrar fora da janela temporal (70%). O local de início da terapêutica foi em 97% dos casos na Radiologia (vs Nacional 42%) e 3% no Serviço de Urgência. O tempo médio desde a entrada na Unidade Hospitalar até ao início da terapêutica foi de 16 min (vs Nacional 40 min). Da amostra total, 102 doentes estiveram já em consulta de reavaliação, 53 com acompanhamento de familiares. Destes, 74 sabiam identificar os sinais e sintomas de AVC quando questionados, sendo que os restantes mantinham o desconhecimento da situação (e realça-se que 20 doentes referiram a dor torácica como sintoma de AVC).

Discussão/Conclusões: Assim, apesar do tempo porta-agulha reduzido, continua a existir um número importante de doentes cujo tratamento de fase aguda é limitado pelo não reconhecimento atempado de sintomas e pela não ativação dos meios corretos. Este dado permite-nos refletir sobre a importância de promover informação para a saúde e para a deteção precoce de sinais de alarme para possível AVC. Embora não exista registo da confirmação do doente e/ou familiares da razão da demora na procura de cuidados médicos, a iliteracia para a saúde será certamente um fator impactante para a mesma pelo que é essencial incrementar a literacia para a saúde e consequentemente melhorar a qualidade dos cuidados prestados. O primeiro passo da Via Verde AVC é o reconhecimento precoce de sinais e sintomas.

CO8 | INCIDÊNCIA DE AVC E LETALIDADE AOS 28 DIAS NO NORDESTE DE PORTUGAL DE 1998 A 2024 – RESULTADOS PRELIMINARES

Ricardo Almendra¹, Ilda Matos², Jorge Poço², Diana Malhão², Ruth Destar¹, Rafael Jesus¹, Mário Rui Silva¹, Luís Maia³, Ricardo Varela³, Rui Felgueiras³, Denis Gabriel³, Fernando Tavares⁴, Maria Carolina Silva⁵, Manuel Correia³, Rui Magalhães⁵

¹ Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, ² Unidade Local de Saúde do Nordeste, ³ Unidade Local de Saúde de Santo António, ⁴ Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, ⁵ Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Introdução: As desvantagens das populações rurais no que diz respeito ao AVC refletem-se numa maior incidência. Estudos que determinam a tendência da incidência de AVC são raros e traduzem mudanças globais decorrentes de diferentes atitudes face à doença. Com este estudo, pretendemos analisar a evolução da incidência de AVC no Nordeste de Portugal ao longo dos últimos vinte e cinco anos.

Métodos: Desde o final do século passado, foram realizados três estudos de incidência de AVC na comunidade, sempre nas mesmas regiões rurais, nos períodos de 1998-2000, 2009-2011 e 2022-2024. A população de base para cada estudo consistiu nos utentes inscritos nos Centros de Saúde das regiões analisadas (Vila Pouca de Aguiar e Mirandela), totalizando 37.089, 46.096 e 37.413 utentes, respetivamente, em cada um dos períodos mencionados. A proporção de utentes com idade ≥55 anos e ≥75 anos foi de 29,9%, 35,2% e 46,5% e de 7,3%, 11,7% e 16,0% respetivamente, em cada período. Na identificação dos casos, utilizaram-se múltiplas fontes de informação sobreponíveis, incluindo referência direta, listas dos serviços de urgência e das altas hospitalares, bem como bases de dados das consultas dos cuidados primários, entre outras. Na avaliação e classificação dos casos aplicaram-se critérios padrão para o diagnóstico de AVC e identificaram-se os principais fatores de risco vascular. Em todos os estudos, os doentes foram seguidos durante, pelo menos, três meses. Foi calculada a incidência bruta do primeiro AVC na vida e a incidência ajustada para a população portuguesa (Census de 2011) e para a população padrão europeia de 2013. Determinou-se ainda a letalidade aos 28 dias.

Resultados: A incidência bruta de AVC foi de 3,05, 2,48 e 2,06 por 1000 habitantes/ano, respetivamente nos períodos de 1998-2000, 2009-2011 e 2022-2024. Após padronização para a população portuguesa (Census 2011) os valores foram de 3,34, 2,12 e 1,27, respetivamente. Globalmente, observa-se uma diminuição de 18,7% nas taxas brutas entre 1998-2000 e 2009-2011, e de 16,9% entre 2009-2011 e 2022-2024, o que corresponde a reduções de 36,5% e 40,1%, respetivamente, quando analisamos as taxas padronizadas.

Quando analisamos por sexo observa-se um padrão semelhante nas taxas brutas, com incidências de 3,04, 2,54 e 2,24 nos homens e de 3,05, 2,44 e 1,90 nas mulheres o que corresponde uma redução de 16,4% e 11,8% nos homens, e de 20,0% e 22,1% nas mulheres. Nas taxas padronizadas as reduções são de 33,6% e 34,7% nos homens e de 39,8% e 44,5% nas mulheres.

A letalidade aos 28 dias foi de 15,5%, 16,2% e de 15,6%, em cada um dos períodos.

Conclusão: Globalmente a incidência de AVC na zona rural diminuiu entre 1998 e 2024, aproximando-se da incidência das zonas urbana, enquanto a letalidade se manteve relativamente constante.

Compromissos: Trabalho sob financiamento da Bolsa da Sociedade Portuguesa do AVC

CO9 | IMPACTO DO INTERNAMENTO EM UNIDADE DE AVC EM PORTUGAL: UMA SUBANÁLISE DO ESTUDO PANORAMA-AVC

Ana Rita Sacramento¹, Cristina Duque² Carolina Guerreiro³, Diana Melancia³, Jorge Ferreira³, Mafalda Delgado Soares³, Tiago Oliveira³, Jorge Mimoso⁴, Luís Soares⁴, Mauro Santos⁴, Dulcília Sá⁵, Tiago Valente⁵, Bruna Rodrigues Barbosa⁶, Bruno Bonito⁶, Ruben Reis⁶, Ana Rita Castro⁷, Daniela Oliveira⁷, Luís Fonto⁷, Sónia Matos Tomé⁷, Emanuel Araújo⁸, Bárbara Rodrigues⁹, Inês Carmo e Pinto⁹, João Pedro Marto⁹, Sofia Calado⁹, Janice Alves¹⁰, Joana Barbosa¹⁰, Rui Matos¹⁰, Carla Fonte¹¹, Catarina Borges Silva¹¹, Ricardo Almendra¹¹, Isabel Vinhas¹², Núria Cande¹², Bernardo Silvério¹³, Joana Rodrigues¹⁴, Nuno Catorze¹⁴, Teresa Oliveira¹⁴, Ana Teresa Rocha¹⁵, Francisco San Martin¹⁶, Nuno Oliveira¹⁶, Carla Henriques¹⁷, Marina Coelho¹⁷, Joana Louro¹⁸, Manuel Xavier¹⁸, Helena Vilaça¹⁹, João Rocha¹⁹, Diogo Damas¹, João André Sousa¹, Patrícia Almeida¹, Gonçalo Mesquita²⁰, Sara Pinto²⁰, Ana Gomes²¹, Catarina Silva²¹, Hugo Ventura²¹, Patrícia Gomes²², Ana Paula Fidalgo²³, Ana Verónica Varela²³, Catarina Frias²³, Inês Simões²⁴, Denis Gabriel²⁵, Lénia Silva²⁵, Diana Cruz²⁶, Mariana Morais Dias²⁶, Ana Pastor²⁷, Luísa Fonseca²⁷, Mariana Branco²⁸, Mariana Guimarães Rocha²⁸, Mariana Rocha²⁸, Pedro Almeida²⁸, Nuno Inácio²⁹, Vasco Fonseca, Carmélia Rodrigues^{30,39}, Sabina Azevedo³⁰, Ricardo Reis Veloso³¹, Jorge Cotter³², Sara Freitas³², Cláudia Ferro³³, Henrique Delgado³⁴, Carla Ferreira³⁵, João Saraiva³⁵, Cátia Carmona³⁶, Margarida Andrade³⁶, Maria Brás Monteiro³⁶, Catarina Coelho³⁷, Sandra Tavares³⁷, Andreia Meseiro³⁸, Miguel Costa³⁹, Beatriz Valado⁴⁰, Paulo Ávila⁴⁰, Fernando Salvador⁴¹, Vanessa Costa Pires⁴¹, Inês Ambrioso⁴², Sara Nicolau⁴², Susana Santos⁴², Abílio Gonçalves⁴³, Sónia Campos⁴³, Pedro Miguel Lopes⁴⁴, Diogo Duarte Dias⁴⁵, Filipe Jorge Alfaiate⁴⁵, Luísa Rebocho⁴⁵, Margarida Massas⁴⁵, Sandra Lucas⁴⁵, Carolina Barros⁴⁶, Joo Patrício Freitas⁴⁶, Pedro Rebelo Freitas⁴⁶, Roberto Franco⁴⁶, Tiago Freitas⁴⁶, Liliana Pereira⁴⁷, Miguel Rodrigues⁴⁷, Miguel Simões Rodrigues⁴⁷, Sandra Palma⁴⁷, Teresa Santana⁴⁷, Amélia Nogueira Pinto⁴⁸, André Rego⁴⁸, Teresa Mesquita⁴⁸, João Freitas Silva⁴⁹, Teresa Fonseca⁴⁹, Juan Urbano⁵⁰, Lorena Lozano Real⁵⁰, Joana Costa⁵¹, Ana Lúcia Oliveira⁵², Elisa Campos Costa⁵², Patrícia Grilo⁵², Ivanna Ostapiuk⁵³, João Correia⁵³, Jorcélio Vicente⁵³, Maria João Lima¹, Rita Noversa¹, Jorge Poço⁵⁴, Miguel Alves, Ilda Matos⁵⁵, Raquel David Cabaços⁵⁶, Soraia Proença e Silva⁵⁶, Mariana Nápoles⁵⁷, Pedro Costa⁵⁷, Rosa Mendes⁵⁷, Cátia Isabel Amador Albino⁵⁸, Cláudia Vicente⁵⁸, Mónica Silva⁵⁸, Diana Aguiar Sousa², Alexandre Amaral e Silva⁵⁹, João Vasco Santos⁶⁰, Vítor Tedim Cruz¹, João Sargento Freitas¹

1 - Unidade Local de Saúde de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 - Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Hospital de Pedro Hispano; 3 - Centro Hospitalar de Lisboa Central, Hospital de São José; 4 - Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Hospital de Portimão; 5 - Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro; 6 - Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Hospital de Nossa Senhora do Rosário; 7 - Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, Hospital de São Sebastião; 8 - Centro Hospitalar de Leiria; 9 - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz; 10 - Centro Hospitalar De Setúbal; 11 - Centro Hospitalar De Trás-Os-Montes E Alto Douro, Unidade Hospitalar de Vila Real; 12 - Centro Hospitalar do Médio Ave, Unidade Hospitalar de Famalicão; 13 - Centro Hospitalar do Médio Ave, Unidade Hospitalar de Santo Tirso; 14 - Centro Hospitalar do Médio Tejo, Unidade de Abrantes; 15 - Centro Hospitalar Do Nordeste, Unidade Hospitalar de Bragança; 16 - Centro Hospitalar do Oeste, Unidade de Peniche; 17 - Centro Hospitalar do Oeste, Unidade de Torres Vedras; 18 - Centro Hospitalar do Oeste, Unidade de Caldas da Rainha; 19 - Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Hospital Padre Américo; 20 - Centro Hospitalar Póvoa de Varzim - Vila do Conde, Unidade da Póvoa de Varzim; 21 - Centro Hospitalar Tondela Viseu, Hospital de São Teotónio; 22 - Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira; 23 - Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Hospital de Faro; 24 - Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Hospital de Lagos; 25 - Centro Hospitalar Universitário do Porto, Hospital de Santo António, 26 - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria; 27 - Centro Hospitalar Universitário São João; 28 - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho; 29 - Hospital Beatriz Ângelo; 30 - Centro Hospitalar do Alto Minho, Hospital Conde de

Bertiandos, Ponte de Lima; 31 - Hospital da Horta; 32 - Hospital da Senhora da Oliveira (Guimarães); 33 - Hospital das Forças Armadas, Polo Porto; 34 - Hospital das Forças Armadas, Polo de Lisboa; 35 - Hospital de Braga; 36 - Hospital de Cascais Dr. José de Almeida; 37 - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Hospital de Chaves; 38 - Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, Hospital de Nossa Senhora do Rosário; 39 - Unidade Local Saúde Alto Minho, Hospital de Santa Luzia; 40 - Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira; 41 - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Hospital Distrital de Lamego; 42 - Hospital Distrital de Santarém; 43 - Hospital Distrital Figueira da Foz; 44 - Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada; 45 - Hospital do Espírito Santo de Évora; 46 - SESARAM, Hospital Dr. Nélio Mendonça; 47 - Hospital Garcia de Orta; 48 - Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; 49 - Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Hospital Pulido Valente; 50 - Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, Hospital Santa Luzia de Elvas; 51 - Hospital Santa Maria Maior; 52 - Hospital Vila Franca de Xira, 53 - Unidade de Saúde Local da Guarda; 54 - ULS Nordeste, Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros; 55 - ULS Nordeste, Unidade Hospitalar de Mirandela; 56 - Unidade Local de Saúde Castelo Branco, Hospital Amato Lusitano; 57 - Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Hospital José Joaquim Fernandes; 58 - Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, 59 - CUF Tejo, 60 - CINTESIS

Introdução: As Unidades de AVC (UAVC) fornecem cuidados integrados e multidisciplinares, de modo a reduzir complicações e melhorar a independência funcional pós-alta. Contudo, não se encontra ainda avaliada o alcance destes objetivos e a proporção de doentes que têm acesso a estas unidades em Portugal.

Objetivos: Avaliar o acesso e impacto do internamento em UAVC nacional no resultado clínico aos 3 meses e qualidade de vida auto-avaliada após AVC isquémico ou hemorrágico.

Metodologia: Incluímos todos os doentes internados a 30 de maio de 2023 num hospital do Serviço Nacional de Saúde por AVC isquémico ou hemorrágico parenquimatoso, num estudo prospetivo multicêntrico (PANORAMA-AVC). Aos 3 meses avaliámos por entrevista telefónica estruturada o resultado clínico funcional (graduado pela escala Rankin modificada) e qualidade de vida (pela escala EQ-5D). Realizámos análises uni e multivariável de associações de internamento em UAVC, ajustando para confundidores. Definimos significado estatístico para $p < 0.05$.

Resultados: Foram incluídos 743 doentes, dos quais 311 (41,9%) foram internados em UAVC. O internamento em UAVC esteve associado a maior independência funcional prévia, hábitos tabágicos, *national institutes of health stroke scale* (NIHSS) mais alto e à presença de oclusão de grande ou médio vaso. Em análise multivariável, ajustando para os confundidores identificados, o internamento em UAVC esteve associado a melhor resultado clínico aos 3 meses, OR: 1,44, IC95%: 1.02-2.04, $p=0.036$ e a melhor qualidade de vida no subgrupo cuidados pessoais, β : 0,149, IC95%: 0,022-0,691, $p=0,037$.

Conclusão: Identificámos uma taxa de acesso a internamento em UAVC ainda distante do preconizado para o espaço europeu. O internamento em UAVC demonstrou ser um fator preditor positivo independente na recuperação funcional e num domínio da qualidade de vida, reforçando a necessidade de expandir o acesso a estes cuidados especializados em Portugal.

CO10 | MÉTRICAS DE ACESSO AO TRATAMENTO ENDOVASCULAR EM PORTUGAL: SUBANÁLISE DO PANORAMA-AVC

¹Denis Gabriel, ²João Saraiva, ³Cristina Duque, ^{4,5}Elisa Campos Costa, ⁶Carolina Guerreiro, ⁶Diana Melancia, ⁶Jorge Ferreira, ⁶Mafalda Delgado Soares, ⁶Tiago Oliveira, ⁷Jorge Mimoso, ⁷Luís Soares, ⁷Mauro Santos, ⁸Dulcília Sá, ⁸Tiago Valente, ⁹Bruna Rodrigues Barbosa, ⁹Bruno Bonito, ⁹Ruben Reis, ¹⁰Ana Rita Castro, ¹⁰Daniela Oliveira, ¹⁰Luís Fontão, ¹⁰Sónia Matos Tomé, ¹¹Emanuel Araújo, ¹²Bárbara Rodrigues, ¹²Inês Carmo e Pinto, ¹²João Pedro Marto, ¹²Sofia Calado, ¹³Janice Alves, ¹³Joana Barbosa, ¹³Rui Matos, ¹⁴Carla Fonte, ¹⁴Catarina Borges Silva, ¹⁴Ricardo Almendra, ¹⁵Isabel Vinhas, ¹⁵Núria Cande, ¹⁵Bernardo Silvério, ¹⁶Joana Rodrigues, ¹⁶Nuno Catorze, ¹⁶Teresa Oliveira, ¹⁷Ana Teresa Rocham, ¹⁸Francisco San Martin, ¹⁸Nuno Oliveira, ¹⁸Carla Henriques, ¹⁸Marina Coelho, ¹⁸Joana Louro, ¹⁸Manuel Xavier, ¹⁹Helena Vilaça, ¹⁹João Rocha, ²⁰Diogo Damas, ²⁰João André Sousa, ²⁰Patrícia Almeida, ²¹Gonçalo Mesquita, ²¹Sara Pinto, ²²Ana Gomes, ²²Catarina Silva, ²²Hugo Ventura, ²³Patrícia Gomes, ²⁴Ana Paula Fidalgo, ²⁴Ana Verónica Varela, ²⁴Catarina Frias, ²⁴Inês Simões, ¹Lénia Silva, ²⁵Diana Cruz, ²⁵Mariana Morais Dias, ²⁶Ana Pastor, ²⁶Luísa Fonseca, ²⁷Mariana Branco, ²⁷Mariana Guimarães Rocha, ²⁷Mariana Rocha, ²⁷Pedro Almeida, ²⁸Nuno Inácio, ²⁸Vasco Fonseca, ²⁸Miguel Duarte ²⁹Carmélia Rodrigues, ²⁹Sabina Azevedo, ³⁰Ricardo Reis Veloso, ³¹Jorge Cotter, ³¹Sara Freitas, ³²Cláudia Ferrão, ³³Henrique Delgado, ²Carla Ferreira, ⁴Cátia Carmona, ⁴Margarida Andrade, ⁴Maria Brás

Monteiro, ¹⁴Catarina Coelho, ¹⁴Sandra Tavares, ⁹Andreia Meseiro, ²⁹Miguel Costa, ³⁴Beatriz Valadão, ³⁴Paulo Ávila, ¹⁴Fernando Salvador, ¹⁴Vanessa Costa Pires, ³⁵Inês Ambrioso, ³⁵Sara Nicolau, ³⁵Susana Santos, ³⁶Abílio Gonçalves, ³⁶Sónia Campos, ³⁷Pedro Miguel Lopes, ³⁸Diogo Duarte Dias, ³⁸Filipe Jorge Alfaiate, ³⁸Luísa Rebocho, ³⁸Margarida Massas, ³⁸Sandra Lucas, ³⁹Carolina Barros, ³⁹João Patrício Freitas, ³⁹Pedro Rebelo Freitas, ³⁹Roberto Franco, ³⁹Tiago Freitas, ⁴⁰Liliana Pereira, ⁴⁰Miguel Rodrigues, ⁴⁰Miguel Simões Rodrigues, ⁴⁰Sandra Palma, ⁴⁰Teresa Santana, ⁴¹André Rego, ⁴¹Teresa Mesquita, ²⁵João Freitas Silva, ²⁵Teresa Fonseca, ⁴²Juan Urbano, ⁴²Lorena Lozano Real, ⁴³Joana Costa, ⁵Ana Lúcia Oliveira, ⁵Patrícia Grilo, ⁴⁴Ivanna Ostapiuk, ⁴⁴João Correia, ⁴⁴Jorcélio Vicente, ³Maria João Lima, ³Rita Novera, ¹⁷Jorge Poço, ¹⁷Miguel Alves, ¹⁷Ilda Matos, ⁴⁵Raquel David Cabaços, ⁴⁵Soraia Proença e Silva, ⁴⁶Mariana Nápoles, ⁴⁶Pedro Costa, ⁴⁶Rosa Mendes, ⁴⁷Cátia Isabel Amador Albino, ⁴⁷Cláudia Vicente, ⁴⁷Mónica Silva, ⁶Diana Aguiar Sousa, ⁴⁸Alexandre Amaral e Silva, ⁴⁹João Vasco Santos, ³Vítor Tedim Cruz, ²⁰João Sargento Freitas

¹Unidade Local de Saúde de Santo António, ²Unidade Local de Saúde de Braga, ³Unidade Local de Saúde de Matosinhos, ⁴Hospital de Cascais Dr. José de Almeida, ⁵Unidade Local de Saúde do Estuário do Tejo, ⁶Unidade Local de Saúde de São José, ⁷Unidade Local de Saúde do Algarve, ⁸Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, ⁹Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho, ¹⁰Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga, ¹¹Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, ¹²Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, ¹³Unidade Local de Saúde da Arrábida, ¹⁴Unidade Local de Saúde de Trás-Os-Montes e Alto Douro, ¹⁵Unidade Local de Saúde do Médio Ave, ¹⁶Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, ¹⁷Unidade Local de Saúde do Nordeste, ¹⁸Unidade Local de Saúde do Oeste, ¹⁹Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, ²⁰Unidade Local de Saúde de Coimbra, ²¹Unidade Local de Saúde da Póvoa de Varzim/ Vila do Conde, ²²Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões, ²³Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, ²⁴Unidade Local de Saúde do Algarve, ²⁵Unidade Local de Saúde Santa Maria, ²⁶Unidade Local de Saúde de São João, ²⁷Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho, ²⁸Hospital Beatriz Ângelo, ²⁹Unidade Local de Saúde do Alto Minho, ³⁰Hospital da Horta, ³¹Unidade Local de Saúde do Alto Ave, ³²Hospital das Forças Armadas, Polo Porto, ³³Hospital das Forças Armadas, Polo de Lisboa, ³⁴Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, ³⁵Unidade Local de Saúde da Lezíria, ³⁶Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego, ³⁷Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, ³⁸Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, ³⁹SESARAM, Hospital Dr. Nélio Mendonça, ⁴⁰Unidade Local de Saúde Almada-Seixal, ⁴¹Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra, ⁴²Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo, ⁴³Unidade Local de Saúde de Barcelos/Esposende, ⁴⁴Unidade de Saúde Local da Guarda, ⁴⁵Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, ⁴⁶Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, ⁴⁷Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, ⁴⁸CUF Tejo, ⁴⁹CINTESIS, Universidade do Porto

Introdução: Nos últimos 9 anos as equipas envolvidas no tratamento do AVC têm realizado um notável esforço para que o acesso ao tratamento endovascular seja generalizado à população. Entre 2015 e 2017, o acesso registado em Portugal foi um dos maiores a nível europeu, embora com elevada heterogeneidade regional e no tempo de transferência inter-hospitalar, de acordo com dados do EVT-PT.

Métodos: O estudo PANORAMA-AVC é um estudo prospetivo que registou todos os acidentes vasculares cerebrais internados em unidades de internamento agudo públicas do nosso país, a 31 de maio 2023, com *follow-up* de 6 meses e retenção próxima de 80%. Nesta subanálise centrada nos doentes com AVC isquémico candidatos a tratamento endovascular, compararam-se os tempos de atuação por distrito de residência e por admissão primária ou secundária em centro de trombectomia. Para os transferidos, foi calculado um rácio entre o tempo mediano decorrido entre portas e a distância média em quilómetros ao centro de trombectomia mais próximo.

Resultados: Num total de 640 doentes com AVC isquémico, 120 cumpriram critérios de elegibilidade, tendo sido realizada trombectomia em 115 (95.8%). Registou-se uma maior proporção de trombólise nos doentes candidatos a tratamento endovascular (36 vs. 14%), assim como maior proporção de internamento em Unidade de AVC (76 vs. 43%), em especial nos doentes admitidos primariamente em centro de trombectomia (92%). O tempo mediano segunda porta-catéter foi de 28 (19-49) minutos nos doentes transferidos e o tempo mediano segunda porta-catéter foi de 88 (67-101) minutos nos doentes com admissão primária. O tempo mediano *door-in-to-door-in* foi de 165 (132-224) minutos, com tempos medianos ainda superiores a 120 minutos em transferências realizadas nas principais regiões metropolitanas. Os rácios tempos/distância calculados não refletem as distâncias, mas a distribuição do número de tratamentos realizados por distrito foi reduzida.

Discussão: Em comparação com os tempos registados no estudo EVT-PT, registou-se uma redução mediana de 19 minutos no tempo porta-catéter em doentes primariamente admitidos em centro de trombectomia e de 16 minutos no tempo porta-catéter em doentes transferidos, cumprindo-se genericamente as recomendações de <90 minutos no primeiro caso e <60 minutos no último. Ademais, registou-se um elevado acesso a trombectomia a nível nacional, em linha com a recomendação europeia de acesso superior a 95%. Estes são, também, os doentes que proporcionalmente se encontram mais próximos da recomendação de acesso a Unidade de AVC (>90%).

CO11 | HEMORRAGIA SUBARACNOIDEIA ANEURISMÁTICA: MODELO PREDITIVO DE VASOSPASMO UTILIZANDO UNIDADES HOUNSFIELD, NÍVEIS DE CLORETO E HEMORRAGIA INTRACEREBRAL

Mariana D. Gomes¹, Henrique M. C. Cardoso^{2*}, João Saraiva¹, Tiago Gil Oliveira^{1,2,3}, Miguel Quintas-Neves^{1,2,3}

¹Departamento de Neurorradiologia, Unidade Local de Saúde (ULS) de Braga, Braga, Portugal. ²Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), School of Medicine, University of Minho, Braga, Portugal.

³ICVS/3B's—PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães, Portugal.

Introdução: A Hemorragia Subaracnoideia Aneurismática (HSAa) é uma condição grave e potencialmente fatal, devido a rotura de um aneurisma cerebral, e que pode levar a isquemia cerebral tardia, frequentemente devido a vasospasmo angiográfico. A predição de ocorrência de vasospasmo é essencial para melhorar a orientação terapêutica e, conseqüentemente, o *outcome* clínico dos doentes.

Objetivos: Avaliar o valor preditivo de vários parâmetros clínicos, analíticos e imagiológicos para predição de vasospasmo em doentes com HSAa.

Metodologia: Foi realizado um estudo retrospectivo unicêntrico que incluiu doentes com HSA submetidos a uma tomografia computadorizada inicial até 24 horas após o ictus. Foram recolhidos dados clínicos e analíticos, e feita a medição das Unidades Hounsfield (UH) na cisterna interpeduncular, de forma independente, por dois observadores. Foi efetuada a análise estatística para identificar preditores significativos de vasospasmo.

Resultados: A ocorrência de vasospasmo foi observada 40,0% dos doentes (46/115), sendo que *odds ratio* para vasospasmo por cada aumento de 5 HU foi de 1,253 (IC 95%: 1,044–1,504; $p = 0,016$). Foram também encontradas associações estatisticamente significativas entre a ocorrência de vasospasmo e a presença de hemorragia intracerebral (HIC) ($p = 0,01$), as UH na cisterna interpeduncular ($p = 0,002$) e os níveis de cloreto à admissão ($p = 0,004$). O modelo preditivo que combina estas três variáveis, demonstrou uma elevada especificidade e sensibilidade, com uma área sob a curva de 0,742 (IC 95%: 0,649–0,836, $p < 0,001$).

Conclusões: Este estudo identificou preditores significativos de vasospasmo em doentes com HSAa, destacando os valores de UH, a presença de HIC e níveis aumentados de cloreto. O modelo preditivo combinado destes fatores demonstrou aumentar a capacidade preditiva, com o objetivo de estratificar doentes de alto risco, possibilitando um seguimento personalizado e intervenções mais atempadas. Estudos multicêntricos prospectivos são recomendados para validar estes achados e incorporar este modelo na prática clínica.

CO12 | EXPERIÊNCIA COM ANDEXANET ALFA NA REVERSÃO DA HIPOCOAGULAÇÃO EM DOENTES COM HEMORRAGIA INTRACRANIANA: UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA

Carolina Gavancho^{1,3} | Marisa Mariano² | Diana Aguiar de Sousa² | Ana Paiva Nunes²

1- Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde São José. Lisboa, Portugal. 2- Unidade Cerebrovascular, Unidade Local de Saúde São José. Lisboa, Portugal. 3- Departamento de Neurociências, NOVA Medical School, Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, Portugal.

Introdução: O andexanet alfa é uma forma recombinante modificada do fator Xa (FXa). Está aprovado para reversão da hipocoagulação com anticoagulantes orais diretos com atividade anti-FXa, especificamente rivaroxabano e apixabano, em doentes com hemorragia não controlada e/ou com

risco de vida. Estudos em doentes com hemorragia intracraniana (HIC) têm mostrado menor expansão do hematoma no grupo tratado com andexanet, ainda que uma maior taxa de eventos trombóticos. Não parece produzir diferenças em termos de mortalidade.

Objetivos: Apresentar e analisar os doentes com HIC tratados com andexanet alfa num hospital terciário em Lisboa.

Metodologia: Recolha e análise retrospectiva de dados provenientes dos doentes tratados com andexanet alfa num hospital terciário em Lisboa, até dezembro de 2024, por hemorragia intracraniana.

Resultados: Dos doentes admitidos por hemorragia intracraniana, seis realizaram reversão da hipocoagulação com andexanet alfa, com a dose baixa ou alta de acordo com a posologia e a hora da última toma do fármaco anti-FXa. Todos eles estariam previamente hipocoagulados por fibrilhação auricular, dois com rivaroxabano e quatro com apixabano. Quatro doentes apresentavam hematomas profundos e dois doentes apresentavam hematomas lobares, de dimensões variáveis. Foi atingida hemostase adequada na totalidade dos doentes, mediante ausência de expansão do hematoma em exame de controlo nas primeiras 24 horas, ausência de agravamento clínico significativo e ausência de necessidade de terapêutica de resgate na mesma janela temporal. Em dois doentes, foram identificadas, em ressonância magnética realizada posteriormente para estudo complementar etiológico do hematoma, pequenas lesões cerebrais presumivelmente isquémicas, sem tradução clínica. Não foram identificados, neste grupo de doentes, eventos trombóticos clinicamente significativos. Dois doentes faleceram com intercorrências infecciosas, não relacionadas diretamente com o evento neurológico.

Conclusões: Os resultados apresentados refletem uma experiência de vida real favorável com o andexanet alfa no que diz respeito ao alcance de uma hemostase adequada nos doentes com HIC, tendo sido utilizado perante hematomas com diferentes características, sem evidência de expansão dos mesmos e sem eventos trombóticos clinicamente evidentes a reportar. Continua a ser importante prosseguir com estudos no sentido de reforçar estes dados e esclarecer os pontos que têm sido menos assegurados, como as complicações trombóticas e o impacto desta terapêutica na mortalidade, bem como definir a janela temporal para reintrodução da hipocoagulação nestes doentes.

CO13 | REPETIÇÃO DE TC-CE ANTES DE INICIAR HIPOCOAGULAÇÃO PÓS-AVC: NECESSIDADE OU EXCESSO?

Sofia Marinho Pinto, Daniel de Araújo, Joana Menezes Barbosa, Alexandre Aldomiro, Gonçalo V. Bonifácio
Serviço de Neurologia, ULS Arrábida

Introdução: Perante um AVC isquémico de origem cardioembólica ou em doentes hipocoagulados, é por vezes necessário adiar o início da hipocoagulação pelo risco hemorrágico associado à fase aguda. Apesar da repetição de TC-CE antes de iniciar a hipocoagulação não estar prevista nas guidelines atuais, este exame é frequentemente realizado para aumentar a segurança clínica da decisão. No entanto, a exposição a radiação não é inócua, pelo que devem ser pesados os riscos e benefícios da utilização de exames de imagem.

Objetivos: Identificar se a realização de TC-CE antes de iniciar hipocoagulação leva a alteração do plano previamente estabelecido nos doentes sem transformação hemorrágica às 24 horas; caracterizar a abordagem de introdução de hipocoagulação nos doentes com transformação hemorrágica às 24 horas.

Métodos: Análise retrospectiva dos doentes internados por AVC isquémico cardioembólico ou previamente hipocoagulados na Unidade AVC e Serviço de Neurologia de um hospital distrital entre 01/12/2020 e 12/12/2024. Foram excluídos os doentes que iniciaram hipocoagulação imediatamente após a TC-CE de controlo, que nunca iniciaram hipocoagulação, cuja hipocoagulação foi iniciada noutra hospital, ou cujo diagnóstico de cardioembolismo foi realizado após o internamento.

Resultados: Foram incluídos 77 doentes, sendo 39 (51%) do sexo feminino, com idade média de 76.2 anos, dos quais 54 (70%) não apresentavam transformação hemorrágica na TC-CE às 24 horas. Destes, 4 (7%) não tinham lesão no exame de imagem, 6 (11%) tinham lesão lacunar, e 44 (82%) tinham lesão não-lacunar. 6 (11%) dos doentes não repetiram TC-CE, nenhum dos quais faleceu no internamento ou apresentou complicações hemorrágicas. Dos 48 (89%) sem transformação hemorrágica que repetiram TC-CE, realizada em média 6,35 dias após o evento, a hipocoagulação foi

protelada em 8 (17%) casos, 6 por transformação petequial, 1 pela presença de uma nova lesão com transformação hemorrágica, e 1 por aumento da extensão do AVC. A hipocoagulação foi introduzida em média 6,3 dias após o evento nos casos em que não houve alteração do plano previamente estabelecido, e 17,1 dias após o evento nos restantes. Dos 23 doentes com transformação hemorrágica precoce, todos apresentavam lesão não-lacunar, repetiram em média 2,39 exames de imagem, o último dos quais em média 20,1 dias após o evento, e iniciaram a hipocoagulação em média 35,6 dias após o evento. Nenhum dos doentes sob hipocoagulação teve hemorragia intracraniana maior.

Conclusão: Na nossa amostra, não pareceu haver benefício em repetir TC-CE antes da introdução de hipocoagulação nos doentes com AVC lacunar. Por outro lado, houve uma percentagem significativa dos doentes com AVC não-lacunar em que a repetição de TC-CE levou ao protelamento da hipocoagulação. Não é claro que transformações mínimas ou petequiais devam atrasar a introdução de hipocoagulação, e considerando que nenhum dos doentes em que não se repetiu a TC-CE teve complicações hemorrágicas documentadas, a nossa abordagem atual poderá ser demasiado conservadora. Na presença de transformação hemorrágica precoce, poderá ser razoável protelar a repetição de TC-CE de controlo, de modo a reduzir o número de exames de imagem realizados sem benefício.

CO14 | DADOS DO MUNDO REAL SOBRE A SEGURANÇA E EFICÁCIA DA TENECTEPLASE VERSUS ALTEPLASE EM DOENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Sofia Reis Marques¹, Daniel Ferreira², Luís Rufo Costa², Luís Fontão³, José Roriz³, José Nuno Alves¹, Pedro Castro^{4,5}, Carla Ferreira¹

1 - Serviço de Neurologia, ULS de Braga, Braga, Portugal, 2 - Unidade de Neurologia, ULS do Alto Minho, Viana do Castelo, Portugal, 3 - Serviço de Neurologia, ULS de Entre Douro e Vouga, Santa Maria da Feira, Portugal, 4 - Serviço de Neurologia, ULS de São João, Porto, Portugal, 5 - Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

Autor correspondente: Sofia Reis Marques

Introdução e Objetivos: Diversos ensaios clínicos randomizados demonstraram que a tenecteplase (TNK) é segura e, pelo menos, não inferior à alteplase (ALT) quando comparada a eficácia de ambos os trombolíticos. O objetivo primário deste estudo é avaliar os resultados imagiológicos e funcionais após trombólise endovenosa (TE) com TNK em comparação com ALT, numa região do norte de Portugal.

Métodos: Realizamos um estudo observacional retrospectivo multicêntrico em doentes com acidente vascular cerebral isquémico agudo (AVCiA) que receberam TE entre 1 de janeiro de 2020 e 31 de agosto de 2021. Os resultados primários foram a ocorrência de hemorragia intracraniana sintomática (HIS), definida como qualquer hemorragia intracraniana que causasse um aumento do NIHSS ≥ 4 , e o resultado funcional aos 3 meses, avaliado através da escala modificada de Rankin (mRS).

Resultados: Incluímos 520 doentes, dos quais 374 (71,9%) foram tratados com ALT e 146 (28,1%) com TNK. Desses, 247 (47,5%) foram candidatos a trombectomia mecânica (ALT: 182, TNK: 65). Em comparação com os doentes tratados com ALT, um número significativamente maior de doentes tratados com TNK atingiu um mTICI final $\geq 2b$ (84% e 97%, respectivamente, $p=0,009$). A mediana do ASPECTS 24 horas após o tratamento foi inferior no grupo da alteplase [ALT: 8 (4), TNK: 9 (3), $p=0,017$]; numa análise de subgrupos, essa diferença persistiu apenas no grupo de doentes com indicação para trombectomia (7 [3] no grupo ALT versus 8 [2] no grupo TNK, $p=0,001$). Quando se consideraram os doentes com indicação para trombectomia, aqueles tratados com TNK apresentaram pontuações NIHSS significativamente mais baixas após 24 horas (10 [15] no grupo ALT versus 5 [9] no grupo TNK, $p=0,002$) e uma maior taxa de recuperação neurológica precoce (38% no grupo ALT versus 57% no grupo TNK, $p=0,008$). Não se verificaram diferenças no mRS ≤ 2 aos 90 dias (ALT: 46,0%, TNK: 49,3%, $p=0,190$), mesmo após exclusão da análise do grupo de doentes sem indicação para trombectomia. Relativamente à HIS, não se observou diferença significativa entre os grupos (ALT: 16, TNK: 10, $p=0,218$). A mortalidade por todas as causas aos 90 dias foi de 15% no grupo ALT e 16% no grupo TNK. Quando se analisou apenas o grupo de doentes com indicação para trombectomia, o uso de TNK foi um preditor de um mTICI final 2b-3 (*unadjusted odds ratio* 5,759, IC 95% 1,328-24,978, $p=0,019$) e de recuperação neurológica precoce (*unadjusted odds ratio* 2,184, IC 95% 1,220-3,908, $p=0,009$).

Conclusões: O nosso estudo fornece evidência do mundo real sobre a segurança e eficácia comparáveis entre os dois trombolíticos no cuidado agudo do acidente vascular cerebral. Estes dados, assim como as vantagens pragmáticas associadas à TE com TNK, sustentam a sua utilização como uma alternativa razoável à ALT no AVCiA.

CO15 | IMPACTO DO REGISTO ELETRÓNICO DE EPISÓDIO DE CONSULTA PREVIAMENTE À ADMISSÃO HOSPITALAR NA VIA VERDE DE AVC

José Miguel Alves¹, Viktoriya Shkatova¹, Cristiana Silva¹, João André Sousa¹, Carolina Fernandes¹, Ana Inês Martins¹, Ana Catarina Brás¹, Bruno Rodrigues¹, Cristina Machado¹, Fernando Silva¹, João Sargento-Freitas¹, Filipa Vieira², Gustavo Santo¹

1 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal, 2 - Instituto Nacional de Emergência Médica

Introdução : O sucesso da intervenção em fase aguda num evento vascular cerebral depende da ativação precoce e eficiente da cadeia de Via Verde de AVC (VVAVC). O acesso à informação compreensiva do doente e requisição de meios complementares de diagnóstico (MCDs) é geralmente possível apenas após a admissão no Serviço de Urgência (SU). A criação de um episódio de consulta entre o momento da notificação pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e a admissão no SU possibilita o acesso ao historial clínico, incluindo a medicação em uso, e a solicitação de exames antes da admissão hospitalar. Essa abordagem pode reduzir o tempo necessário para a avaliação diagnóstica e a intervenção terapêutica, contribuindo potencialmente para a melhoria do desfecho funcional dos doentes.

Objetivos. Avaliar as métricas de desempenho e o impacto funcional aos 3 meses da implementação de um registo eletrónico de episódio de consulta, entre o momento da pré-notificação de um possível AVC pelo CODU e a admissão do doente no SU.

Métodos: Estudo observacional de coorte histórica. Foram incluídos todos os doentes admitidos no SU e internados na Unidade de AVC (UAVC) de um hospital terciário por AVC isquémico, após a ativação da VVAVC em contexto pré-hospitalar, no período entre 1 de janeiro de 2023 e 30 de setembro de 2024. Os doentes submetidos ao registo eletrónico pré-admissão no SU foram comparados com aqueles que receberam a abordagem convencional. Foram analisadas variáveis demográficas, fatores de risco vascular, métricas de desempenho, estudo de imagem, intervenções terapêuticas reperfusionárias e desfechos funcionais aos 3 meses, avaliados pela *modified Rankin scale* (mRS). Na análise estatística, utilizou-se o teste χ^2 ou o teste exato de Fisher para variáveis categóricas, o teste *t* de Student para variáveis numéricas e regressão logística ordinal ajustada para variáveis confundentes. O nível de significância estatística foi definido como $p < 0,05$.

Resultados: Foram avaliados 183 doentes admitidos na UAVC por AVC isquémico após ativação de VVAVC pré-hospitalar mediada pelo CODU, com idade média de 77.68 ± 10.87 anos, sendo 77 (42.1%) do sexo masculino. Em 72 doentes (39.3%) foi efetuado registo de episódio de consulta prévio à admissão hospitalar, nos restantes 111 (60.7%), a abordagem foi convencional. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas relativamente a variáveis demográficas, fatores de risco vascular, ASPECTS à admissão e realização de antiagregante/anticoagulante prévio. Os doentes com episódio de consulta registada apresentaram um tempo porta-TAC inferior (25.43 ± 11.57 vs 33.86 ± 31.94 minutos, $p=0.013$), mas um tempo porta-agulha (39.81 ± 23.04 vs 33.20 ± 12.44 minutos, $p=0.180$), porta-punção (91.11 ± 30.73 vs 91.23 ± 30.34 minutos, $p=0.981$) e porta-recanalização (123.02 ± 35.16 vs 123.99 ± 37.09 minutos, $p=0.874$) sobreponíveis. Observou-se transformação hemorrágica em 15 (13.6%) doentes com abordagem clássica e em 2 (2.8%) ($p=0.014$) com episódio de consulta registada. O desfecho funcional aos 3 meses foi semelhante nos 2 grupos (OR 1.356 [IC 95%: 0.787 – 2.335], $p=0.273$).

Conclusões: A implementação de um registo eletrónico de episódio de consulta em doentes com AVC isquémico pré-notificados resultou numa redução significativa no tempo porta-TAC e na percentagem de doentes com transformação hemorrágica mas não teve impacto nas restantes medidas de desempenho, nem no desfecho funcional aos 3 meses.

CO16 | PREDITORES DE MAU *OUTCOME* CLÍNICO EM DOENTES COM AVC ISQUÉMICO AGUDO APÓS TROMBECTOMIA MECÂNICA COM RECANALIZAÇÃO BEM-SUCEDIDA

Vítor Rego^{1,2*}, Jorge Ferrão^{1,3*}, Cláudia Gaspar^{1,4*}, Joana Oliveira^{1,4*}, Inês Gil², Francisco Raposo², Isabel Taveira⁵, Hipólito Nzwalo⁶, Maria Helena Gonçalves⁷, Ana Verónica Varela¹, Ana Paula Fidalgo¹, Francisco Bernardo^{1,3}

*Estes autores contribuíram de igual forma para a realização deste trabalho

1 – Unidade de AVC, Hospital de Faro, ULS Algarve; 2 – Serviço de Neurorradiologia, Hospital de Faro, ULS Algarve; 3 – Serviço de Neurologia, Hospital de Faro, ULS Algarve; 4 – Serviço de Medicina Interna, Hospital de Faro, ULS Algarve; 5 – Unidade de AVC, Hospital de Portimão, ULS Algarve; 6 – Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas, Universidade do Algarve; 7 – Departamento de Matemática, FCT, Universidade do Algarve

Introdução: A trombectomia mecânica é uma intervenção eficaz no tratamento do AVC isquémico agudo com oclusão de grande vaso intracraniano. Estudos prévios demonstraram que a taxa de recanalização bem-sucedida (mTICI 2b-3) encontra-se entre os 71% e os 93%. No entanto, uma proporção significativa de doentes não alcança um *outcome* clínico favorável, com taxas de dependência funcional aos 90 dias variando entre os 33% e 40%.

Objetivos: Este estudo visa identificar preditores de *outcome* clínico desfavorável (mRS \geq 3 aos 90 dias) em doentes com AVC isquémico agudo submetidos a trombectomia mecânica com recanalização bem-sucedida (score mTICI \geq 2b).

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo de série consecutiva de doentes com AVC isquémico agudo submetidos a trombectomia mecânica e com score mTICI \geq 2b no período compreendido entre junho de 2023 a junho de 2024 no nosso centro. Foram analisados dados demográficos, clínicos e imagiológicos recorrendo a IBM® SPSS® Statistics. Foram comparados dois grupos consoante a sua pontuação no *modified Rankin scale*: bom *outcome* funcional (mRS $<$ 3) e mau *outcome* funcional (mRS \geq 3). As variáveis com p-value \leq 0,10 na análise univariada foram consideradas para o modelo de regressão logística. Foi considerado significativo um p-value \leq 0,05.

Resultados:

Foram incluídos 66 doentes submetidos a trombectomia mecânica com recanalização bem-sucedida (mTICI \geq 2b). Destes, 31,8% apresentaram bom *outcome* (mRS $<$ 3) e 68,2% mau *outcome* (mRS \geq 3) aos 90 dias. Comparando os dois grupos, os seguintes fatores foram significativamente associados a mau *outcome* na análise univariada: idade avançada, NIHSS à admissão e às 24h mais elevado e presença de transformação hemorrágica no exame TC-CE de reavaliação. Na análise multivariada a idade avançada (OR 1,217; 95% IC 1,075 - 1,378) e um NIHSS elevado às 24h após admissão (OR 1,245; 95% IC 1,096- 1,414) foram identificados como preditores de mau *outcome* funcional.

Conclusões: O nosso estudo identificou a idade avançada e o NIHSS elevado às 24h após admissão como preditores de mau *outcome* em doentes com recanalização bem-sucedida (mTICI \geq 2b) após trombectomia mecânica. A idade avançada, provavelmente pela redução da tolerância à isquémia ou por menor ativação dos mecanismos de neuroplasticidade, limita a recuperação, mesmo em condições otimizadas. A ausência de recuperação precoce (NIHSS elevado às 24h) destaca a necessidade de eventuais intervenções adicionais para melhorar a recuperação funcional e vital destes doentes. Estes fatores refletem a complexidade do prognóstico funcional, mesmo após reperfusão eficaz sendo necessário mais estudos para confirmar os achados e identificar outros fatores de risco, no sentido de, no futuro, desenvolver estratégias personalizadas para estes doentes.

CO17 | TRATAMENTO ENDOVASCULAR EM DOENTES COM AVC MINOR E OCLUSÃO ARTERIAL INTRACRANIANA: EVOLUÇÃO CLÍNICA E FATORES PREDITORES DE AGRAVAMENTO

Alexandre Roldão Alferes¹, Carolina Maia², Carolina Fernandes¹, Ana Brás¹, Ana Inês Martins¹, Luciano Almendra¹, Carla Cecília Nunes¹, Cristina Machado¹, Bruno Rodrigues¹, César Nunes², Ricardo Veiga², Gustavo Santo¹, Fernando Silva¹, Egídio Machado², João Sargento-Freitas¹, João André Sousa¹

1 – Serviço de Neurologia, ULS Coimbra. 2 – Departamento de Neurorradiologia, Serviço de Imagem Médica, ULS Coimbra

Introdução: A maioria dos AVCs minor (NIHSS ≤ 5) tem evolução clínica benigna. Contudo, nos casos associados a oclusão arterial verifica-se uma considerável taxa de incapacidade e mortalidade ao fim de três meses.

O tratamento agudo ideal para esses doentes é ainda indeterminado, não existindo recomendações bem definidas sobre a indicação para trombectomia.

Objetivos: Caracterizar uma população de doentes com AVCs agudos minor e oclusão arterial intracraniana nos quais a trombectomia foi realizada *ab initio* e identificar possíveis preditores de má resposta clínica.

Metodologia: Estudo de coorte retrospectivo, unicêntrico, constituído por doentes com AVC isquémico agudo minor e oclusão arterial intracraniana submetidos a tratamento endovascular. Foram colhidas variáveis demográficas, clínicas, imagiológicas e terapêuticas. Compararam-se os doentes que apresentaram melhoria ou estabilização do NIHSS entre a admissão e a alta hospitalar com aqueles que registaram um agravamento do mesmo durante este período. Por fim, realizou-se uma regressão logística binária para identificar possíveis preditores de agravamento do NIHSS.

Resultados: Foram identificados 108 doentes com AVC agudo minor e oclusão arterial submetidos a trombectomia. Destes, 23 (21.3%) realizaram também fibrinólise endovenosa. Dez doentes (9.3%) apresentaram transformação hemorrágica sintomática e três (2.8%) faleceram.

Em 19 doentes (17.6%) verificou-se uma trajetória de agravamento do NIHSS (mediana 3,0 \pm intervalo inter-quartil 2,0 para 12,0 \pm 11,0), 19 (17.6%) mantiveram valores de NIHSS estáveis (2,0 \pm 3,0) e em 70 (64,8%) observou-se uma melhoria (4,0 \pm 1,0 para 1,0 \pm 2,0).

Os fatores de risco vascular, a classificação etiológica TOAST e o local da oclusão (circulação anterior VS posterior) não apresentaram relação com a evolução clínica. Da mesma forma, a fibrinólise endovenosa (EV) não demonstrou associação com a trajetória clínica dos doentes.

A presença de oclusão em tandem, a ausência de recanalização eficaz (TICI final $\leq 2a$) e a presença de transformações hemorrágicas após trombectomia mostraram uma relação estatisticamente significativa com o agravamento do NIHSS ($p = 0,012$; $p < 0,001$ e $p < 0,001$, respetivamente). Na regressão logística, verificou-se que estas variáveis se comportaram como preditores de má resposta clínica: presença de oclusão em tandem (OR 144,24; IC95% 2,25-9267,66; $p=0,012$), TICI final $\leq 2a$ (OR 250,51; IC95% 4,81-13045,27; $p = 0,006$) e presença de complicações hemorrágicas após a trombectomia (OR 303,47, IC95% 1,24-74126,78; $p = 0,042$).

Conclusões: A maioria dos doentes com AVC minor e oclusão arterial intracraniana apresentou evolução clínica favorável após tratamento endovascular. Contudo, um em cada seis evoluiu com agravamento clínico. A mortalidade não foi desprezível. As oclusões em tandem, a ausência de recanalização arterial eficaz e as transformações hemorrágicas parecem ser fatores preditores de uma trajetória clínica desfavorável, embora o tamanho reduzido da amostra limite a qualidade desta conclusão, como se pode ver pelos elevados intervalos de confiança obtidos.

CO18 | DIFERENÇAS NO DESFECHO FUNCIONAL ENTRE DOENTES COM ETICI 2B50 E 2B67 APÓS TROMBECTOMIA MECÂNICA

Rita de Sousa¹, Carolina Maia¹, César Nunes¹, Ricardo Veiga¹, Carolina Fernandes², Ana Brás², Carla Cecília², Bruno Rodrigues², Luciano Almendra², Cristina Machado², Gustavo Santos², Fernando Silva², João Sargento-Freitas², Egídio Machado¹

1-Neurorradiologia, Serviço de Imagem Médica, ULS Coimbra, 2-Serviço de Neurologia, ULS Coimbra

Introdução: A qualidade da reperfusão após tratamento endovascular de AVC isquémico da circulação anterior é classificada segundo a escala modificada de TICI (mTICI). Níveis superiores como TICI 2c e 3, estão associados a melhores resultados funcionais aos 90 dias. Surgiu a hipótese de que a subdivisão da classificação TICI 2b em 2b67 (67-89% de reperfusão) e 2b50 (50-66%), poderia ser relevante considerando que pacientes nessas categorias poderiam apresentar graus distintos de recuperação funcional, uma questão ainda não completamente esclarecida.

Objetivos: Determinar se a classificação TICI 2b67, em comparação com TICI 2b50, está associada a melhores desfechos funcionais aos 90 dias, medidos pela escala de Rankin modificada (mRS).

Metodologia: Foi realizada uma análise retrospectiva dos doentes do nosso centro terciário, com AVC da circulação anterior, submetidos a trombectomia mecânica, com TICl final de 2b, entre janeiro de 2022 e dezembro de 2023.

Foram incluídos 290 doentes. Os estudos angiográficos foram reclassificados como sendo TICl2b50 ou 2b67. Foi avaliado o desfecho funcional (mRS) aos 90 dias. A análise estatística incluiu testes bivariados e regressão logística ajustada para potenciais fatores de confundimento como idade, NIHSS de admissão e ASPECTS.

Resultados: Foram analisados 290 doentes. À data do evento, a idade média era 75 anos e a mediana do NIHSS na apresentação foi de 16. Após tratamento endovascular, 40% dos doentes alcançaram TICl 2b50 e 60% atingiram TICl 2b67. Aos 90 dias, 45% dos pacientes no grupo TICl 2b67 alcançaram independência funcional (mRS ≤ 2), comparado a 23% no grupo TICl 2b50.

Após ajuste para os fatores de confundimento, a análise revelou que o TICl 2b67 está associado a uma diferença estatisticamente significativa ($\beta = -0.982$, $p < 0,001$) a indicar melhores resultados funcionais, relativamente ao TICl 2b50. Adicionalmente, a idade ($\beta = 0.037$, $p < 0,001$) e o NIHSS ($\beta = 0,089$, $p < 0,001$) foram independentemente associados a maiores diferenças no mRS, enquanto o ASPECTS não mostrou associação significativa ($p = 0,956$).

Conclusões: O presente estudo demonstrou que o TICl2b67 está associado a melhores desfechos funcionais em comparação com TICl 2b50. Estes achados sugerem que, em pacientes com AVC de circulação anterior submetidos a trombectomia mecânica, alcançar um grau de reperfusão superior dentro da categoria TICl 2b pode trazer benefícios funcionais significativos. Contudo, mais estudos com amostras maiores são necessários para confirmar o impacto clínico destas subcategorias de reperfusão, considerando o equilíbrio entre benefícios funcionais e potenciais riscos.

CO19 | PERFIS DINÂMICOS DO PROTEOMA NO PLASMA DE DOENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO DE ACORDO COM O PROGNÓSTICO FUNCIONAL

Alexandre Dias^{1,2}, John Ronnholm³, Sophia Weiner³, Catarina Guedes Vaz⁴, Ana Moutinho^{1,2}, Ricardo Varela⁴, Rui Felgueiras⁴, Joana Lopes⁴, Pedro Castro⁵, Bruno Carvalho⁵, Manuel Correia^{2,4}, Carla Oliveira^{1,6}, Rui Magalhães², Henrik Zetterberg³, Johan Gobbom³, Luís F. Maia^{1,2,4}

1- Instituto de Investigação e Inovação em Saúde (i3S), Universidade do Porto, Porto, Portugal, 2- Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), Universidade do Porto, Porto, Portugal, 3- Instituto de Neurociências e Fisiologia, Departamento de Psiquiatria e Neuroquímica, Universidade de Gotemburgo (UGOT), Gotemburgo, Suécia, 4- Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Porto, Portugal, 5- Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal, 6- Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto (IPATIMUP), Porto, Portugal

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de morte e incapacidade no mundo. Para combater este problema, um diagnóstico e tratamentos agudos precoces são cruciais. A Trombectomia Mecânica (TM) melhorou o tratamento do AVC isquémico (AVCi), mas, apesar de 85% de recanalizações bem-sucedidas, menos de 50% dos doentes têm desfecho favorável. Nos últimos anos, os biomarcadores sanguíneos têm sido sugeridos como moléculas com o potencial para ajudar na estratificação de doentes e no prognóstico do AVCi.

Objetivos: Explorar as alterações dinâmicas do proteoma sanguíneo de doentes de AVCi e identificar novos biomarcadores que tenham relevância na previsão do desfecho funcional do AVCi.

Metodologia: Incluímos 78 doentes consecutivos admitidos na vvAVC do nosso centro com AVCi por oclusão de grande vaso e com recanalização bem-sucedida após TM (mTICl $\geq 2B$). Os doentes foram avaliados aos 3 meses após AVCi e divididos de acordo com um desfecho funcional favorável ou desfavorável (*modified Rankin Scale* aos 3 meses < 3 , ou sem variação da linha basal). Destes doentes, selecionámos 227 amostras de plasma colhidas em três pontos-temporais distintos, admissão (T_0 , $n=78$), pós-TM (T_1 , $n=76$) e 24h pós-TM (T_2 , $n=73$), para serem analisadas através de *Label-Free Quantification proteomics*. Selecionámos as proteínas de interesse através de modelos de regressão linear mistos considerando como efeitos fixos o sexo e o ponto-temporal, e como efeito aleatório o próprio doente. Utilizámos modelos de *Machine Learning* para prever o desfecho funcional.

Resultados: Dos 78 doentes incluídos, 34 (43,6%) apresentaram bom prognóstico aos 3 meses. Estes eram mais novos (69,1 [DP:12,01] vs. 75,5 [DP:10,96], $p=0,0186$), pontuavam menos na escala NIHSS

T₀ (p=0,219) e T₂ (p<0,0001) e mais na escala ASPECTS T₂ (p=0,0006). Foram detetadas 811 proteínas em pelo menos metade dos doentes de cada grupo. Os modelos de regressão identificaram 76/811 proteínas cujos perfis dinâmicos distinguem doentes com bom e mau desfecho funcional. Identificámos dois perfis dinâmicos de biomarcadores, um que apresentava um aumento progressivo nos doentes com mau desfecho e outro que aumentava progressivamente nos doentes com bom desfecho funcional. As proteínas no primeiro perfil associam-se predominantemente ao metabolismo de carboidratos e no segundo ao metabolismo lipídico. Por fim, desenvolvemos quatro modelos de previsão com base em três proteínas enriquecidas no desfecho desfavorável e nove enriquecidas nos doentes de desfecho favorável, que apresentaram AUCs (*Area Under the Curve*) entre 0.74-0.97.

Conclusões: Os resultados indicam alterações significativas na expressão de proteínas ao longo do tempo, que variam de forma distinta entre doentes com bom e mau prognóstico. As vias metabólicas mais representadas ao longo da fase aguda do AVC distinguem doentes com bom e mau prognóstico, sugerindo processos fisiopatológicos distintos detetáveis no plasma. Os perfis de expressão proteica permitiram obter painéis de biomarcadores clinicamente relevantes, com alta capacidade discriminatória. Se validados, estes biomarcadores afiguram-se como contributos importantes à medicina de precisão. Este, é um dos primeiros e mais extensos estudos longitudinais que utilizam proteómica exploratória em amostras de doentes AVCi.

Compromissos: Esta investigação foi financiada pelos projetos “NORTE-01-0247-FEDER-047043” e “FCT- UI/BD/153607/2022”.

CO20 | PATIENT-REPORTED OUTCOME MEASURES AOS 3 E 12 MESES EM DOENTES COM AVC: ESTUDO PROSPETIVO.

Beatriz Ramos¹, Catarina Vaz¹, Daniela Dinis¹, Francisca Costa¹, José Fins¹, Maria Carlos Pereira¹, Isabel Queirós², Beatriz Pinto¹, Ricardo Varela¹, Pedro Castro³, Bruno Carvalho³, Ricardo Almendra⁴, Mafalda Perdicoulis⁴, Rui Felgueiras¹, Gabriela Lopes¹, Rui Magalhães², Manuel Correia^{1,2}, Luís Maia^{1,2,5}.

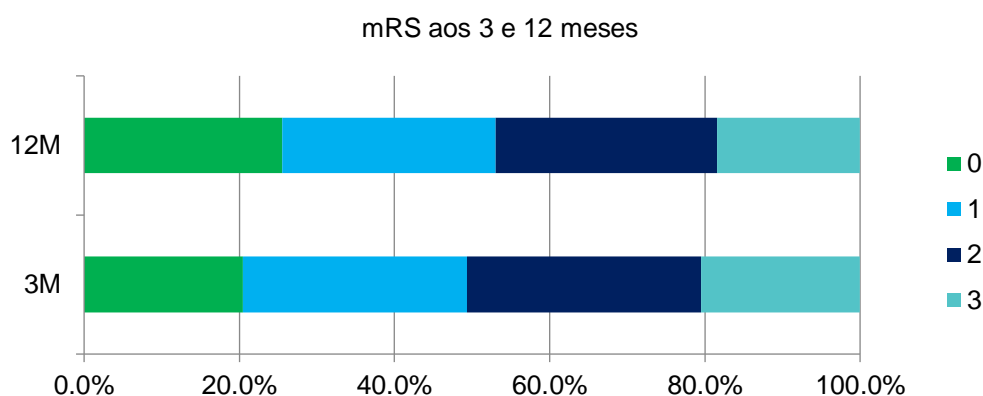
1- Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto, Portugal., 2- Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), Universidade do Porto, Porto, Portugal., 3- Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal., 4- Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal., 5- Instituto de Investigação e Inovação em Saúde (i3S), Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Introdução: A avaliação aos 3 e 12 meses após o AVC inclui habitualmente escalas clínicas e de incapacidade tais como a escala de Rankin modificada (mRS) e uma avaliação descritiva não sistematizada. Os *patient-reported outcome measures* (PROMs) surgem como indicadores da saúde física e mental na perspetiva do doente, importantes na avaliação da qualidade dos cuidados e do sucesso do tratamento.

Objetivos: Caracterizar os PROMs pós AVC e analisar a relação entre as perceções de saúde mental e física do doente e a avaliação médica.

Métodos: Coorte de doentes com AVC isquémico admitidos pela via verde AVC no centro hospitalar entre setembro de 2022 e dezembro de 2023, incluídos no estudo StrokeSensor. Doentes com mRS<4 foram avaliados aos 3 e 12 meses após o evento. Os PROMs foram preenchidos pelo doente, de acordo com as guidelines da ICHOM. Os PROMs incluem uma componente de saúde física global (GPH) e uma componente de saúde mental global (GMH). Foram ainda recolhidos sistematicamente dados demográficos e clínicos. Realizámos uma análise de variância e usámos o coeficiente de Spearman para correlacionar GPH e GMH com o mRS, ajustada para idade e sexo.

Resultados: Foram incluídos 496 doentes com AVC Isquémico. Excluindo óbitos (n=93), doentes seguidos noutros hospitais (n=76) e faltas (n=44), foram realizadas 283 consultas aos 3 meses (199 presenciais e 84 telefónicas). Foram preenchidos 146 PROMS tendo os doentes uma idade média de 68,2±13,0 anos, sendo 50,0% mulheres. Dos doentes com PROM aos 3 meses, 98 preencheram o PROM aos 12 meses. Na figura apresenta-se a incapacidade funcional dos doentes:



Aos 3 meses, 88,4% dos doentes conseguia andar sem ajuda, 95,2% conseguia usar a casa de banho sem ajuda, 93% conseguia vestir-se sem ajuda, 80% não tinha dificuldade em falar ou compreender o que lhe é dito e nenhum doente necessitava de sonda para alimentação. Nos doentes com PROMs aos 3 e 12 meses, a proporção de valores GPH abaixo do normal aumentou de 24,5% para 35,7% ($p=0,019$), mas não se encontraram diferenças na proporção de valores abaixo do normal na GMH (23,5% vs. 26,5%).

Observámos uma correlação negativa entre o mRS e as subescalas GPH e GMH, aos 3 e aos 12 meses ($p<0,001$). Aos 3 meses, observou-se uma tendência linear negativa entre o GPH e o mRS, enquanto que no GMH apenas observámos diferenças entre os mRS 0 e 1 e os mRS 2 e 3. Estes resultados mantêm-se consistentes após ajustar para o sexo e idade.

Conclusões: Na perspetiva do doente, há um agravamento do estado físico após os 3 meses que não se verifica no mRS. A correlação negativa entre o mRS e as subescalas de saúde física e mental dos PROMs sugerem que as limitações funcionais mais graves estão associadas a perceções negativas da saúde e bem-estar do doente. Apesar da maioria dos doentes apresentar resultados funcionais favoráveis, cerca de 35% apresenta perceções negativas sobre a saúde física. Estes resultados sublinham a importância de incorporar o PROMs na prática clínica, promovendo uma abordagem mais detalhada e centrada no doente.

CO21 | RECOMENDAÇÕES PARA INTERFACE CÉREBRO-COMPUTADOR, IMAGÉTICA MOTORA E REALIDADE VIRTUAL NA REABILITAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR APÓS AVC: ESTUDO PARTICIPATIVO

Inês Oliveira^{*1,2}, Miguel Russo¹, Ana Isabel Almeida¹, Athanasios Vourvopoulos³, Carla Mendes Pereira^{1,4}

¹Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal ²Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, Lisboa ³Instituto Superior Técnico, Lisboa ⁴Comprehensive Health Research Centre, Lisboa

Introdução: O compromisso da função do Membro Superior (MS) representa uma das sequelas mais prevalentes após AVC, com cerca de 70% dos sobreviventes a apresentar limitações residuais, 40% limitações persistentes e apenas 5 a 20% com recuperação da destreza nos primeiros seis meses após AVC. A reabilitação do MS é complexa dada a natureza multifatorial das limitações e progressão não-linear ao longo do tempo. A complementaridade da reabilitação motora com Interfaces Computador-Cérebro (ICC) revela resultados promissores, permitindo um treino direto do sistema nervoso central, mesmo na ausência de movimentos ativos. Adicionalmente, a combinação com Imagética Motora (IM) e Realidade Virtual (RV) permite o reforço de esquemas motores, estimulação multisensorial e a prática repetitiva de tarefas. No entanto, não se encontram definidas orientações para o seu desenho e adequação às necessidades dos utentes e contextos clínicos.

Objetivos: Desenvolver recomendações para intervenções de ICC-IM-RV para a reabilitação do MS após AVC informadas pelo conhecimento tácito de especialistas em reabilitação, utentes com AVC e engenheiros biomédicos.

Metodologia: Um estudo qualitativo multiperspetivo foi realizado através de *workshops* colaborativos, envolvendo especialistas em reabilitação, utentes com AVC e engenheiros biomédicos, selecionados por amostragem intencional. Esta metodologia inovadora visou envolver ativamente as partes

interessadas no desenvolvimento de soluções para intervenções de saúde complexas. A análise foi realizada através de análise temática reflexiva.

Resultados: Foram realizados 6 workshops, com 33 participantes (13 especialistas; 17 utentes; 3 engenheiros). Com base nos temas emergentes da análise, estabeleceram-se as seguintes recomendações: R1- As intervenções ICC-IM-RV devem ser orientadas por uma equipa interdisciplinar, através de uma abordagem centrada no utente, baseada em preferências, necessidades e objetivos individualizados; R2- Os critérios de seleção devem incluir a incapacidade do MS, avaliação cognitiva e da comunicação, avaliando a capacidade de IM, heminegligência e depressão; R3- As tarefas realizadas devem basear-se preferencialmente em atividades da vida diária, incluindo tarefas unilaterais e bilaterais, possibilitando personalização na seleção; R4- A intervenção deve ser estruturada em níveis de dificuldade progressiva, começando com movimentos simples e grosseiros e aumentando a complexidade através das características do movimento, exigência cognitiva e dificuldade da IM; R5- Devem ser mantidos níveis ótimos de motivação através da variabilidade da tarefa, elementos de gamificação e adequação do nível de exigência da tarefa; R6- As modalidades de feedback visual, háptico e proprioceptivo devem ser adequadamente ajustadas às características do utente, não induzindo sobrecarga sensorial ou cognitiva.

Conclusões: As recomendações apresentadas permitirão a otimização do desenvolvimento e impacto da tecnologia na reabilitação do MS. Estudos futuros devem ter em conta as diferentes variáveis identificadas permitindo analisar a relação entre as características de utentes com AVC, da tarefa de IM, dimensões de feedback sensorial e paradigmas da tecnologia.

Compromissos: O estudo é integrado no projeto NOISyS, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (DOI: 10.54499/2022.02283.PTDC).

Agradecimentos : Os autores agradecem a todos os participantes que participaram no estudo.

CO22 | COMUNICAR EFICAZMENTE COM A PESSOA COM AFASIA: SERÁ NECESSÁRIO TREINAR AS EQUIPAS HOSPITALARES? UM ESTUDO DE CASO.

Mariana Cardoso dos Santos Coelho, Pedro Sa-Couto, Ana Rita Pinheiro, Maria da Assunção Coelho de Matos

Instituição: Universidade de Aveiro – Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Introdução: A afasia surge muito frequentemente como resultado de um Acidente Vascular Cerebral e pode afetar gravemente a capacidade de comunicação das pessoas, com impacto nas suas interações sociais e reabilitação. A comunicação eficaz entre profissionais de saúde e pessoas com afasia (PCAs) é crucial para permitir uma intervenção centrada na pessoa e obter resultados mais efetivos, com consequente melhor qualidade de vida.

Objetivos: Avaliar o conhecimento dos profissionais da equipa do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação (MFR) do Hospital do Mar, Lisboa, acerca do conhecimento, atitudes e estratégias para comunicar com PCAs, e investigar o impacto de formações específicas sobre o tema neste conhecimento.

Métodos: A pesquisa foi realizada no Hospital do Mar, Lisboa, à equipa do Serviço de MFR, incluindo profissionais clínicos (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala e neuropsicólogos) e outros profissionais da equipa não clínicos (animadores socioculturais, técnicos auxiliares de fisioterapia e auxiliares de terapia) (N=30), e foi dividida em duas fases. Na Fase 1, realizou-se um estudo exploratório, qualitativo, através da metodologia de *focus group*, com o intuito de identificar necessidades e barreiras na comunicação destes profissionais com PCAs. Os dados obtidos foram sujeitos a uma análise temática. Na Fase 2 foi realizado um estudo experimental misto, pré-pós intervenção, onde foram ministradas 2 formações, uma de tipologia teórica e outra prática, ambas baseadas no programa *Supported Conversation for Adults with Aphasia (SCA™)*, e avaliados os conhecimentos dos profissionais envolvidos em múltiplos momentos, através da escala *Aphasia Attitudes, Strategies, and Knowledge Survey* - versão portuguesa (AASK-VP). Para análise dos dados recorreu-se ao programa SPSS Statistics, versão 28.

Resultados: Na Fase 1, os resultados sugerem concordância entre os grupos profissionais nas principais dificuldades na comunicação com as PCAs, nomeadamente na compreensão do que é dito pelas PCAs, o desconhecimento em como facilitar a comunicação e em como garantir que as PCAs

compreendem o que é transmitido. Na Fase 2, relativamente ao conhecimento sobre a afasia, observou-se que os profissionais não clínicos necessitaram de ambas as formações para atingirem os mesmos conhecimentos dos profissionais clínicos no momento inicial (prévio às formações). Foi ainda possível constatar que quem tem menor experiência profissional com PCAs, no final das formações igualou o conhecimento de quem tem maior experiência. Relativamente ao conhecimento de estratégias de comunicação, os resultados mostram que apenas os profissionais com menor experiência melhoraram significativamente com a formação prática. Foi também visível que quanto menor o grau académico maior é a melhoria do conhecimento de estratégias. Por fim, observou-se que quem é clínico, tem maior grau académico e tem maior experiência em comunicar com PCAs evidencia um maior conforto e à vontade em fazê-lo. **Conclusão:** A capacitação da equipa dos profissionais do Serviço de MFR do Hospital do Mar, Lisboa, revelou-se importante para melhorar o conhecimento, atitudes e estratégias promotoras da eficácia da comunicação com PCAs, sobretudo naqueles com pouca experiência profissional, o que poderá promover uma reabilitação mais inclusiva e eficaz.

Agradecimentos: Agradece-se a colaboração do Instituto Português da Afasia.

CO23 | FATORES PREDITORES DA MARCHA EM DOENTES APÓS AVC – POTENCIAL DA PASS E DO TCT COMO PREDITORES DA MARCHA 3 MESES APÓS AVC – ESTUDO OBSERVACIONAL LONGITUDINAL PROSPETIVO

Ft. Mariana Barbas Ferreira; 2) Prof. Dr. Beatriz Fernandes; 3) Prof. Dr. Elisabete Carolino; 4) Dr. Raquel David ULS Castelo Branco, Unidade de AVC; Escola Superior de Tecnologia da saúde de Lisboa (ESTesl)

Introdução: Os sobreviventes de AVC frequentemente enfrentam consequências neuro-motoras a longo prazo. O prognóstico funcional e a definição de objetivos terapêuticos durante a fase inicial são essenciais na gestão e potenciação da condição clínica após AVC. A marcha independente é um objetivo central no processo de recuperação do paciente após AVC, sendo um fator determinante da autonomia, participação social e qualidade global de vida.

Objetivos: Investigar a importância do controlo postural em fase aguda como potencial preditor de marcha independente através das escalas PASS (Postural Assessment Stroke Scale) e o TCT (Trunk Control Teste), avaliados ao 5º dia pós AVC. Contribuindo assim para a identificação precoce do prognóstico funcional e nível de independência de marcha expectável, fortalecendo a definição de objetivos multidisciplinares, a estratégia de gestão clínica e a delineação de um plano de alta fundamentado.

Metodologia: Estudo observacional longitudinal prospetivo que incluiu 43 pacientes com AVC admitidos em Hospital com sistema Via Verde AVC ativo e Unidade de AVC estabelecida. Dados demográficos e clínicos, a escala PASS e TCT foram recolhidos ao 5º dia após AVC. A independência da marcha foi classificada ao 3º mês com a aplicação da escada FAC (Functional Ambulation Categories) utilizando a metodologia de entrevista através de contacto telefónico. Os dados foram recolhidos entre novembro de 2021 e setembro de 2023. Foi utilizada a análise de regressão logística univariada e multivariada para identificar fatores preditores significativos, prosseguida da aplicação de análise da curva ROC (Receiver Operating Characteristics) para determinar a precisão de predição e valores de corte ideais.

Resultados: Dos 43 pacientes incluídos, 64,3% (n=27) alcançaram marcha independente aos 3 meses. A PASS ao 5º dia foi o único preditor significativo de marcha independente (odds ratio = 0.903, 95% IC: 0.832-982). A área sob a curva ROC (AUC) para a PASS foi de 0.746 (IC 95%: 0.587-0.904). O valor de corte ideal para predição de marcha independente foi de 13.50 pontos, com 81.5% de sensibilidade e 33.3% de especificidade.

Discussão/Conclusão: O estudo sugere que a aplicação da PASS ao 5º dia pós AVC poderá ser um preditor significativo de marcha independente aos 3 meses. Uma pontuação da PASS ≥ 13.5 avaliada ao 5º dia sugere uma elevada probabilidade de marcha independente 3 meses após AVC. Conclui-se ainda que, por cada ponto adicional na PASS, decorre um aumento de 9.7% de probabilidade de marcha independente. Os dados concluídos podem contribuir positivamente na tomada de decisão clínica, na definição de objetivos terapêuticos e na gestão da alta hospital, assim como, gerir expectativas e perspetivar o processo futuro individual do paciente e do meio familiar/social

envolvente. Futuros estudos com características amostrais e estatísticas superiores devem ser produzidos para o desenvolvimento e confirmação das conclusões sugeridas.

Compromissos: Sem conflitos de interesse a mencionar.

Agradecimentos: Menção honrosa de agradecimento à equipa pedagógica da Escola Superior de Tecnologia e à equipa profissional integra no Serviço de Medicina Interna – UAVC da ULS Castelo Branco.

CO24 | DISFUNÇÃO ERÉTIL PÓS-AVC, ESTUDO PROSPETIVO A UMA COMPLICAÇÃO AINDA SUBDIAGNOSTICADA E SUBTRATADA

Leandra Fagundes, Sara Bernardo-Castro, Joana Santos, Ana Brás, Ana Inês Martins, Carolina Fernandes, Luciano Almendra, Carla Cecília Nunes, Bruno Rodrigues, Cristina Machado, Gustavo Santo, João André Sousa, Fernando Alves Silva, João Sargento-Freitas
Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução: A disfunção sexual (DS) é uma complicação e/ou comorbilidade frequente do AVC, mas o seu diagnóstico é subvalorizado na prática clínica. Embora os estudos sobre o tema sejam escassos e heterogêneos, a literatura existente aponta para uma prevalência elevada de DS em ambos os sexos, sendo que a disfunção erétil (DE) afeta entre 20% e 77% dos homens que sofreram um AVC. A etiologia

da DS é geralmente multifatorial, envolvendo causas primárias (lesões neurológicas, outras patologias e/ou medicação), secundárias (sequelas motoras, sensitivas e/ou cognitivas) e terciárias (fatores psicológicos).

Objetivos: Avaliar a prevalência de disfunção erétil três meses pós-AVC e identificar os fatores associados.

Metodologia: Realizamos um estudo coorte prospetivo, com avaliação aos três meses após AVC. A população do estudo incluiu doentes do sexo masculino com idades entre 18 e 85 anos, diagnosticados com AVC entre janeiro e setembro de 2024, que estiveram internados num hospital terciário.

Os critérios de inclusão foram: (i) diagnóstico confirmado de AVC isquémico ou hemorrágico; (ii) pontuação na escala mRS (*modified Rankin Scale*) ≤ 3 na data da alta hospitalar; (iii) consentimento do doente. Foram excluídos do estudo os doentes incapazes de responder aos questionários.

A recolha de dados foi efetuada através de questionários aplicados por chamadas telefónicas ou através de uma aplicação móvel, entre abril e dezembro de 2024. Foram recolhidos diferentes resultados reportados pelos doentes (PROMs), que incluíram as escalas de HADs (*Hospital Anxiety and Depression Scale*), PROMIS-10 (*Patient-Reported Outcomes Measurement Information System*), complicações pós-AVC e IIFE-5 (*International Index of Erectile Function*). A disfunção erétil foi definida por um valor ≤ 17 no questionário IIFE-5.

Aplicaram-se testes de análise univariada e, posteriormente, utilizaram-se modelos de correlação e de regressão logística binária. Foi definido significado estatístico para valores de $p < 0,05$.

Resultados: Foram incluídos 91 doentes. Destes, 31 não completaram o seguimento, resultando em uma amostra final de 60 doentes (idade média = 64.61, DP = 10.50). Dos 60 doentes, 32 (53,3%) apresentaram algum grau de DE, sendo que 4 (6,7%) destes desenvolveram DE apenas após o AVC. Entre os 38 doentes que eram sexualmente ativos, 17 (44,7%) relataram agravamento da função sexual após o AVC. Dos 22 doentes sexualmente inativos, 18 (81,8%) indicaram a DE como a principal causa. Apenas 1 doente apresentava um diagnóstico formal de DE. Observamos uma correlação entre a perceção dos doentes do seu estado físico aos 3 meses pós-AVC, através da escala PROMIS, e a presença de DS ($r = -0.349$; $p = 0.006$). De facto, os doentes que reportaram um pior estado físico têm maior probabilidade de apresentar DS (OR = 0.744; IC 95%: 0.567 – 0.976; $p = 0.033$). Verificamos também uma correlação entre um maior número de complicações pós-AVC e o agravamento da situação de DS ($r = 0.326$; $p = 0.011$).

Conclusões: A DE é prevalente em mais de metade dos doentes pós-AVC, com impacto significativo na atividade sexual. A avaliação dos PROMs pode auxiliar na compreensão da DS e na implementação de estratégias terapêuticas personalizadas.

Compromissos: Sem conflitos de interesses a reportar.

P1 | CAUSA OU COINCIDÊNCIA: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR AO FORAMEN OVALE PATENTEFilipa Assis Jacinto¹, Ângelo Fonseca¹, Cristina Duque^{1,2}¹Serviço de Neurologia, ULS Matosinhos – Hospital Pedro Hispano²Unidade de AVC, ULS Matosinhos – Hospital Pedro Hispano

Introdução: O *foramen ovale* patente (FOP) é uma malformação frequente na população e, por vezes, associa-se à etiologia do AVC isquémico. O estabelecimento de umnexo de causalidade e a decisão sobre o seu encerramento dependem de múltiplos fatores. O encerramento do FOP em doentes seleccionados constitui uma estratégia eficaz de prevenção secundária.

A reunião *Brain-Heart* consiste num modelo de grupo multidisciplinar (Neurologia, Cardiologia, Imunohemoterapia, Neurorradiologia e Medicina Interna) para rápida avaliação e orientação de casos complexos cerebrovasculares, permitindo uma abordagem personalizada a cada doente.

Objetivos: Caracterização dos doentes com FOP discutidos na reunião *Brain-Heart* bem como das suas orientações terapêuticas.

Metodologia: Estudo observacional unicêntrico, de coorte retrospectiva, com duração de 3 anos. Foi realizada análise descritiva da orientação dos doentes com FOP.

Resultados: Foram discutidos 43 doentes, 27.9% do sexo feminino com uma idade mediana de 47 anos ([Q3-Q1]: [57.5-42]) à data do evento, para encerramento de FOP. A mediana na escala mRS após-evento vascular foi 1. A classificação PASCAL foi considerada como risco médio em 29 (67.4%) doentes e a mediana da escala RoPE foi 7. Foi recomendado encerramento de FOP em 26 (55.8%) dos doentes. Dos doentes aceites para encerramento de FOP, 5 realizaram monitorização cardíaca prolongada pré-procedimento com deteção de fibrilhação auricular num doente. No grupo dos doentes não aceites para encerramento do FOP: 8 apresentavam elevado risco de desenvolvimento de disritmia, 8 não tinham etiologia relacionada com o FOP e 1 mantinha indicação para hipocoagulação apesar do FOP. Após encerramento de FOP, verificou-se recorrência de evento vascular agudo num doente com documentação de shunt auricular direito-esquerdo em ecocardiograma transtorácico de controlo após procedimento. Objetivaram-se dois episódios de fibrilhação auricular no intervalo de até 6 meses após o procedimento que foram relacionados com a colocação do dispositivo. O valor absoluto da escala RoPE, na nossa amostra, não demonstrou correlacionar-se de forma estatisticamente significativa à etiologia do evento vascular (*p value* 0.106).

Conclusões: A identificação de FOP durante o estudo etiológico de evento isquémico cerebral deve ser cuidadosamente analisada e enquadrada individualmente em cada doente. A utilização de escalas de cálculo de risco de êmbolos paradoxais associados ao FOP (RoPE e PASCAL), apesar de úteis, não devem limitar o estudo e avaliação individualizada de cada doente. A abordagem multidisciplinar permite uma seleção adequada de doentes para o encerramento do FOP.

P2 | ENXAQUECA, AURA E AVC ISQUÉMICO: TRILOGIA EM QUE OS PAPÉIS SE INVERTEM, O DIFÍCIL É PREVERAnabela Câmara¹, Stefanie Moreira², Aurora Costa², José Manuel Araújo², Eduardo Freitas², Carla Ferreira²
(1) Hospital Central do Funchal (2) Serviço de Neurologia da Unidade Local de Saúde de Braga

Introdução: Os eventos neurológicos de início súbito representam um desafio clínico, que abrange uma panóplia de diagnósticos diferenciais que vai para além dos eventos cerebrovasculares agudos, sobretudo em pacientes com história de enxaqueca. Entre as hipóteses a considerar incluem-se entidades como a enxaqueca hemiplégica, a enxaqueca acefálgica, a síndrome de cefaleia e défices neurológicos transitórios com linfocitose do LCR e o enfarte migranoso.

Os fenómenos de depressão cortical alastrante e vasoconstrição cerebral podem desempenhar um papel fundamental nessas entidades. Além disso, a associação entre enxaqueca, particularmente com aura, e foramen oval patente (FOP) tem sido documentada.

Caso Clínico: Mulher de 45 anos com antecedentes de enxaqueca com aura (visual, sensitiva e de linguagem) e perturbação obsessiva compulsiva. Sem fatores de risco vasculares clássicos. Recorreu ao serviço de urgência por alteração súbita da linguagem. À admissão tinha pausas anômicas e parafasias, mas compreensão e repetição intactas. Restante exame neurológico normal.

Ativada a Via Verde de AVC, realizada TC CE de perfusão sem alterações e AngioTAC sem oclusão. No decorrer da realização dos exames desenvolve uma cefaleia de características semelhante à sua enxaqueca habitual, com aura visual.

Por persistência do défice neurológico superior a 60 minutos, fez-se punção lombar. O LCR tinha 5 células, 0,36g/dL proteínas e glicose normal. Efetuou-se EEG, normal. Na manhã seguinte, realizou RM CE que revelou uma área com hipersinal nas ponderações TR longo, predominantemente cortical frontoinsular esquerda, com restrição à difusão das moléculas de água, a traduzir lesão isquémica aguda em território cortical da artéria cerebral média esquerda.

Ficou internada e completou-se investigação etiológica. O estudo analítico alargado foi normal. A avaliação cardíaca com ecocardiograma transtorácico identificou um FOP, confirmado no exame transesofágico, com as seguintes características: 2.9 mm de diâmetro, associado a septo interauricular aneurismático com excursão total de 17 mm, verificando-se inversão do shunt e passagem de bolhas da aurícula direita para a esquerda.

Reavaliada em consulta, apresenta resolução quase total da alteração de linguagem e aguarda encerramento do FOP.

Conclusão: Confirmou-se um evento isquémico embólico em doente com enxaqueca com aura e FOP, ambos fatores de risco em mulheres jovens. Pretendemos ilustrar dois pontos-chave na abordagem dos doentes com esta circunstância clínica: 1) a difícil fase hiperaguda, condensada no tempo breve da janela terapêutica para intervenção vascular, em que são colocadas hipóteses de diagnósticas alternativas, face à clínica e antecedentes, que exigem o recurso a exames complementares muitas vezes não disponíveis ou de gestão complexa no SU; 2) a exaustiva investigação complementar, em particular a exclusão de causas secundárias mais raras e possíveis em idade jovem, a persecução do estudo cardíaco na procura de FOP e análise das suas características para decidir o seu encerramento.

P3 | ANGIOPATIA AMILÓIDE CEREBRAL: UMA ENTIDADE ESQUECIDA, PORÉM MIMETIZADORA DE ACIDENTE ISQUÉMICO TRANSITÓRIO

Joana Araújo Correia¹, Carolina Barros², Tiago Freitas², Pedro Freitas², Hugo Dória³

¹Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde Almada-Seixal, ²Serviço de Medicina Interna, SESARAM, EPE, ³Serviço de Neurorradiologia, SESARAM, EPE

Introdução: A angiopatia amilóide cerebral (AAC) é uma entidade nosológica caracterizada pela deposição progressiva de substância beta-amilóide nas paredes dos vasos corticais e leptomeníngeos. Manifesta-se comumente por episódios neurológicos focais transitórios, também descritos como “amyloid spells”. Tais episódios podem traduzir fenómenos positivos, sugestivos de atividade epiléptica, ou negativos, sendo mimetizadores de acidente isquémico transitório (AIT).

Caso Clínico: Mulher de 68 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia, recorreu ao Centro de Saúde por quadro com 3 horas de evolução de disartria, apagamento do sulco nasogeniano à direita e diminuição da força no membro superior direito. Foi encaminhada de imediato para o hospital pela suspeita de AVC. À admissão não apresentava défices neurológicos lateralizados. Realizou tomografia computadorizada crânio-encefálica com estudo angiográfico que não revelou lesões vasculares agudas. Ficou internada na Unidade de AVC com o diagnóstico provável de AIT de alto risco. Iniciou dupla antiagregação plaquetária.

Durante o internamento, não se objetivou recorrência dos défices neurológicos. Realizou ressonância magnética crânio-encefálica que revelou ausência de lesões vasculares recentes, porém documentou a presença de lesões glióticas confluentes dispersas na substância branca subcortical e periventricular bilateralmente, de predomínio frontoparietal, e inúmeras microhemorragias justacorticais de predomínio parieto-occipital.

Ao apurar a anamnese, a doente acabou por referir que apresentava lapsos de memória frequentes, episódios transitórios lateralizados de parestesias e episódios de afasia com duração aproximada de trinta minutos, com periodicidade trimestral nos últimos dois anos.

Por fim, tendo em conta os achados clínicos e imagiológicos, assumiu-se como diagnóstico provável uma AAC, de acordo com os Critérios de Boston 2.0.

Este caso salienta a importância do diagnóstico diferencial com entidades mimetizadoras de AVC, perante um quadro de défices neurológicos transitórios. A AAC requer uma elevada suspeita diagnóstica a partir de uma anamnese detalhada. Neste caso, a omissão de dados importantes da história clínica, a presença de fatores de risco predisponentes para AIT e de clínica mimetizadora levaram à realização de um diagnóstico erróneo. Embora a AAC não tenha um tratamento específico, o seu diagnóstico é crucial para evitar a instituição de terapêutica desnecessária.

Agradecimentos: Quero agradecer ao Dr. João Patrício Freitas, atual Coordenador da Unidade de AVC do SESARAM, pela partilha de experiência e sabedoria.

P4 | QUANDO A INCERTEZA IMAGIOLÓGICA PREVALECE: DESAFIOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DE LESÃO CAROTÍDEA

Aurora Costa¹, Anabela Câmara², Stefanie Moreira¹, Joana Ferreira Pinto¹, Ana Rita Silva¹, José Nuno Alves¹, Filipa Sousa¹, Carla Ferreira¹

¹Serviço de Neurologia – ULS Braga; ²Serviço de Neurologia - Hospital Central do Funchal

Introdução: A patologia carotídea é uma das principais causas de acidente vascular cerebral. Em indivíduos mais velhos, encontra-se maioritariamente associada a doença ateromatosa ou trombos endoluminais, enquanto em doentes mais novos é necessário considerar primariamente outras etiologias como disseção carotídea ou *carotid webs*. O estudo imagiológico associado à apresentação clínica é determinante para o diagnóstico, mas pode revelar-se insuficiente.

Caso clínico: Sexo masculino, 44 anos de idade, com antecedentes de hipertensão arterial e espondilartropatia seronegativa. Observado por alteração de linguagem com duas horas de evolução. Referia ainda episódios transitórios de alteração visual com lateralidade alternante e duração de segundos, desde há quatro meses. No exame neurológico, apresentava afasia motora, disartria moderada-grave, parésia facial central direita e hemiparesia direita (MRC grau 4) - NIHSS 9. No estudo imagiológico inicial tinha oclusão de M2 esquerdo, pelo que se transferiu de hospital para realização de trombectomia. À admissão, apresentou melhoria clínica com resolução da afasia motora (NIHSS 5). Repetiu estudo de imagem que evidenciou recanalização da ACM esquerda e défice de preenchimento parcial na bifurcação carotídea esquerda, colocando-se como hipóteses trombo endoluminal, *carotid web*, placa aterosclerótica lipídica ou hematoma intramural. Iniciou hipocoagulação, com regressão total dos défices. Manteve hipocoagulação durante quatro semanas e repetiu estudo de imagem que mostrou resolução da lesão na ACI, favorecendo a hipótese de trombo endoluminal. O estudo cardíaco não revelou alterações, pelo que se alterou a prevenção secundária para antiagregação simples.

Conclusões: As decisões terapêuticas na fase aguda do AVC são baseadas na clínica e na apresentação imagiológica. Destaca-se este caso pela decisão de melhor tratamento médico, nomeadamente com hipocoagulação, ainda que não existisse clara evidência para tal. Apenas o estudo de controlo (após tratamento médico implementado) nos permitiu esclarecer a morfologia da lesão carotídea, ainda que a fonte embólica permaneça indeterminada.

P5 | DESAFIOS DIAGNÓSTICOS EM DOENTES COM QUADRO DE ALTERAÇÕES SENSITIVAS ATÍPICAS POR AVC ISQUÉMICO TALÂMICO

Autores: João Santos¹, Tiago Jesus¹, Mafalda Moreira^{1,2}, Gil Nunes^{1,2}, Sónia Costa¹, Vânia Almeida¹, Cândida Barroso¹

Instituição: 1Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde Estuário do Tejo, Hospital Vila Franca de Xira, EPE. 2Laboratório de Neurosonologia, Unidade Local de Saúde Estuário do Tejo, Hospital Vila Franca de Xira, EPE.

Introdução: Devido à complexidade funcional dos núcleos talâmicos, lesões isquémicas agudas neste território podem ter apresentações clínicas variadas, mimetizando outras patologias neurológicas, e, assim, dificultar o seu diagnóstico.

Casos clínicos: Apresentamos dois casos clínicos que se manifestaram com queixas sensitivas isoladas, de início súbito, envolvendo território parcial da face, devido a AVC isquémico agudo talâmico.

Caso 1: Homem de 54 anos, antecedentes conhecidos de tabagismo, hipertensão arterial não medicada, síndrome de *Burnout* e internamento aos 16 anos por suspeita de epilepsia focal (quadro de movimentos involuntários da mão esquerda com progressão ascendente). Recorreu ao SU por episódio de anestesia peribucal à esquerda, com posterior irradiação, gradual, de hipostesia algica ao restante hemicorpo esquerdo, com duração total de 1 minuto, acompanhada por cefaleia holocraniana. Antes do quadro referiu dor torácica e tonturas. Durante o transporte para o hospital, descreve outros três episódios transitórios de parestesias da hemiface esquerda. À admissão, apresentava-se hipertenso, com exame neurológico sem alterações. TC-CE de admissão revelou lesão sequelar na região lenticulo-capsular antero-superior direita; Angio-TC com irregularidade de preenchimento no segmento P3 da ACP direita. Iniciou dupla antiagregação plaquetária. O estudo neurosonológico não revelou alterações relevantes na circulação posterior e a RM-CE confirmou lesão aguda talâmica medial direita. EEG não evidenciou atividade epilética. Foi assumido o diagnóstico de AVC isquémico talâmico direito por doença de pequenos vasos. O doente teve alta assintomático.

Caso 2: Homem de 58 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, dislipidémia, hipertensão arterial, consumo etanólico diário moderado e AVC isquémico lacunar hemisfério esquerdo em 2021, do qual não teve sequelas. Deu entrada no SU por quadro súbito de hipostesia mão esquerda quando se deitou e, ao acordar de manhã, notou extensão da hipostesia para o ombro, região peribucal e canto ocular externo esquerdos. À admissão, o doente apresentava-se hipertenso e com hipostesia no membro superior esquerdo (NIHSS 1). Os exames de neuroimagem da admissão não evidenciaram alterações agudas. Às 48 horas após o início do quadro, repetiu TC-CE que revelou lesão isquémica aguda com características lacunares na vertente inferior do tálamo direito. O restante estudo etiológico não revelou outras etiologias. Foi iniciada dupla antiagregação plaquetária. O doente teve alta com o diagnóstico final de AVC isquémico lacunar direito por doença de pequenos vasos. À data da alta apresentava ainda parestesias nos dedos da mão esquerda.

Conclusão: Os dois casos apresentados exemplificam a variabilidade clínica das lesões vasculares agudas do tálamo, quer na topografia quer na progressão e flutuação dos sintomas, sobrepondo-se a outras doenças neurológicas como epilepsia, enxaqueca e perturbação neurológica funcional. A presença de queixas sensitivas envolvendo a face e hemicorpo podem ser pistas importantes para localizar a lesão aguda, correlacionando-se com a afeção dos núcleos ventro-postero-medial e ventro-postero-lateral do tálamo, respectivamente. Assim, realçamos a baixa suspeição clínica para AVC talâmico e importância da realização de exames de imagem nos casos com sintomas sensitivos atípicos, para início atempado de tratamento dirigido, visto que a semiologia neurológica é insuficiente para o diagnóstico diferencial com outras patologias neurológicas.

P6 | OCLUSÃO DA ARTÉRIA DE PERCHERON: DESAFIOS E CONSIDERAÇÕES TERAPÊUTICAS

Aurora Costa¹; Anabela Câmara²; Stefanie Moreira¹; Luís Rufo Costa³; Sofia Lopes¹; Ana Rita Silva¹; José Nuno Alves¹; Filipa Sousa¹; Carla Ferreira¹

¹Serviço de Neurologia- ULS Braga; ²Serviço de Neurologia- Hospital Central do Funchal; ³Serviço de Neurologia- ULS Alto Minho

Introdução: A artéria de Percheron é uma variante pouco comum que corresponde a um ramo da artéria cerebral posterior responsável por irrigar o tálamo e mesencéfalo anteriormente bilateralmente.

Objetivos: Caracterização e descrição das manifestações neurológicas de doentes observados com oclusão da artéria de Percheron.

Metodologia: Colhidos dados demográficos, clínicos e imagiológicos de doentes com este diagnóstico observados entre 2021 e 2024.

Resultados: Identificaram-se três casos clínicos. O primeiro caso, uma senhora de 77 anos observada por alteração do estado de consciência súbita com evolução de duas horas. Ao exame neurológico, sem resposta ocular após estímulo doloroso, não emitia qualquer palavra e não cumpria ordens. Localizava dor com o membro superior direito e mobilizava o membro inferior direito no plano do leito; membros esquerdos plégicos. Realizou TC CE e estudo angiográfico, sem alterações. Foi administrado Levetiracetam e Flumazenilo; sem melhoria. Realizou RM-CE que revelou lesões talâmicas bilaterais com ténue hipersinal em T2 e restrição de difusão; sem indicação para efetuar trombólise. Apresentou evolução clínica favorável, mantendo apenas uma limitação dos movimentos oculares verticais e uma marcha instável com necessidade de apoio unilateral; ficou com dupla antiagregação. O segundo caso, senhor de 69 anos, observado por queixas súbitas de alteração da visão, da fala e défice de força à direita com uma hora de evolução. Ao exame, apresentava limitação da oculomotricidade, paresia facial central direita e disartria. O estudo imagiológico inicial foi normal. Posteriormente, com agravamento neurológico: sem abertura ocular espontânea, não verbalizava e localizava a dor com os membros superiores. A RM-CE revelou áreas de restrição de difusão nos tálamos, sem tradução em T2-FLAIR, pelo que realizou tratamento trombolítico (tenecteplase). À data de alta, mantinha limitação da oculomotricidade e ficou com dupla antiagregação. O terceiro caso, uma senhora de 94 anos, observada por défice motor direito com evolução de duas horas. Ao exame, sem abertura ocular após estímulo doloroso, com hemianópsia homónima direita e hemiparésia direita (MRC grau 0 no MSD e grau 2 no MID). No estudo de imagem, com estenoses severas da artéria carótida interna bilateralmente, pelo que colocou stent emergente à esquerda. No TC CE de controlo, objetivados enfartes talâmicos bilaterais, tendo iniciado dupla antiagregação. Posteriormente, apresentava uma tetraparesia (MRC grau 3). Como intercorrência, desenvolveu um hematoma abdominal e, após um mês de internamento, acabou por falecer.

P7 | AVC ISQUÉMICO RECORRENTE: UMA ETIOLOGIA PARA ALÉM DO ÓBVIO

Sandra Palma*, Teresa Santana*, Liliana Pereira, Miguel Rodrigues, Augusto Rachão

*Os autores contribuíram de igual forma para o trabalho

Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Almada e Seixal

Introdução: A doença aterosclerótica de grandes vasos é responsável por 10-40% dos casos de AVC isquémico agudo em todo o mundo, associando-se habitualmente a fatores de risco vascular clássicos e a um risco de recorrência de cerca de 25-30% após um primeiro evento. No entanto, várias outras vasculopatias, inflamatórias ou não, genéticas ou adquiridas, com epidemiologia e manifestações clínicas heterogéneas, podem impor dificuldades no diagnóstico etiológico destes eventos.

Caso clínico: Homem de 46 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, cardiopatia com fração de ejeção ventricular esquerda reduzida, excesso de peso, leucoencefalopatia microangiopática crónica, doença renal crónica e hábitos etanólicos e tabágicos marcados. Foi admitido no Serviço de Neurologia após eventos repetidos de início súbito de diminuição da força muscular e da sensibilidade do membro inferior esquerdo, autolimitados, com duração inferior a uma hora. A TC crânio-encefálica inicial revelou lesões isquémicas recentes, maioritariamente em território barreira ACA-ACM à direita, sendo que, em Angio-TC, se verificaram irregularidades do calibre de ambas as ACM, sem claras oclusões. Do estudo etiológico inicial destacava-se elevação da VS (120 mm/h) e RM encefálica com múltiplas lesões isquémicas agudas, corticais e subcorticais, bilaterais, com predomínio direito. Nos estudos vasculares por ecodoppler e angio-RM verificaram-se múltiplas estenoses intracranianas, plurisegmentares, moderadas a graves, que, considerando os antecedentes do doente, foram inicialmente atribuídas a doença aterosclerótica de grandes vasos. No entanto, ao longo do internamento, o doente apresentou deterioração clínica progressiva, com episódios de novos defeitos neurológicos focais, períodos de encefalopatia e uma crise epilética de início focal hemisférico esquerdo. Paralelamente, verificou-se agravamento imagiológico, com novas áreas de isquemia aguda, multifocal, bilateral, o que motivou a consideração de etiologias alternativas

para a vasculopatia verificada. Em angiografia cerebral, verificaram-se múltiplas estenoses focais consecutivas em praticamente todos os leitos vasculares intracranianos, em padrão de “contas do rosário”. Foi realizada PL, com hiperproteínorráquia, mas sem outras alterações, TC-TAP e FDG-PET de corpo inteiro, que excluíram neoplasia e envolvimento de outros leitos vasculares extracranianos. Considerando-se hipótese de vasculite intracraniana, o doente realizou ciclo de Metilprednisolona com estabilidade clínica transitória. Após a realização de biópsia cerebral e leptomeníngea, que identificou infiltrados inflamatórios intramurais em pequenos/médios vasos, estabeleceu-se o diagnóstico etiológico final de vasculite primária do SNC. Foi atingida estabilidade clínica e imagiológica após terapêutica com prednisolona, ciclofosfamida e rituximab.

Conclusões: A vasculite primária do SNC é um subtipo de vasculite com atingimento isolado do SNC, incluindo o encéfalo e, mais raramente, a medula espinhal. Clinicamente, pode apresentar-se com defeitos neurológicos multifocais, sequenciais, crises epiléticas, cefaleia e alterações cognitivas/psiquiátricas. O seu diagnóstico definitivo requer confirmação histológica por biópsia (com infiltrado inflamatório transmural nos vasos estudados), sendo difícil pelo vasto diagnóstico diferencial a considerar. Neste caso em particular, esta dificuldade é acrescida pela presença prévia de múltiplos fatores de risco vascular, salientando a importância da integração de achados clínicos e imagiológicos, e de se reequacionar a possibilidade de diagnósticos alternativos perante evoluções clínicas inesperadas.

P8 | A 1ª LEI DE MURPHY: UMA SUCESSÃO DE EVENTOS INDESEJADOS!

Mariana Santos Silva (1); Ana Constante (1); Helena Vilaça (1); Lindora Pires (1)
(1) Unidade de AVC, Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa

Introdução: O Forâmen Oval Patente (FOP) é uma causa rara de AVC. Em indivíduos jovens, a prevenção de novos eventos pode passar pela correção cirúrgica. Em adultos, a partir da 6ª década, a existência de outras comorbidades e fatores de risco, como o Síndrome de Platipneia-Ortodeoxia (SPO), influenciam a decisão de encerramento percutâneo.

Caso clínico: Mulher de 70 anos, mRS 0. Risco vascular filiado em hipertensão arterial e dislipidemia. Internada no serviço de Ortopedia por fratura dos pratos tibiais direitos após queda de escadote. Submetida a correção cirúrgica no 5º dia de internamento, com instalação no pós-operatório imediato, de défices neurológicos compatíveis com síndrome hemisférico total direito. Ativada via verde AVC intra-hospitalar. TC cerebral sem descrição de lesão aguda e angio-TC tronco supra aórtico a revelar trombo em M1 direito. Transferida para trombectomia mecânica (mTICI 2c) com melhoria dos défices neurológicos. Readmitida na Unidade de AVC (U-AVC) do hospital da área de residência. Documentação de insuficiência respiratória hipoxémica agravada pelo ortostatismo e praticamente revertida com o decúbito a 0º, compatível com ortodeoxia. TC torácico e angio-TC pulmonar negativo para tromboembolismo pulmonar, malformação arteriovenosa e lesão parenquimatosa. Face à presença de SPO por possível shunt intracardíaco, efetua pesquisa de sinais microembólicos por doppler transcraniano que foi positivo em repouso. Ecocardiograma transesofágico a descrever septo interauricular aneurismático e "shunt" exuberante AD>AE após injeção de soro salino agitado EV, em repouso, compatível com FOP. Perante a possibilidade de embolia paradoxal como mecanismo etiológico de AVC, documentada trombose venosa profunda recente do membro inferior esquerdo tendo iniciado hipocoagulação terapêutica. Pela idade e RoPE score baixo sem indicação para encerramento de FOP. Contudo pela presença concomitante de SPO a condicionar insuficiência respiratória refratária, proposta para encerramento percutâneo com implantação de Amplatzer. Indicação pós procedimento para manter hipocoagulação e iniciar aspirina. Verificado encerramento eficaz por ecocardiograma com soro agitado salino e pela resolução da insuficiência respiratória. Às 48h pós encerramento, objectivado penso do local cirúrgico repassado e hematoma na face interna da coxa direita. Contactada Cirurgia Vascular que realizou Ecodoppler com identificação de pseudoaneurisma da artéria femoral comum direita. Após discussão com Cardiologia e Cirurgia Vascular efetuada compressão mecânica e suspensão temporária da hipocoagulação com resolução do pseudoaneurisma em 24 horas. Reiniciou hipocoagulação sem registo de novas intercorrências.

Conclusão: Este caso retrata a aplicação da Lei de Murphy expondo a sucessão de eventos e complicações médicas/ cirúrgicas de uma queda acidental numa doente com shunt intracardíaco.

P9 | AVC ISQUÊMICO APESAR DE ANTICOAGULAÇÃO ORAL – E DEPOIS?

Marta Filipa Graça¹, Maria João Lima¹, Cristina Duque¹

¹Serviço de Neurologia, Hospital Pedro Hispano, ULS Matosinhos

Introdução: Os anticoagulantes orais diretos (DOAC) são globalmente utilizados na prevenção primária e secundária de eventos vasculares cerebrais, em doentes com fibrilhação auricular (FA), devido à sua eficácia e perfil de segurança. No entanto, a ocorrência de eventos embólicos em doentes sob DOAC não é incomum, e pode estar associada à recorrência de AVC. Atualmente, desconhece-se qual a melhor estratégia de prevenção secundária nestes casos.

Objetivos: Estudar as características clínicas, terapêuticas e a estratégia de prevenção secundária adotada, em doentes com AVC isquémico sob anticoagulação com DOAC.

Metodologia: Estudo unicêntrico retrospectivo de coorte, incluindo doentes admitidos entre agosto de 2023 e agosto de 2024, com análise descritiva univariada.

Resultados:

Foram incluídos 40 doentes, 57,5% do sexo feminino, com idade mediana de 83 anos ([Q3-Q1]: 13) e modified Rankin Scale (mRS) mediano de 2 ([Q3-Q1]: 2). O fármaco mais frequentemente utilizado foi o apixabano, em 50,0% dos doentes. Os níveis plasmáticos do DOAC foram doseados em fase aguda do AVC em 77,5% dos casos, sendo que 64,5% destes apresentavam níveis considerados terapêuticos à data do evento vascular.

Em 40% dos doentes foi assumida falência do DOAC, sendo identificadas potenciais causas (estados protrombóticos ou trombos intracardíacos) em apenas 15% dos casos. A etiologia do evento vascular foi predominantemente cardioembólica (55%) e por doença de pequenos vasos em 12,5% dos doentes.

A estratégia terapêutica de prevenção secundária mais frequente foi a troca para outro DOAC, (57,1%), com alteração para um fármaco com diferente mecanismo de ação em 69.6% dos casos. Nos AVCs de etiologia cardioembólica, houve alteração do DOAC em 42,9% dos casos, enquanto nos eventos por doença de pequenos vasos não houve alteração do DOAC.

Conclusão:

Os resultados obtidos no presente estudo demonstram que as causas de AVC isquémico em doentes sob DOAC permanecem frequentemente por esclarecer. A estratégia de prevenção secundária adotada carece de uniformização, observando-se uma tendência para troca entre DOAC, apesar de ausência de evidência. A gestão de casos com possível falência de DOAC constitui um desafio clínico significativo, exigindo otimização da dose terapêutica e investigação de causas alternativas de AVC.

P10 | TROMBOSE VENOSA CEREBRAL APÓS RAQUIANESTESIA: UMA RARA COMPLICAÇÃO

Inês Figueiredo¹, Inês Albergaria², Lénea Porto², Sónia Santos², Ana Gomes²

¹ Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, ² Centro Hospitalar Tondela Viseu

Introdução: A Trombose Venosa Cerebral (TVC) é caracterizada pela formação de coágulos nos seios venosos cerebrais ou em veias cerebrais. Afeta pacientes mais jovens do que outros tipos de acidente vascular cerebral. Os principais fatores de risco dividem-se em hereditários (trombofilias, doenças sistémicas), adquiridos (neoplasias, gravidez/puerpério, infeções) e iatrogénicos (relacionados com a toma de contraceptivos orais, procedimentos neurocirúrgicos ou raquianestesia).

A TVC associada à raquianestesia é uma entidade rara e existem poucos casos descritos na literatura. Sabe-se que a diminuição da pressão do líquido cefalorraquidiano, decorrente da punção, pode levar a alterações hemodinâmicas intracranianas, favorecendo a estase venosa e predispondo à formação de trombos nos seios venosos. A anestesia e a cirurgia associadas podem ativar vias inflamatórias e de coagulação, aumentando, por si só, o risco de trombose.

A clínica da TVC pode traduzir-se com cefaleia intensa e postural que evolui para contínua e difusa, défices neurológicos focais (consoante o local e a extensão da trombose), alteração do estado de consciência, crises convulsivas, náuseas e vômitos.

O diagnóstico faz-se com Angio-TC ou Angio-RMN cerebral.

O tratamento passa pela instituição de hipocoagulação e controlo sintomático.

Caso Clínico: Mulher, de 40 anos, saudável e autônoma. Sem antecedentes pessoais de relevo, não fumadora. Medicada habitualmente com pílula combinada (etinilestradiol 0,02/gestodeno 0,075 mg). Realizou cirurgia de remoção de Neuroma de Morton (ASA I), tendo tido como complicação pós anestésica imediata cefaleia holocraneana, cervicalgia, náuseas e vômitos com o levantar. Por melhoria sintomática após analgesia, teve alta. Durante as 48h seguintes (já no domicílio) apresentou recrudescência sintomática com cefaleia constante, intensidade 9/10, impeditiva do levantar, e associada a fotossensibilidade e náuseas. Recorreu ao Serviço de Urgência e após realização de TC-CE e Veno-TC cerebral confirmou-se trombose do seio lateral esquerdo. Ficou internada na Unidade de AVC para realização de hipocoagulação e estudo de fatores pró-trombóticos, que, até à data, vieram negativos.

À data de alta, sem défices neurológicos e assintomática.

Conclusões: A TSV pode passar despercebida nos casos de raquianestesia, sendo por vezes confundida com a cefaleia pós punção. Este relato tem como objetivo alertar para a possibilidade de a TVC poder complicar o este tipo de procedimento, sublinhar a necessidade de uma avaliação clínica rigorosa e imagiológica em casos suspeitos, uma vez que o seu reconhecimento precoce e a instituição de tratamento adequado, são cruciais para prevenir complicações e melhorar o prognóstico.

P11 | AVC RECORRENTE COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE TROMBOCITEMIA ESSENCIAL

Autores: Mónica Amado, Joana Pereira, Sandra Cunha, Luís Graça Santos, Behnam Moradi, Hélia Martins
Unidade Local de Saúde - Região de Leiria

Introdução: A trombocitemia essencial (TE) é uma neoplasia mieloproliferativa crónica caracterizada por uma megacariopoiese excessiva na medula óssea. Apesar da sua raridade, contribui para cerca de 0.5% dos casos de AVC, devido ao seu alto risco trombótico. O AVC isquémico pode ser uma manifestação inicial desta doença e pode representar um desafio diagnóstico, especialmente quando a contagem de plaquetas $<1000 \times 10^9/L$.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 69 anos de idade, com antecedentes de HTA não medicada, que recorreu ao SU por quadro de tonturas e náuseas com 3 semanas de evolução e episódio de lipotimia 3h antes. Ao exame objetivo, destacava-se discreta diminuição da força muscular na supinação do antebraço direito e nistagmo horizontal para a direita. Analiticamente, hemoglobina 15.6g/dL, plaquetas $623 \times 10^9/L$, leucócitos $14.5 \times 10^9/L$ (neutrofilia 71.9%) e PCR 13mg/L. Realizou TC-CE e RMN que confirmaram enfarte do território da PICA esquerda, focos de isquemia no hemisfério cerebeloso direito e a nível parieto-occipital direito, coexistindo focos de restrição no ventrículo lateral, assim como ligeira hemorragia petequial no sulco parieto-occipital direitos. No estudo etiológico do AVC (avaliação analítica, ecocardiograma transtorácico, ecoDoppler dos vasos do pescoço e Holter 24h) destacou-se apenas a presença de heterozigotia MTHFR C677T e MTHFR A1298C (homocisteína normal), sem dislipidemia associada (colesterol LDL 44 mg/dL). Durante o internamento, apresentou contagem periférica de plaquetas entre $439-933 \times 10^9/L$, tendo o valor mais alto sido registado aquando de intercorrência infecciosa por SARS-CoV2. Teve alta para uma unidade de média duração e reabilitação, ao fim de 38 dias. Cerca de 4 meses depois, recorreu ao SU por hemiparesia do membro superior direito com 24h de evolução. Analiticamente destacava-se hemoglobina 11.8g/dL, plaquetas $855 \times 10^9/L$, leucócitos $12.9 \times 10^9/L$ (neutrofilia 89.9%) e PCR 30.2mg/L. Foi realizada TC-CE que, comparativamente à anterior, apresentava hipodensidade cortico-subcortical fronto-opercular insular esquerda, condicionando apagamento sulcal, tendo sido assumido novo AVC isquémico. Durante o internamento, foi diagnosticada infeção do trato urinário, para a qual cumpriu antibioterapia. Posteriormente, manteve seguimento pela medicina interna (consulta de risco cerebrovascular), apresentando melhoria progressiva da força muscular à direita. Por persistência de trombocitose em avaliação analítica de rotina, foi pesquisada e detetada a mutação V617F no gene JAK2. A doente foi posteriormente seguida em consulta de hematologia, tendo realizado biópsia da medula óssea revelando predomínio do componente de megacariócitos, sem aumento difuso do componente reticulínico ou colagénico. Assim, foi assumido o diagnóstico de TE e iniciada terapêutica com hidroxiureia, apresentando boa resposta citorredutora e sem recorrência eventos cerebrovasculares clínicos até à data.

Conclusões: Este caso destaca a complexidade diagnóstica associada à identificação de uma doença hematológica como etiologia de AVC isquêmico recorrente. A ausência de diagnóstico prévio de TE e a interpretação inicial da trombocitose como reativa, em resposta a eventos agudos como intercorrência infecciosas e/ou eventos cerebrovasculares, contribuíram para o atraso no reconhecimento da doença subjacente. Assim, este caso evidencia como a TE pode ser causa subdiagnosticada de AVC recorrente, particularmente em doentes com trombocitose moderada (contagem de plaquetas $<1000 \times 10^9/L$), sendo fundamental uma abordagem sistemática e multidisciplinar no estudo de AVC de causa indeterminada.

P12 | TROMBOSE VENOSA CEREBRAL COMO APRESENTAÇÃO CLÍNICA DE SÍNDROME MIELOPROLIFERATIVA ASSOCIADA A MUTAÇÃO V617F JANUS KINASE 2: RELATO DE 2 CASOS.

Carla Morgado, Joana Pinto, Leandro Marques, Carla Ferreira, Célia Machado
Serviço de Neurologia, ULS Braga, Braga, Portugal

Introdução: A trombose venosa cerebral (TVC) é pouco frequente, mas potencialmente fatal, e apresenta-se, frequentemente, com cefaleias e alterações visuais. Em 30-35% dos casos, a causa é desconhecida mesmo após investigação etiológica alargada. A causa mais comumente identificada, para além do uso de anticoncecionais, é a trombofilia adquirida ou genética. A TVC associada a síndrome mieloproliferativa é muito rara, afetando menos 5% dos doentes. Apresentamos 2 casos de TVC associada a síndrome mieloproliferativa por mutação V617F Janus Kinase-2 (JAK-2), de forma a reforçar a importância das alterações hematológicas no estudo etiológico da TVC.

Casos clínicos:

Caso 1: Homem, 77 anos, antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, adenocarcinoma da próstata tratado e anemia macrocítica. Admitido por episódio de vômito e crise focal motora, associada a queixas de cefaleias diárias, com aumento progressivo de intensidade e refratariedade à analgesia. Descreve episódio, há 6 meses, de défice de força do hemisfério esquerdo. Na altura estudado com TC e RM cranioencefálicas, com deteção de hemorragias frontais direitas com edema, interpretados como angiopatia amiloide, variante pseudotumoral. No mês prévio ao início das cefaleias teve uma crise epiléptica interpretada em contexto de infeção COVID. À admissão doente não apresentava sinais neurológicos focais. TC cranioencefálica a revelar novo hematoma temporal direito. Do estudo analítico realça-se eritrócitos $3,36 \times 10^6/\mu l$, VGM 97 fl, plaquetas $185 \times 10^3/\mu l$. RM cranioencefálica levanta hipótese de TVC, a envolver seio longitudinal, sigmoide e jugular à esquerda, que foi confirmada em VenotC. Requisitadas imagens dos exames realizados no exterior que confirmam a presença de TVC à data do episódio de hemiparesia esquerda, tendo-se excluído o diagnóstico de angiopatia amiloide, prosseguido o estudo etiológico de TVC e iniciado hipocoagulação com heparina não fracionada. O estudo etiológico permitiu excluir doença neoplásica, autoimune e trombofilias genéticas. O doente teve alta sob DOAC. Dado o antecedente de anemia macrocítica, decidida realização de biópsia da medula óssea que foi compatível com mielofibrose primária. O estudo genético identificou a mutação V617F-JAK-2.

Caso 2: Mulher, 74 anos, antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, hemitiroidectomia direita. Avaliada por queixas de cefaleia e dor cervical esquerda, intensa, com 3 dias de evolução, associada a náuseas, foto e fonofobia, agravada em decúbito. Normotensa e sem sinais neurológicos focais. Analiticamente com hemoglobina 18,8g/dl, hematócrito 57,4%, restantes resultados normais. VenotC cranioencefálica a revelar trombo no 1/3 distal do seio sagital superior, torcula e dos seios transversos e sigmoide à esquerda, bem como da veia jugular ipsilateral. Iniciou tratamento com enoxaparina. O estudo etiológico excluiu neoplasia, doenças autoimunes e trombofilias adquiridas ou genéticas. Dada poliglobulia, sem aumento de eritropoietina, realizada pesquisa de mutação V617F-JAK2, pela suspeita de policitemia vera, com resultado positivo. A doente teve alta sob tratamento com DOAC e hidroxureia.

Conclusões: A mutação V617F-JAK2 pode ser causa de TVC e deve ser estudada sempre que a TVC se faça acompanhar com alterações hematológicas. Os doentes com TVC sem causa identificada devem ser acompanhados e manter os parâmetros hematológicos sobre vigilância, uma vez que as síndromes mieloproliferativas podem ser de difícil diagnóstico.

P14 | OLHAR DUPLICADO: PARESIA TRANSITÓRIA DO OCULOMOTOR APÓS TRATAMENTO ENDOVASCULAR

Sara Gomes¹, Leonor Francisco², Rita Coutinho³, Stefanie Moreira¹, Anabela Câmara⁴, Sofia Xavier³, Carla Ferreira¹, José Nuno Alves¹, Joana Pinto¹

1 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Braga; 2 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho; 3 - Serviço de Neurorradiologia, Unidade Local de Saúde de Braga; 4 - Serviço de Neurologia, Hospital Central do Funchal

Introdução: Existem poucos casos reportados de paresia do oculomotor no contexto do tratamento endovascular de estenose carotídea.

Esta pode ocorrer por hipoperfusão ou embolização do ramo meningo-hipofisário responsável pela irrigação da sua porção média e distal. O tempo até à resolução do quadro é variável.

Pode também acontecer no contexto de síndrome orbitária inflamatória parcial, que engloba perda da acuidade visual, oftalmoparesia, ptose, proptose e quemose. É causada pelo trauma inerente ao próprio procedimento e o seu tratamento passa pela corticoterapia.

Caso Clínico: Homem de 70 anos, autónomo, com antecedentes de dislipidemia, SAOS, doença coronária e hábitos tabágicos no passado. Admitido como via verde AVC após 1 hora do início da sintomatologia. Ao exame neurológico com afasia global, hemianopsia homónima direita, desvio do olhar para a esquerda, paresia facial central (PFC) direita e hemiparesia direita (membro superior plégico e membro inferior MRC grau 3), pontuando 20 na escala de NIHSS.

Realizou TC de crânio sem lesões isquémicas recentes, com hiperdensidade espontânea no topo da artéria carótida interna (ACI) esquerda. A angioTC mostrou oclusão do topo da ACI esquerda e estenose grave a nível cervical.

Submetido a trombólise endovenosa com tenecteplase e a trombectomia com mTICI 3, tendo realizado angioplastia e stenting a nível da carótida cervical.

Ficou internado na Unidade de AVC, com melhoria clínica franca, mantendo apenas PFC direita e discreta pronação do membro superior direito na prova de braços estendidos.

Realizou TC de crânio com conteúdo hiperdenso sulcal com dúvida de se tratar de hemorragia subaracnoideia e/ou extravasamento de contraste, pelo que ficou com antiagregação simples, com indicação para repetir estudo de imagem antes de adicionar o segundo antiagregante.

À reavaliação com pupila esquerda midriática fixa, ptose esquerda, limitação da adução, supra e infradução do olho esquerdo associada a diplopia binocular vertical. Repetiu estudo de imagem que mostrava estenose grave da extremidade distal do stent, sem outras alterações de novo.

Assumida paresia do oculomotor esquerdo associada ao procedimento, de etiologia vascular isquémica versus inflamatória, pelo que foi decidido iniciar o segundo antiagregante e corticoterapia. Avaliado no dia seguinte com resolução da paresia do III par esquerdo, mantendo apenas discreta PFC direita ao exame neurológico. Repetiu TC sem lesões recentes e estudo de perfusão sem alterações marcadas.

O caso foi discutido com neurorradiologia, sem indicação para reintervenção, pelo que teve alta orientado para consulta externa de neurologia.

Conclusão: Este caso pretende demonstrar uma complicação rara e parcamente estudada da trombectomia.

Dada a instalação súbita da sintomatologia, a ausência de sinais inflamatórios periorbitários e a resolução rápida do quadro, a hipótese da etiologia vascular isquémica parece ser a mais provável.

P15 | QUANDO O CÉREBRO E O CORAÇÃO SOFREM: PRES E CARDIOMIOPATIA DE TAKOTSUBO

Anabela Câmara¹, Cátia Araújo², Hugo Mota Dória², Andreia Fernandes¹ e Teresa Aguiar¹

(1) Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar do Funchal; (2) Serviço de Neurorradiologia do Centro Hospitalar do Funchal

Introdução: A fisiopatologia exata da disfunção neurocardiovascular é desconhecida, mas acredita-se que a estimulação simpática, alteração da microvasculatura endotelial e extravasamento de plasma com edema vasogénico associado estejam na base da Cardiomiopatia de Takotsubo e

Encefalopatia Posterior Reversível (Posterior Reversible encephalopathy syndrome - PRES). Esta última pode ser secundária a HTA, uso de imunossupressores ou abstinência de substâncias.

Caso Clínico: Mulher de 63 anos, autónoma com antecedentes pessoais de HTA, asma, hipotireoidismo e dor crónica secundária a múltiplas cirurgias na mão direita e agenesia da mão esquerda. Medicada com levotiroxina 0,075, amitriptilina 10, quetiapina 600, fentanilo 50 mcg/h 72/72h e morfina em SOS.

Trazida ao serviço de urgência por alteração do comportamento. Sinais vitais à admissão: TA 134/90 mmHg, FC 104 bpm e eupneica em ar ambiente. Apresentava discurso confuso de conteúdo delirante e psicótico, pupilas midriáticas e simétricas, sem outras alterações neurológicas. Foi observado episódio, autolimitado, com duração de segundos de pestanejo, movimentos involuntários da boca e clonias do ombro direito. Pela suspeita de crise epiléptica iniciou levetiracetam.

Foram documentadas alterações difusas do segmento ST, ondas T negativas nas derivações pré-cordiais e QT longo com risco de Torsade no ECG. Realizou ecocardiograma com alterações sugestivas de síndrome de takotsubo, com hipocinésia grave de todos os segmentos médio-apicais com depressão ligeira a moderada da função sistólica (Fej 37,6%) e insuficiência tricúspide moderada.

Do estudo analítico realizado, salienta-se hipomagnesemia, subida significativa do pro-BNP, com discreta elevação de troponina; pesquisa de tóxicos na urina positivo para antidepressivos tricíclicos e benzodiazepinas, mas negativo para opióides e etanol de 1,4 mmol/L.

TC-CE que revelou áreas difusas de hipodensidade em topografia cortico-subcortical, fronto-parietal superior bilateral, mais à direita, e parieto-occipital medial bilateral, com discreto apagamento sulcal regional. EEG sem alterações.

Manteve períodos de agitação, com necessidade de sedação para realização de RM-CE que revelou alterações de sinal em T2 e FLAIR interessando essencialmente a substância branca na convexidade cerebral fronto-parietal e parieto-occipital, com padrão bilateral e simétrico a envolver as fibras subcorticais. Estas lesões demonstravam difusibilidade facilitada em DWI, pelo que eram compatíveis com edema vasogénico em contexto de PRES.

Assumido assim, quadro de PRES e Síndrome de Takotsubo concomitante secundário a abstinência de opióides e hipomagnesemia.

Foi realizado tratamento de suporte, suplementação de magnésio e reintrodução dos opióides habituais.

Repetiu ecocardiograma com recuperação da função sistólica do ventrículo esquerdo em 58%, com apenas hipocinesia dos segmentos apicais. Na RM-CE de reavaliação 15 dias depois, verificou-se total involução das áreas de edema vasogénico e foram excluídas complicações isquémicas ou hemorrágicas associadas. Teve alta com exame neurológico normal.

Conclusão: A disfunção autonómica e endovascular poderá ser o mecanismo central que contribui para a PRES e a cardiomiopatia de takotsubo que, neste caso, foi desencadeada pela convergência de hipomagnesemia e abstinência de opióides. Em ambas as entidades, ocorre uma resposta fisiopatológica complexa, com estimulação simpática e alterações microvasculares.

A rápida identificação e tratamento dirigido são essenciais para uma recuperação clínica e imagiológica completa, sublinhando o carácter reversível dessas condições quando abordadas de forma adequada.

P16 | EMBOLIC STROKE OF UNKNOWN SOURCE: QUANDO AS RESPOSTAS TARDAM EM CHEGAR

Juliana Nogueira¹, Joana Cancela², Isabel Rovisco Monteiro³

1 – Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, Aveiro, Portugal, 2 – Departamento de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução: O conceito de ESUS – *embolic stroke of unknown source* engloba o AVC não lacunar criptogénico, cuja etiologia mais provável é embólica. Estão definidos 4 critérios a cumprir para assumir este diagnóstico: AVC não lacunar; ausência de aterosclerose intra ou extracraniana a causar estenose $\geq 50\%$ no território vascular da área de isquémia; ausência de fonte embólica cardíaca de elevado risco; e ausência de identificação de outras causas, tais como vasculite, disseção, vasospasmo ou farmacológicas. A prevalência de ESUS no AVC isquémico é cerca de 20%, com maior frequência no sexo feminino em idades inferiores a 65 anos.

Caso Clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 51 anos transferida de Marrocos por AVC isquémico. Como antecedentes pessoais destaca-se artrite reumatoide, asma e tabagismo ativo, medicada apenas para a asma em caso de crise. Clinicamente apresentava uma hemiparesia esquerda de predomínio braquial. Trazia uma RM-CE a revelar múltiplas lesões isquémicas agudas, predominantemente corticais, envolvendo diferentes territórios vasculares (circulação anterior e posterior). Do estudo realizado destaca-se estudo de vaso com angio-TC CE e cervical e ecografia com

doppler cervical, vertebral e transcraniano que excluiu patologia ateromatosa significativa ou vasculítica. O estudo cardíaco, que incluiu ecocardiograma transesofágico e holter de 24h, não apresentaram alterações, e a pesquisa de shunt cardíaco direito-esquerdo por doppler transcraniano foi negativa. O estudo de líquido foi inocente, No estudo analítico foi identificada uma anemia microcítica hipocrômica ferropénica, com necessidade transfusional. Neste contexto, prosseguiu-se a investigação com endoscopia digestiva alta e baixa, que objetivou uma hérnia do hiato esofágico volumosa já conhecida, e uma TC toracoabdominopélvica sem lesões malignas aparentes. Realizou ainda uma PET-FDG corporal demonstrando um esboço de imagem nodular pericentimétrica na vertente posterior do corpo uterino, à esquerda, com captação ligeiramente aumentada de FDG, de significado indeterminado. Durante o internamento, a doente realizou reabilitação funcional com ligeira melhoria dos défices motores, sem sintomas de novo. O estudo de imagem de controlo por RM-CE confirmou a estabilidade das lesões já conhecidas, sem surgimento de novas lesões. Manteve-se medicada com ácido acetilsalicílico durante todo o internamento e à data de alta.

Conclusões: Estamos perante um caso que cumpre critérios para ESUS, apresentando na investigação subsequente apenas uma lesão nodular uterina com captação anómala de FDG a carecer de esclarecimento, sem outras alterações no estudo realizado. Destacamos o seu caráter simultaneamente desafiante e frustrante por não se conseguir encontrar uma resposta etiológica a um evento funcionalmente impactante, em particular tratando-se de uma doente jovem.

P17 | O AVC AGUDO: ESTUDO DE 5 ANOS NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO CIRÚRGICA DO NORTE DE PORTUGAL

João Correia¹; José Tiago Barros¹; João Correia¹; Arlindo Cruz¹; Fátima Pinho¹; Marco Sousa¹; Fernando Rosa¹; Nuno Araújo³; Líliana Silva^{1,2}; Altina Sandra Domingues¹.

1 – Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde Matosinhos., 2 – CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto., 3 – Instituto Politécnico de Saúde do Norte - CESPU/ESSVA, Gandra.

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de morbilidade e incapacidade a longo prazo globalmente. A gestão eficaz do AVC agudo nos Serviços de Urgência Médico Cirúrgica (SMUC) é crucial para otimizar os resultados clínicos.

Objetivos: Caracterizar a abordagem hospitalar a doentes com AVC agudo atendidos através do Protocolo Via Verde AVC num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica no norte de Portugal.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo de 1153 doentes admitidos através da Via Verde AVC entre 2019-2023. Dados demográficos, clínicos, tratamentos e resultados foram recolhidos de registos eletrónicos. A análise estatística incluiu testes qui-quadrado, ANOVA, *Kruskal-Wallis*, análise de tendências e regressão logística.

Resultados: Observou-se um aumento significativo nas ativações da Via Verde AVC, de 0,28% para 0,31% ($p < 0,05$), corroborado pela análise de tendências ($Z = 3,45$, $p < 0,001$), que indica uma tendência linear significativa de aumento no número de doentes triados em ≤ 10 minutos. O teste qui-quadrado ($\chi^2 = 23,76$, $df = 8$, $p < 0,01$) sugere uma associação significativa entre o ano e o tempo de triagem, possivelmente refletindo alterações na distribuição dos tipos de AVC. O AVC isquémico foi predominante (64,8%, IC 95%: 62,1-67,4%). As taxas de trombólise e trombectomia aumentaram de 21,96% para 27,27% ($p < 0,01$) e de 4,67% para 21,21% ($p < 0,001$), respetivamente. Representando a consistência destes com as diferenças significativas nos tempos médios de triagem entre os anos, conforme indicado pela ANOVA ($F(4, 1090) = 3,82$, $p < 0,01$). Os fatores preditivos de terapia de reperfusão identificados incluíram: idade > 70 anos (OR 1,8, IC 95%: 1,3-2,5) e chegada em 3 horas (OR 2,3, IC 95%: 1,7-3,1). A regressão logística demonstrou associação entre tempos de triagem mais

longos e maior probabilidade de internamento prolongado (OR=1,05, IC 95%: 1,02-1,08, p<0,01). Em 2023, observou-se uma inversão na predominância de género (51,01% mulheres vs 48,99% homens), possivelmente relacionada com diferenças na distribuição dos tempos de internamento (*Kruskal-Wallis*: H=18,23, df=4, p<0,01). Os resultados da ANOVA e da análise de tendências, demonstram diferenças significativas nos tempos de triagem e uma tendência de aumento no número de doentes triados rapidamente, evidenciando a melhoria na eficiência do atendimento ao AVC agudo.

Conclusões: A implementação da VAVC no SMUC melhorou significativamente a abordagem ao AVC agudo. No entanto, é indispensável a melhoria contínua baseada em indicadores de desempenho e na evidência científica atualizada. Consideramos como pontos-chave para este aperfeiçoamento: a gestão eficiente de recursos adaptada às variações nos padrões de admissão, a sensibilização da população sobre sintomas do AVC, o aperfeiçoamento dos sistemas de registo regional e nacional e a análise robusta de resultados a longo prazo e indicadores de qualidade de vida. Recomenda-se que investigações futuras se concentrem na elevação de padrões de cuidados e otimização de processos assistenciais aos doentes com AVC, no SMUC.

P18 | RASTREIO DOS FATORES DE RISCO À POPULAÇÃO NO BAIXO ALENTEJO

Rosa Mendes, Filipa Valente, Susana Góis, Ana Costa, Alexandra Madeira, Pedro Costa, Ana Paula Fidalgo*

Unidade Local De Saúde do Baixo Alentejo; Unidade Local de Saúde do Algarve*

Introdução: O AVC é uma das principais causas de mortalidade no nosso país, no Baixo Alentejo corresponde a 9,3% (INE 2021). A importância da prevenção primária minimizando os fatores de risco cerebrovasculares e a adoção de estilos de vida saudáveis podem reduzir o risco de AVC. No âmbito das comemorações do Dia Nacional do Doente com AVC, realizou-se um rastreio dos fatores de risco cerebrovasculares à população de Beja assim como a avaliação do risco de sofrer AVC a 5 e a 10 anos. Este rastreio foi realizado em conjunto com a Unidade Local de Saúde do Algarve.

Objetivos: Avaliação dos fatores de risco cerebrovascular e risco de AVC a 5 e a 10 anos

Metodologia: inquérito, colheita de dados, medição de pressão arterial, glicemia, colesterol total, peso, perímetro abdominal, aplicativo stroke riscometer, registo do inquérito no Googleforms e extração de dados em excel.

Resultados: Foram inquiridas 94 pessoas, 79% mulheres, idade média 56 anos (18-88 anos), 36% apresentavam excesso peso e 25% eram obesos. A razão cintura/estatura revelou que 80% dos homens e 44% das mulheres apresentavam adiposidade central muito elevada. Cerca de 55% dos inquiridos referiam má adesão à dieta mediterrânea, sendo que 14,9% consumia apenas 1 porção de fruta/verdura por dia e 52,2% pratica exercício físico menos de 1h/semana. Dos inquiridos 36,2% eram ex-fumadores e 22,3% fumadores, 12,8% consumiam mais de 2 bebidas alcoólicas/dia, 3,2% apresentavam sintomas de demência e 41,5% falta de memória. Em relação aos antecedentes pessoais 18% referiam doença cardíaca, 20,2% eram diabéticos, 39,4% hipertensos, 2% tiveram AVC/AIT e 19,2% tinham familiares que sofreram AVC. No dia do rastreio 29,8% encontravam-se hipertensos (destes 50,4% não estavam medicados), 40,4% tinham colesterol total > 200mg/dl, 3,4% glicemia ocasional >200mg/dl e 45,7% apresentaram risco moderado/alto de DM2 a 10 anos.

O risco de sofrer um AVC a 5 anos é de 5,3% (0,4-38,2%) e a 10 anos é de 11% (8,5-78,3%), sendo o risco superior nos homens em relação às mulheres. Analisando os fatores cérebro vasculares das pessoas com risco de sofrer AVC aos 5 anos de >5% e aos 10 anos de > 8,5%, representam 29,8% dos inquiridos, verificando-se que 14,2% são fumadores e 43% ex-fumadores, 21,4% consomem álcool diariamente, 75% praticam exercício menos 1h semana, 57,1% referem má adesão à dieta mediterrânea, 14,3% tem antecedentes familiares de AVC ou enfarte. Destes doentes 82,1% tinham antecedentes de hipertensão, 32,1% eram diabéticos, 39,3% tinham doença cardíaca, 39,3% tem excesso de peso e 35,7% são obesos e todos com adiposidade central elevada. No rastreio 42,3% encontravam-se hipertensos, 42,3% tinham colesterol total >200mg/dl, apenas 1 doente teve glicemia >200mg/dl, e 82% apresentaram risco moderado/alto de DM2 a 10 anos.

P19 | HIPERTENSÃO ARTERIAL EM INDIVÍDUOS COM RISCO AUMENTADO DE DEMÊNCIA: PREVALÊNCIA, CONHECIMENTO, TRATAMENTO E CONTROLO

Estela Ferreira¹, Vítor Tedim Cruz^{2,3}, Ana Rute Costa²

¹ Unidade de Saúde Pública da Unidade Local de Saúde Entre Douro e Vouga, Santa Maria da Feira, Portugal; ² EPIUnit ITR, Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, Universidade do Porto; ³ Serviço de Neurologia, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Senhora da Hora, Portugal

Introdução: A hipertensão é um problema de saúde pública que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, sendo a sua relação com a ocorrência de demência de particular interesse. Dada a prevalência crescente dessas condições, torna-se fundamental compreender a prevalência de hipertensão e os fatores associados ao seu diagnóstico e controlo em indivíduos com elevado risco de demência, contribuindo para o desenvolvimento de políticas preventivas de saúde.

Objetivos: Identificar os principais fatores associados à prevalência, conhecimento, tratamento e controlo da hipertensão em indivíduos com risco aumentado de demência.

Metodologia: Este estudo transversal incluiu 207 adultos portugueses com risco aumentado de demência, que participaram num estudo controlado randomizado de prevenção não-farmacológica do declínio cognitivo. Entrevistadores treinados aplicaram questionários estruturados, realizaram antropometria e efetuaram a medição da pressão arterial. A hipertensão foi definida como pressão arterial $\geq 140/90$ mmHg e/ou o uso de medicamentos anti-hipertensores. Entre os participantes com hipertensão, estimou-se as proporções de indivíduos que não relataram um diagnóstico prévio dessa condição (sem conhecimento da doença), que não estavam em tratamento com medicamentos anti-hipertensores (não tratados) e aqueles cuja pressão arterial era $\geq 140/90$ mmHg (não controlados). Foram estimadas razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança a 95% (IC 95%) através de regressão de *Poisson*, ajustadas para o sexo, idade e escolaridade.

Resultados: Aproximadamente 60% dos participantes eram mulheres e mais de um quarto tinha idade ≥ 75 anos. Dois terços referiram diagnóstico prévio de dislipidemia e três quartos tinham excesso de peso/obesidade. Relativamente ao desempenho cognitivo (MoCA), 22,7% obtiveram uma pontuação entre 1,5 e 2 desvios-padrão abaixo da média esperada para a idade e a escolaridade. No total, 62,6% dos participantes tinham hipertensão. Entre esses, 19,4% não reportou o diagnóstico prévio de hipertensão, 18,6% não estava em tratamento e 41,8% não apresentava a pressão arterial controlada. A prevalência de hipertensão foi mais frequente nos indivíduos do sexo masculino (RP=1,26, IC 95%: 1,02-1,55), nos que referiram diagnóstico prévio de diabetes tipo II (RP=1,34, IC 95%: 1,07-1,66) ou doença cardiovascular (RP=1,24, IC 95%: 1,01-1,54), assim como nos participantes que apresentavam obesidade (RP=1,44, IC 95%: 1,09-1,91). Relativamente à falta de conhecimento sobre a presença de hipertensão, os participantes com bom/muito bom estado de saúde auto-percecionado (RP=2,99, IC 95%: 1,43-6,29) apresentaram esse *outcome* com maior frequência, enquanto o oposto foi observado entre os indivíduos com dislipidemia (RP=0,47, IC 95%: 0,23-0,95). Foi também observada uma associação negativa entre as idades mais avançadas e a falta de conhecimento sobre a existência de hipertensão (≥ 75 anos de idade: RP=0,42; IC 95%: 0,17-1,01). O sexo masculino apresentou hipertensão não controlada com maior frequência (RP=1,88, IC 95%: 1,00-3,53), enquanto um maior rendimento do agregado familiar foi negativamente associado a esse *outcome* (1501-2000€/mês: RP=0,43, IC 95%: 0,19-0,99).

Conclusões: Observou-se uma elevada prevalência de hipertensão e um baixo controlo desta patologia em indivíduos com risco aumentado de demência, as quais estavam associadas a diferentes características sociodemográficas e de saúde. Estes resultados sublinham a importância de promover políticas que priorizem a prevenção e o tratamento eficazes da hipertensão, contribuindo assim para a diminuição da carga de doença cardiovascular e de demência.

Compromissos: Este trabalho foi financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), I.P., através dos projetos com as referências UIDB/04750/2020 e LA/P/0064/2020 (DOI: <https://doi.org/10.54499/UIDB/04750/2020>; <https://doi.org/10.54499/LA/P/0064/2020>). Este projeto de investigação foi apoiado pelo Portugal Inovação Social, e cofinanciado pelo Programa Operacional Inclusão Social e Emprego, Portugal 2020 e União Europeia através do Fundo Social Europeu, bem como pela Câmara Municipal de Matosinhos (POISE-03-4639-FSE-000793). ARC foi financiada por fundos nacionais através da FCT, no âmbito do Programa de Estímulo ao Emprego Científico Individual (2022.03483.CEECIND/CP1732/CT0002; DOI: <https://doi.org/10.54499/2022.03483.CEECIND/CP1732/CT0002>).

P20 | PONTES VASCULARES: QUANDO AMBAS AS ARTÉRIAS CEREBRAIS ANTERIORES EMERGEM DE UMA ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA

Aurora Costa¹, Stefanie Moreira¹, Anabela Câmara², Ana Rita Silva¹, Leandro Marques¹, José Nuno Alves¹, Filipa Sousa¹, Carla Ferreira¹

¹Serviço de Neurologia – ULS Braga; ²Serviço de Neurologia - Hospital Central do Funchal

Introdução: Existem poucos casos descritos de anastomoses envolvendo a ACI e a ACA, de entre os quais se releva uma dominância da ACI direita. A atual prevalência destes casos ronda os 0,086% embora, muito provavelmente, esta possa não corresponder ao valor real. Considerando a crescente facilidade na realização de estudo angiográfico, existe uma tendência para identificarmos mais frequentemente estes casos raros.

Caso clínico: Sexo masculino, 42 anos com antecedentes de reumatismo palindrômico. Observado no serviço de urgência por fraqueza braquial esquerda com três horas de evolução. Ao exame neurológico, apresentava afasia motora, olhar desconjugado (olho esquerdo na posição primária e olho direito em eversão), PFC esquerda e hemiplegia esquerda. Concomitantemente, observaram-se episódios de movimentos involuntários no membro superior direito. Foi medicado com diazepam e levetiracetam, sem clara melhoria do quadro clínico. No estudo de imagem, apresentava disseção do segmento cavernoso da ACI direita, com hipoperfusão em territórios carotídeo direito e da ACA esquerda. Realizou angioplastia e *stenting* da ACI direita. No estudo imagiológico de controlo, não havia evidência de reestenose ou oclusão. Apresentou evolução clínica favorável com regressão total dos défices e ficou medicado com dupla antiagregação.

Conclusões: Assim, o presente caso reflete uma variante pouco frequente em que a ACA tem origem na ACI contralateral, justificando a clínica tipicamente correspondente a território bihemisférico. A importância destas variantes anatómicas reside na sua associação com aneurismas, levando a um risco acrescido de hemorragias subaracnoideias associadas à sua rutura, aspeto a ter em consideração aquando da instituição do tratamento endovascular e da profilaxia secundária.

P21 | QUANDO A VERTIGEM REVELA UMA DISSEÇÃO BILATERAL DAS ARTÉRIAS VERTEBRAIS

Stefanie Moreira¹, Anabela Câmara², Aurora Costa¹, José Manuel Araújo¹, Ana Rita Silva¹, José Nuno Alves¹, Carla Ferreira¹

1- Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde Braga, 2- Serviço de Neurologia, Hospital Central do Funchal

Introdução: A disseção das artérias vertebrais, menos frequente que a das carótidas, torna-se um evento excecionalmente raro quando bilateral. Apesar da raridade, apresenta elevada relevância clínica devido ao risco significativo de isquemia no território vertebrobasilar, frequentemente associado a desfechos neurológicos adversos.

Caso clínico: Homem, 45 anos, sem antecedentes pessoais ou medicação habitual. Recorreu três vezes ao serviço de urgência, com intervalo de dias, por episódios autolimitados de vertigem, náuseas, vômitos, astenia e desequilíbrio com incapacidade de deambulação. No terceiro episódio, também com parestesias na hemiface direita. História de tosse vigorosa por infeção das vias aéreas superiores e recurso a massagens por mialgias dias antes.

Por persistência dos sintomas, com vertigem desencadeada por movimentos cefálicos apesar de assintomático em decúbito, recorreu novamente à urgência. Ao exame neurológico apresentava pupilas isocóricas e fotorreativas, assimetria das fendas palpebrais (direita > esquerda), oculomotricidade preservada e nistagmo horizontal com fase rápida à direita, agravado na dextroversão. A TC-CE e Angio-TC revelaram hipodensidade cerebelosa direita compatível com isquemia subaguda em território da PICA; duplo lúmen e hematoma mural na artéria vertebral direita bem como aspeto filiforme e hematoma mural sem oclusão da vertebral esquerda, sugerindo disseção bilateral das artérias vertebrais.

Iniciou dupla antiagregação. A RM-CE confirmou lesões isquémicas recentes no cerebelo, predominantemente à direita, lesões focais no lado direito do bulbo raquidiano, e disseção bilateral

das artérias vertebrais. Alta ao quarto dia, com exame neurológico normal. Manteve dupla antiagregação por três meses, seguida de antiagregação simples com aspirina.

Conclusões: A apresentação clínica inicial, caracterizada por sintomas inespecíficos como vertigem autolimitada, poderia facilmente ter sido subvalorizada. A etiologia permanece incerta, podendo estar associada a fatores como tosse vigorosa, manipulação cervical ou uma predisposição subjacente, que podem ter atuado isoladamente ou em combinação. De igual modo, é discutível a decisão de prevenção secundária neste doente.

P22 | ASSOCIAÇÃO ENTRE O DIÂMETRO DAS ARTÉRIAS VERTEBRAIS E DOS FORAMINA TRANSVERSOS CERVICAIS E DISSEÇÃO ARTERIAL: ESTUDO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO UNICÊNTRICO

Gonçalo Diniz de Pinho¹, Maria Marques Roque (apresentadora)², Tânia Rafael³, David Passão³, Fátima Soares³, Ana Catarina Fonseca^{2,3}

1 – Departamento de Neurologia, Hospital da Luz, Lisboa, 2 – Departamento de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Santa Maria, 3 – Laboratório de Hemodinâmica Cerebral, Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Introdução: A disseção da artéria vertebral é uma causa importante de AVC da fossa posterior na população jovem. As artérias vertebrais (AVs) partem dos vasos subclávios/braquiocéfálicos e atravessam o interior dos foramina transversos cervicais até ao forâmen magnum, donde transpõem as meninges e irrigam o tronco cerebral e cerebelo. A disseção arterial caracteriza-se pela rotura da túnica íntima ou media do vaso, com formação de um falso lúmen e possíveis complicações (compressão de estruturas adjacentes, hipoperfusão, fenómenos de aterotrombose e embolismo cerebrais). Pode ser traumática nas situações de impacto físico direto ou manipulação/mobilização cervical repetida/vigorosa, ou espontânea na ausência destes fatores (na presença por exemplo de doenças do tecido conjuntivo). Está descrita uma maior frequência de disseção em artérias vertebrais hipoplásicas, mas desconhece-se ainda a dependência relativa destes mecanismos em relação a outros aspetos anatómicos e fisiológicos das AVs, nomeadamente no que toca ao formato ou posição das artérias em relação a outras estruturas.

Objetivos: Este estudo pretende investigar uma possível relação entre as diferenças dimensionais e relação anatómica entre as artérias vertebrais e canais formados pelos foramina transversos cervicais e a ocorrência de disseção.

Metodologia: Foram incluídos todos os pacientes admitidos no nosso centro hospitalar com disseção arterial vertebral unilateral entre 2013 e 2024 que realizaram angio-TC dos vasos supra-aórticos e estudo ecográfico com Doppler das artérias cervicais. O diâmetro máximo dos foramina transversos cervicais foi medido separadamente por 2 investigadores em cada um dos níveis das primeiras 6 vértebras da região cervical, bilateralmente, a partir das imagens de angio-TC. O diâmetro das AVs (segmento V2) foi recolhido das imagens do Eco-Doppler. Os doentes com disseção vertebral traumática direta, bilateral, intracraniana isolada ou carotídea concomitante foram excluídos. Foram realizados testes *t*-student para amostras independentes para determinar as relações entre o diâmetro das AVs e ocorrência de disseção, e entre a diferença do diâmetro médio dos 6 primeiros foramina transversos cervicais e AVs e ocorrência de disseção.

Resultados: Foram incluídos 13 pacientes com disseção arterial vertebral unilateral (18-63 anos à apresentação, 30.7% do sexo feminino e 61.5% com disseção direita). Um menor diâmetro arterial relativo associou-se isoladamente a ocorrência de disseção na nossa população no caso apenas das AVs esquerdas (Direita: $t(10) = -1.427, p = 0.231$; Esquerda: $t(10) = 2.956, p = 0.011$), ao passo que uma maior diferença entre o diâmetro médio dos foramina transversos cervicais e diâmetro das AVs se associou a ocorrência de disseção, independentemente da lateralidade do vaso associado (disseção da AV direita quando a diferença de diâmetros era maior - $t(11) = 2.969, p = 0.013$; disseção da AV esquerda quando a diferença de diâmetros era maior - $t(11) = 2.837, p = 0.023$)

Conclusões: O potencial espaço anatómico livre (representado pela maior diferença entre os diâmetros das AVs e foramina transversos cervicais) entre as AVs e estruturas circundantes (processos transversos) parece ser um fator predisponente à disseção vertebral, para além de outras

características das AVs (exemplo: hipoplasia, como já previamente documentado). São necessários mais estudos com amostras maiores para melhor avaliar esta associação

P23 | OCLUSÃO DA ARTÉRIA CENTRAL DA RETINA: O ECODOPPLER COMO FERRAMENTA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Autores: Catarina Marques¹, Noémia Pires¹, Alyne Cordeiro¹, Francisco Antunes¹, Patrícia Pereira¹, Liliana Pereira¹, Miguel Rodrigues¹

1 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde Amada-Seixal

Introdução: A oclusão da artéria central da retina (OACR) é mais frequentemente de causa embólica, a partir da artéria carótida ipsilateral ou do arco aórtico (embolia artéria-a-artéria) ou de fonte cardíaca. Pode também ser de causa inflamatória por oclusão arterítica na arterite de células gigantes (ACG), ou por trombose *in situ*. O diagnóstico é habitualmente estabelecido pela Oftalmologia, mas esta especialidade e os seus métodos complementares de diagnóstico não estão disponíveis em todas as urgências. O ecodoppler da circulação oftálmica é um exame de baixo custo e não invasivo, com utilidade demonstrada no diagnóstico da OACR, permitindo identificar material hiperecótico na região retrobulbar do nervo óptico (*spot sign*), correspondente ao embolo, e a ausência de fluxo na artéria central da retina (ACR). Existem valores normativos para as velocidades da ACR, mas não critérios formais para o diagnóstico de estenose da ACR.

Caso clínico:

Homem, 65 anos, autónomo, com dislipidemia e tabagismo. Inicia subitamente diminuição grave da acuidade visual do olho esquerdo, indolor, sem desencadeante. Foi observado pela Oftalmologia que documentou, após realização de tomografia de coerência óptica e retinografia com imagem sugestiva de "cherry red spot" à esquerda, OACR. Encontrava-se fora de janela para trombólise endovenosa e câmara hiperbárica.

Foi internado em Neurologia para investigação etiológica. Na história clínica e exame objetivo não existiam sintomas nem sinais sugestivos de ACG, mas por elevação da velocidade de sedimentação (112 mm na primeira hora) e ligeira anemia (normocítica normocrómica) foi iniciada corticoterapia empírica. A FDG-PET de corpo realizada ao terceiro dia de terapêutica foi suspeita de vasculite nos territórios da aorta torácica e carótideo. O eletrocardiograma estava em ritmo sinusal.

O ecodoppler cervical evidenciou aterosclerose carótidea não estenosante e sem placas vulneráveis, o ecodoppler transcraniano estenose superior a 50% da artéria cerebral posterior direita e, na circulação oftálmica, aumento das velocidades de fluxo na ACR esquerda (pico de velocidade sistólica [PVS] 91,7 cm/s; à direita: PVS 10,7 cm/s). Não se identificou *spot sign*. Só foi possível realizar ecodoppler das artérias temporais e axilares ao vigésimo dia de corticoterapia, sem evidência de doença inflamatória. A restante pesquisa de fontes embólicas e protrombóticas foi negativa.

Realizou avaliação seriada da ACR esquerda, com redução progressiva das velocidades (quarto dia PVS 55,1 cm/s, décimo-segundo dia PVS 34,0 cm/s), mantendo assimetria (ACR direita décimo-segundo dia PVS 9,6 cm/s).

Conclusão: Neste caso, a execução do ecodoppler da circulação oftálmica, já com tratamento esteroide e antiagregante, não permitiu uma diferenciação segura entre a OACR de causa arterítica e não arterítica, não se tendo verificado os achados mais frequentes de *spot sign* ou oclusão da ACR nos casos embólicos. Permitiu, no entanto, identificar aumento significativo, de cerca de 8-9 vezes os valores normativos, dos PVS da ACR ipsilateral à perda visual, que postulamos corresponder à estenose arterítica, verificando-se melhoria sob corticoterapia.

Assim, a disponibilidade deste exame no contexto do SU, idealmente antes do início da terapêutica, poderia facilitar o diagnóstico precoce, maximizando as hipóteses de preservação visual através do tratamento na fase aguda e permitindo uma prevenção secundária mais adequada.

P24 | DOPPLER TRANSCRANIANO NO CONTEXTO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

André Miguel Teiga Garcia Machado Curralo¹; Miguel Saianda Bento Duarte^{1,2}; Renato José Gonçalves Almeida^{1,3,4}

1- Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior; 2- ULS Loures-Odivelas, Serviço de Neurologia do Hospital Beatriz Ângelo; 3- ULS Cova da Beira, Hospital Pêro da Covilhã; 4- Centro Académico Clínico das Beiras

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma emergência médica caracterizada pela interrupção do fluxo sanguíneo cerebral, resultando em défices neurológicos súbitos associados a uma causa vascular. O AVC isquémico, predominante nos casos de AVC, apresenta projeções de prevalência crescentes até 2050. O Doppler Transcraniano (DTC) surge como uma técnica de neurosonologia não invasiva, económica e reprodutível, com ampla aplicação diagnóstica, prognóstica e terapêutica.

Objetivos: Analisar o impacto e a aplicação do DTC no diagnóstico, monitorização e prognóstico do AVC isquémico, visando propor um protocolo clínico para a sua implementação prática.

Metodologia: Foi realizada uma pesquisa estruturada na PubMed com os termos MeSH “Stroke” e “Ultrasonography, Doppler, Transcranial”, complementada pela revisão de referências bibliográficas. Os critérios de inclusão englobaram estudos publicados entre 2019-2024, em português, inglês ou espanhol, abordando a aplicação do DTC em adultos com AVC isquémico, incluindo ensaios clínicos, estudos observacionais e revisões. Excluíram-se estudos sem acesso integral, fora do intervalo temporal definido, focados noutras patologias ou em populações pediátricas. A seleção foi realizada em duas fases, com revisão independente de títulos, resumos e textos completos. Dados relevantes foram extraídos e organizados numa tabela sistemática. A qualidade metodológica foi avaliada com a ferramenta ROBINS-I por dois revisores independentes.

Resultados: Dos 92 estudos identificados, 29 foram incluídos na análise, abrangendo 3576 participantes. Após a avaliação da qualidade metodológica 9 apresentaram baixo risco de viés e 14 risco moderado. Os restantes estudos incluem revisões sistemáticas e de literatura, sem avaliação formal do viés metodológico.

Entre os estudos, nove avaliaram o papel do DTC no estudo etiológico do AVC criptogénico, destacando a deteção de shunt direito-esquerdo associado ao foramen ovale patente (FOP). O DTC, associado ao ecocardiograma transtorácico (ETT), aumentou a precisão diagnóstica, reduziu custos e riscos. Quando ultrapassadas limitações técnicas, com recurso a assistência robótica, obteve-se uma sensibilidade comparável ao ecocardiograma transesofágico (ETE).

Cinco estudos investigaram o prognóstico, analisando a autorregulação cerebral e sinais microembólicos, preditores de isquemia recorrente e consequentemente, maior morbidade. Quatro examinaram o papel do DTC na oclusão de grandes vasos. A integração do DTC na avaliação clínica pré-hospitalar, através do modelo TUCA (Transcranial Ultrasound and Clinical Assessment), melhorou significativamente o diagnóstico de AVC isquémico por oclusão de grandes vasos. O DTC demonstrou-se eficaz na decisão imagiológica, sendo comparável à Angiotomografia.

O DTC revelou-se o método não invasivo mais eficaz para a monitorização de hipertensão intracraniana. Demonstrou também elevado potencial preditivo na avaliação de terapêuticas de revascularização, assumindo um papel relevante na avaliação/monitorização da área de penumbra isquémica.

O potencial para integração com *machine learning*, permitindo a automatização da caracterização da morfologia das ondas, aprimorou a sensibilidade diagnóstica, reforçando o DTC como uma ferramenta indispensável no contexto clínico.

Conclusão: O DTC demonstrou ser uma ferramenta essencial no diagnóstico e gestão do AVC isquémico, com vantagens significativas em termos de acessibilidade, eficácia e versatilidade. Os achados deste estudo reforçam o seu papel e potencial como método de primeira linha em protocolos clínicos, sendo necessário maior investimento e formação nesta técnica.

P25 | ABORDAGEM TRANSCIRCULATÓRIA COM STENT RETRIEVER NA OCLUSÃO AGUDA DA ARTÉRIA BASILAR

Rita de Sousa¹, César Nunes¹, Carolina Maia¹, Ricardo Veiga¹, Fernando Silva², João Sargento-Freitas², Egídio Machado¹

1Neurorradiologia, Serviço de Imagem Médica, ULS Coimbra, 2Serviço de Neurologia, ULS Coimbra

Introdução: A oclusão da artéria basilar é uma emergência neurovascular que representa cerca de 20% dos acidentes vasculares isquêmicos do território posterior. Associada a altas taxas de mortalidade e morbidade, a recanalização precoce é fundamental para melhorar o desfecho clínico dos doentes. A complexidade anatômica do território posterior e as possíveis variantes vasculares podem representar desafios técnicos significativos para a recanalização. O presente caso demonstra uma abordagem inovadora na recanalização da artéria basilar através da circulação anterior, raramente reportada na literatura.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 68 anos de idade, com antecedentes de dislipidemia e psoríase, dá entrada no serviço de urgência com história de perda súbita da audição à esquerda e cefaleias. Ao exame neurológico, a doente apresentava disartria e restrição bilateral dos movimentos oculares horizontais, sem lateralização motora evidente. A TC crânio-encefálica não evidenciou lesões endocranianas de natureza aguda. A angio-TC revelou oclusão da artéria basilar, decidindo-se avançar para trombectomia mecânica. A abordagem inicial pela artéria femoral direita, revelou estenose na origem da artéria vertebral direita, impossibilitando a sua seletivação. A artéria vertebral esquerda era de pequeno calibre e terminava na artéria cerebelosa posterior inferior (PICA). Optou-se pela punção da artéria radial, mas múltiplas tentativas de seletivação revelaram-se infrutíferas. Devido à inviabilidade dos acessos convencionais e à marcada deterioração clínica da doente, optou-se por abordagem pela artéria carótida interna direita. A artéria basilar foi então seletivada com sucesso através da artéria comunicante posterior direita, de origem fetal, identificando-se trombo oclusivo do topo da artéria basilar. A trombectomia foi realizada utilizando stent retriever, obtendo-se recanalização completa após uma única passagem. O resultado angiográfico final foi TICI 3.

A doente apresentou uma evolução clínica favorável, com um mRS aos 3 meses de 1. A RM crânio-encefálica realizada aos 3 meses após o evento identificou apenas discretas sequelas vasculares no território de ambas as PICAs.

Conclusões: Este caso destaca a importância de uma abordagem flexível e personalizada na escolha dos acessos e dispositivos para trombectomia mecânica em oclusões da artéria basilar, particularmente em pacientes com anatomia complexa. Quando o acesso direto pelas artérias vertebrais é inviável, a presença de artérias comunicantes posteriores funcionais ou outras vias de conexão entre as circulações anterior e posterior, permite que a abordagem transcirculatória se torne uma opção eficaz.

P26 | CUIDADOS DE ENFERMAGEM ANESTÉSICOS NO PROCEDIMENTO DE TROMBECTOMIA MECÂNICA

Carlos Quintela

Serviço: Neurrorradiologia de Intervenção, ULS São João, Porto

Introdução: A trombectomia mecânica é um procedimento de urgência amplamente reconhecido como eficaz no tratamento do Acidente Vascular Cerebral Isquémico, permitindo a recanalização arterial em doentes selecionados. Apesar dos avanços técnicos, a segurança e o sucesso do procedimento dependem de uma abordagem integrada e multidisciplinar, com destaque para os cuidados de enfermagem anestésicos especializados, que garantem a otimização da preparação e monitorização do doente, prevenindo complicações e maximizando os resultados clínicos.

Objetivos: Este trabalho tem como objetivo identificar e descrever as etapas críticas dos cuidados de enfermagem no contexto do procedimento de trombectomia mecânica, desde a admissão do doente na sala de angiografia, até ao suporte anestésico intraoperatório, sublinhando a sua importância na segurança do doente e no desfecho clínico positivo.

Metodologia: Foi realizada uma revisão da literatura utilizando bases de dados científicas como PubMed. Foram incluídos artigos publicados nos últimos dez anos que abordassem os cuidados de enfermagem e o suporte anestésico no contexto da trombectomia mecânica. Os critérios de seleção focaram-se na descrição de práticas clínicas baseadas na evidência.

Resultados: Os cuidados de enfermagem incluem a recolha detalhada de dados clínicos (como alterações da coagulação, hipocoagulação e patologia vascular), a preparação do doente para o procedimento (posicionamento adequado na mesa, desinfeção das áreas de acesso vascular para a trombectomia e cateterização urinária), a monitorização contínua dos parâmetros hemodinâmicos e

nerológicos. A escolha entre sedação consciente e anestesia geral demonstrou ser dependente do estado clínico do doente, sem diferenças significativas nos desfechos clínicos. O controlo rigoroso de uma hipertensão arterial permissiva, glicemia e oxigenação revelou-se essencial para preservar a área de penumbra a preservar. Além disso, a equipa de enfermagem destacou-se na gestão da administração de heparina e na prontidão para intervenções de emergência no caso de complicações Intra procedimento.

Conclusões: Os cuidados de enfermagem desempenham um papel essencial na segurança e eficácia do procedimento de trombectomia mecânica. A implementação de protocolos baseados em evidências e a colaboração eficaz entre a equipa de enfermagem, neurorradiologistas de intervenção e anestesiológicos são fundamentais para a redução de riscos e para a otimização dos resultados clínicos. Este trabalho destaca a necessidade de formação contínua e de estudos adicionais para aprofundar o impacto das práticas de enfermagem neste contexto.

P27 | TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE REVASCULARIZAÇÃO CAROTÍDEA: VANTAGEM DA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA E IMAGIOLÓGICA EM TEMPO REAL

Stefanie Moreira¹, Aurora Costa¹, Anabela Câmara², Ana Rita Silva¹, José Nuno Alves¹, José Manuel Amorim³, Carla Ferreira¹

1- Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde Braga, 2- Serviço de Neurologia, Hospital Central do Funchal, 3- Serviço de Neurorradiologia, Unidade Local de Saúde Braga

Introdução: Estenoses severas, especialmente em vasos extracranianos como a artéria carótida interna, podem causar alterações hemodinâmicas significativas e favorecer fenómenos embólicos, comprometendo territórios intracranianos distais.

Caso clínico: Homem, 71 anos, antecedentes de diabetes mellitus, dislipidemia, doença cardíaca isquémica e tabagismo, sob dupla antiagregação com aspirina e ticagrelor. Recorreu ao serviço de urgência por défice motor esquerdo transitório. Na admissão, com desvio da comissura labial em desfavor da direita, sem outros défices. A TC-CE revelou sequelas de enfartes antigos frontal esquerdo e occipital direito. A angio-TC demonstrou oclusão crónica da ACI esquerda, estenose severa da ACI direita no segmento bulbar e imagem sugestiva de estenose/trombo parcialmente permeável na ACM direita. Por sua vez, a TC de perfusão revelou hipoperfusão frontal direita e hemisférica esquerda. Ainda a RM-CE realizada em contexto de urgência não evidenciou lesões isquémicas agudas. Ficou internado na unidade de AVC, sob dupla antiagregação, com previsão de tratamento endovascular em segundo tempo.

Três dias após a admissão, submetido a angiografia que confirmou estenose de aproximadamente 70% do segmento proximal da ACI direita de natureza aterosclerótica. Na avaliação pré-procedimento o doente apresentou-se sem alterações ao exame neurológico. Optou-se pela realização de revascularização da ACI direita com stent. Na grafia de controlo final, confirmou-se imagem sugestiva de trombo endoluminal parcialmente permeável na divisão inferior da ACM direita. Após destacamento do stent carotídeo e da remoção do sistema de acesso, ainda na sala de angiografia, realizou-se a habitual avaliação neurológica prévia ao encerramento da punção, objetivando-se hemianópsia e hemiplegia esquerda de novo. Realizada trombectomia mecânica emergente, com recanalização total e mTICI final 3. Teve alta com exame neurológico normal. Por estenose da artéria femoral comum, em provável contexto iatrogénico relacionado com o encerramento, teve alta sob hipocoagulação com rivaroxabano, além de ticagrelor e estatina que já realizava cronicamente.

Conclusões: Consideramos que a alteração hemodinâmica proximal durante a revascularização da ACI direita foi o fator desencadeante do agravamento neurológico. A abordagem endovascular sem anestesia geral permitiu a deteção precoce dos défices neurológicos ainda na sala de angiografia, possibilitando a intervenção imediata na ACM e evitando o atraso associado à avaliação pós-anestésica.

P29 | EMBOLIZAÇÃO DA ARTÉRIA MENÍNGEA MÉDIA EM CONTEXTO DE TROMBECTOMIA E RECIDIVA DE HEMATOMA SUBDURAL CRÓNICO – EXPERIÊNCIA DA UNIDADE DE INTERVENÇÃO DE NEURORRADIOLOGIA DA ULS DE BRAGA

Rita Coutinho¹, Mariana Gomes¹, Mariana Santos², Sara Gomes³, Leonor Francisco⁴, Ângelo Carneiro¹

1- Serviço de Neurorradiologia, Unidade Local de Saúde de Braga; 2- Serviço de Neurorradiologia, Unidade Local de Saúde do São João; 3- Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Braga; 4- Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: O aumento da esperança média de vida, a par do aumento das doenças cardiovasculares e cerebrovasculares e, assim, da toma de medicação anticoagulante oral, aumenta o risco de recorrência de hematomas subdurais crónicos (HSDc), prevalente na população com idade superior a 65 anos. Por sua vez, o tratamento cirúrgico de drenagem do HSDc implica interrupção da anti-coagulação, aumentando o risco de acidente vascular cerebral (AVC) agudo, e protelando a re-introdução do mesmo pós evento cérebrovascular e respetivo tratamento por trombectomia mecânica. A embolização da artéria meníngea média (AMM) como tratamento primário ou adjuvante à abordagem cirúrgica, visa prevenir recidiva do hematoma subdural crónico e permitir reintrodução precoce de hipocoagulação.

No presente trabalho é apresentado um caso clínico de embolização da AMM em contexto de trombectomia por AVC agudo pós craniotomia para evacuação de HSDc, e respetiva evolução.

Caso clínico: Doente de 84 anos, autónomo para as atividades da vida diária, com antecedentes de fibrilhação auricular (FA) e hipertensão arterial (HTA), internado por abordagem cirúrgica por craniotomia frontal direita por agravamento de hematoma subdural (HSD) crónico direito, iniciou, passado 3 dias da trepanação, um quadro de instalação súbita de disartria, hemiparésia direita e quadrantanópsia direita. Realizou tomografia axial crânio-encefálica (TC-CE) e angiografia por TC, que mostraram discreta hipodensidade tálamo-capsular esquerda e oclusão do segmento P2 da artéria cerebral posterior (ACP) esquerda, bem como HSD hemisférico direito com espessura de 10 mm. Neste contexto, foi submetido a trombectomia e embolização da AMM, com o objetivo de tratamento e prevenção de recidiva da coleção subdural. Na TC de controlo verificou-se ligeira redução da espessura do HSD (8 mm), sem sinais de ressangramento subdural, e hemorragias petequiais na área de enfarte. Devido à realização prévia de craniotomia, não foi possível retomar mais precocemente a hipocoagulação. À data de alta, o doente encontrava-se com resolução total dos défices neurológicos e idêntica espessura e densidade do HSD. Um ano pós embolização da AMM, não se registaram recorrências ao serviço de urgência por queixas do foro neurológico relacionadas com recidiva do HSDc, não tendo sido objetivado, numa janela temporal de um ano e quatro meses, agravamento imagiológico ou clínico.

Conclusão: A embolização da AMM é uma técnica endovascular emergente para o tratamento de HSDc, que, em estudos preliminares e alguns ensaios clínicos randomizados, demonstrou ser segura e eficaz, nomeadamente no que respeita à recorrência dos hematomas. Pode, ainda, tornar-se uma opção viável em doentes com HSDc e indicação urgente para anti-coagulação. No entanto, *follow-ups* mais longos e os resultados dos estudos randomizados atualmente a decorrer são necessários, de forma a avaliarem-se objetivamente os resultados nesta população clinicamente mais desafiadora.

P30 | UM TROMBO NA TEIA - COMO TRATAR?

Leonor Francisco¹, Sara Gomes², Stefanie Moreira², José Nuno Alves², José Manuel Araújo², José Manuel Amorim³

1Unidade de Neurologia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, 2Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Braga, 3Serviço de Neurorradiologia, Unidade Local de Saúde de Braga

Introdução: A *carotid web* (CW) é uma alteração vascular rara caracterizada por uma projeção fibromuscular no lúmen da artéria carótida interna, associada a um risco aumentado de AVC isquémico e um elevado risco de recorrência do mesmo (risco estimado em ~29%). A decisão entre o tratamento conservador (antiagregação/hipocoagulação) e a intervenção endovascular exige uma avaliação criteriosa, considerando os benefícios, riscos e o timing ideal da abordagem.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 43 anos, com antecedentes de dislipidemia, tabagismo e medicada com contraceptivo oral. Recorre ao serviço de urgência (SU) por um quadro de tonturas, perda de força do membro superior esquerdo (MSE) súbita, adormecimento da mão esquerda e fala arrastada. Ao exame neurológico à admissão no SU apresenta hipostesia algica do MSE. Realiza TC-CE e Angio-TC dos troncos supra-aórticos e intracranianos, evidenciando-se a presença de trombo na artéria carótida interna direita (ACID), subjacente a estenose/*carotid web* (CW), com repercussão

hemodinâmica. Dada a reversão do déficit de força do MSE e pelo facto de apresentar apenas alteração da sensibilidade do MSE, opta-se por não realizar tratamento de fase aguda. A doente inicia hipocoagulação e fica internada para vigilância clínica. Realiza estudo analítico completo para investigação de AVC em idade jovem, sem alterações de relevo. Posteriormente, realiza ecoDoppler dos vasos do pescoço para reavaliação da presença de trombo na ACID, que demonstra uma imagem de entalhe intimal na parede posterior da ACID proximal, compatível com *carotid web* e fluxo turbulento nessa região. É realizada angioplastia e stenting carotídeo direito e iniciada dupla antiagregação com ácido acetilsalicílico (AAS) e ticagrelor, que manteve durante seis semanas, ficando posteriormente com apenas AAS. Os ecoDoppler de controlo realizados vinte e quatro horas e um mês depois do procedimento confirmaram permeabilização do stent carotídeo. À data de alta, a doente apresenta um exame neurológico sem alterações. Na consulta de reavaliação aos três meses a doente mantém-se assintomática e sem alterações ao exame neurológico.

Conclusão: A identificação precoce e o tratamento adequado da CW desempenham um papel essencial na prevenção da recorrência de AVC isquémicos, sobretudo em doentes previamente sintomáticos. A escolha terapêutica deve ser individualizada e deve basear-se numa avaliação detalhada do risco-benefício entre o tratamento médico e a intervenção endovascular, nomeadamente angioplastia e *stenting*. A abordagem endovascular parece ter particular benefício na redução do risco de novos eventos isquémicos, tornando-as particularmente interessante em doentes com antecedentes de AVC relacionado com a CW. No entanto, o tratamento médico constitui uma alternativa válida em casos específicos, nomeadamente na ausência de sintomas recorrentes. Assim, a gestão do tratamento dos casos de CW deve ser sempre feita de forma individualizada, tendo em conta as características do doente, nomeadamente comorbilidades concomitantes e sintomatologia associada.

P31 | OCLUSÃO DO STENT CAROTÍDEO NA FASE AGUDA COM NECESSIDADE DE RE-TROMBECTOMIA: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO EM 2024

Stefanie Moreira¹, Anabela Câmara², Aurora Costa¹, José Manuel Araújo¹, Ana Rita Silva¹, José Nuno Alves¹, Ângelo Carneiro³, José Manuel Amorim³, Carla Ferreira¹

1- Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde Braga, 2- Serviço de Neurologia, Hospital Central do Funchal, 3- Serviço de Neurorradiologia, Unidade Local de Saúde Braga

Introdução: As oclusões em tandem são responsáveis por até 15% dos AVCs isquémicos e estão associadas a elevadas taxas de morbimortalidade. Em 2024, num centro terciário português, realizaram-se cerca de 300 trombectomias, incluindo 30 com stenting carotídeo emergente. Em três destes casos, ocorreu oclusão aguda com necessidade de re-trombectomia.

Casos clínicos:

Caso clínico 1

Homem, 67 anos, antecedentes de hipertensão e dislipidemia, AVC isquémico da ACI direita (NIHSS 15; ASPECTs 8; oclusão da ACI e M1 direitas). Trombólise com TNK, seguida de trombectomia com técnica combinada, obtendo recanalização parcial, mantendo-se estenose bulbar irregular (70-90%), com administração de 1g de AAS. O DVP às 24 horas demonstrou oclusão do stent, com agravamento clínico às 48 horas. Realizada nova trombectomia (técnica aspirativa inicial ineficaz e duas passagens com técnica combinada) alcançando recanalização com estenose residual. Sob apixabano, dupla antiagregação (AAS e Ticagrelor) e estatina.

Caso clínico 2

Homem, 62 anos, antecedentes de dislipidemia, AVC isquémico da ACI esquerda (NIHSS 5; ASPECTs 10; disseção arterial). Realizada trombólise com TNK, com posterior agravamento para TACI esquerdo, submetido a trombectomia com colocação de stents telescopados e angioplastia, com administração de 1g de AAS. Reinstalação dos défices e nova trombectomia com aspiração, com remoção de pequenos trombos. Administrada Integrilina. Sob dupla antiagregação (AAS e Ticagrelor) e estatina.

Caso clínico 3

Homem, 59 anos, antecedentes de hipertensão, tabagismo e etilismo, AVC isquémico da ACI esquerda (NIHSS 11; ASPECTs 8; oclusão crónica ACI direita e aguda ACI esquerda). Realizada trombectomia mecânica, com administração de 1g de AAS. Além do agravamento clínico, o DVP às

24horas revelou oclusão do stent. Nova trombectomia com aspiração e passagem de stent retriever intra-stent que resultou em recanalização. Administrada Integrilina. Sob dupla antiagregação (AAS e ticagrelor) e estatina.

Conclusões: A oclusão aguda de stents carotídeos, ainda que pouco frequente, é mais comum nos tratamentos emergentes do que nos programados. O DVP e a avaliação neurológica seriada são cruciais para a deteção precoce destas oclusões do stent. A variabilidade individual, o tipo e seleção de material, bem como a escolha e timing da antiagregação plaquetária influenciam a ocorrência e gravidade da estenose. Estudos retrospectivos e ensaios clínicos em curso são necessários para melhor compreender os fatores preditores.

P32 | ESTADIAMENTO DE SEVERIDADE EM DOENTES DIAGNOSTICADOS COM CADASIL: UMA NOVA FERRAMENTA CLÍNICA

Aurora Costa¹, Carla Morgado¹, Stefanie Moreira¹, Anabela Câmara², Sofia Marques¹, Ana Rita Silva¹, José Nuno Alves¹, Filipa Sousa¹, Carla Ferreira¹

¹Serviço de neurologia- ULS Braga; ²Serviço de neurologia- Hospital Central do Funchal

Introdução: CADASIL (*Cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy*) é uma angiopatia de pequenos vasos, autossómica dominante, associada a mutações no gene NOTCH3, induzindo, mais frequentemente, alterações nos resíduos de cisteína do recetor do EGF (epidermal-growth factor). Apresenta grande variabilidade na idade de apresentação e na progressão, podendo associar-se a cefaleias em idade jovem, episódios de AITs, alterações de comportamento e outros eventos vasculares agudos, como hemorragias ou AVCs isquémicos. Evoluem, frequentemente, para demência e alterações da marcha. Alguns estudos reportaram indivíduos com mutação NOTCH3 e apresentação clínica subtil, dependente da localização da mutação. Recentemente foi validada e publicada uma escala de estadiamento de severidade de angiopatia associada a mutação NOTCH3, que poderá ser útil para caracterização dos doentes e para previsão prognóstica.

Objetivos: Revisão de aspetos clínicos e imagiológicos de casos diagnosticados com CADASIL em seguimento na consulta de neurologia em 2024 da ULS de Braga com o objetivo de estadiar a doença usando a escala recentemente publicada.

Metodologia: Estudo transversal numa amostra de doentes com diagnóstico de CADASIL, seguidos em consulta de neurologia da ULS Braga em 2024. Recolha, através de registos clínicos, de dados demográficos, clínicos, imagiológicos e de tratamentos instituídos; avaliação de grau de severidade da doença aplicando o sistema de estadiamento de severidade para a angiopatia associada a NOTCH3.

Resultados: Incluíram-se nove doentes (cinco do sexo masculino, quatro do feminino), com idade mediana de 61 anos (AIQ 14) e idade mediana de diagnóstico de 54 anos (AIQ 15). Identificaram-se como fatores de risco vascular: hipertensão arterial (n=4), diabetes mellitus tipo 2 (n=2), dislipidemia (n=3) e fibrilação auricular (n=1). Clinicamente, apresentaram-se com cefaleias (n=2), alterações do comportamento (n=1), alterações da marcha (n=4) e declínio cognitivo (n=3), medicados com antidemencial. O AVC isquémico foi diagnosticado em seis doentes, três dos quais como primeira manifestação. Foram observadas lesões hemorrágicas em três doentes. Foram encontradas cinco mutações genéticas diferentes de valor patogénico, todas com impacto nos resíduos de cisteína. As lacunas isquémicas eram já evidentes em TC/RM em número superior a cinco em sete doentes e em número inferior a cinco nos restantes, o que os categoriza, com base no sistema de estadiamento previamente referido, em severidade intermédia, estadio 2B e 2A, respetivamente. Considerando que todos os doentes incluídos apresentavam um estado funcional avaliado pela mRS (modified rankin scale) <3, nenhum estaria em estadio de severidade avançado.

Conclusões: O estadiamento de severidade nos doentes com diagnóstico de CADASIL irá ajudar a personalizar a monitorização e tratamento da doença. Este sistema de estadiamento é facilmente aplicável em contexto clínico e mostrou ter valor prognóstico. O reduzido tamanho amostral neste estudo limitou a análise dos dados e as conclusões retiradas, o que se pretende colmatar com a realização de um estudo multicêntrico nacional.

P33 | IMPACTO DO EDEMA PERIHEMATOMAL AOS 3 ANOS DE FOLLOW-UP DAS HEMORRAGIAS INTRACEREBRAIS LOBARES

Bruno Carvalho^{1,3}, Tiago Pedro², Catarina Pisco³, Luísa Fonseca^{4,5}, Pedro Castro^{1,3,4}

1-Serviço de Neurologia, ULS São João, Porto, Portugal. 2-Serviço de Neurorradiologia, ULS São João, Porto, Portugal. 3-Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde mental, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto. 4-Unidade AVC, ULS São João, Porto, Portugal. 5-Departamento de Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

Introdução: A hemorragia intracerebral espontânea (HIC) é uma das principais causas de acidente vascular cerebral não isquémico, com elevada morbimortalidade. Entre os fatores relacionados à progressão da doença, destaca-se o edema peri-hematoma (EPH), um marcador de lesão cerebral secundária que tem sido associado tanto à incapacidade neurológica quanto à mortalidade precoce. Apesar disso, estudos que explorem o seu valor prognóstico em longo prazo permanecem escassos. Assim, este estudo avaliou o impacto do EPH no *outcome* funcional aos 3 anos em doentes com HIC lobares.

Métodos: Foi realizado um estudo de coorte retrospectivo no Hospital de São João, Porto, Portugal, abrangendo 87 doentes adultos com hemorragias intracerebrais (HIC) lobares primárias diagnosticadas entre 2014 e 2020. Os dados clínicos foram obtidos através do processo clínico eletrónico. Excluíram-se casos atribuídos a trauma, shunts arteriovenosos, neoplasias, transformação hemorrágica de AVC isquémico, patologias de elevado risco hemorrágico, neurocirurgia de urgência, doentes com óbito nas primeiras 24 horas de internamento e dependência funcional prévia. O edema perilesional hemorrágico (EPH) absoluto, relativo (rEPH) e a distância de extensão do edema (DEE) foram avaliados em tomografias computadorizadas (TC) realizadas na admissão e entre 24–72 horas. Os *outcomes* primários incluíram a sobrevivência aos 3 anos e um desfecho funcional favorável (escala de Rankin modificada 0–3).

Resultados: A mediana de idade foi 74 anos (intervalo interquartil 66–82) e 51,7% eram do sexo masculino. A sobrevivência aos 3 anos foi de 40,2% e 14,9% apresentavam um score funcional favorável. O EPH às 24–72 horas aumenta o risco de mortalidade (HR 2,520, IC 95% 1,118–5,681, $p=0,026$), enquanto rEPH e DEE não demonstraram associação significativa com a sobrevivência. Observou-se uma correlação inversa entre o DEE às 24–72 horas e o desfecho funcional favorável (OR 0,055, IC 95% 0,004–0,788, $p=0,033$).

Conclusões: Este estudo reforça a relevância do EPH como preditor de mortalidade precoce nas HIC lobares, apontando o volume absoluto de EPH como um fator determinante para a sobrevivência, em detrimento do seu tamanho relativo. A associação entre menor DEE e melhores *outcomes* funcionais sugere potenciais alvos terapêuticos para melhorar a recuperação a longo prazo. Investigações futuras deverão aprofundar os mecanismos subjacentes ao desenvolvimento do EPH e explorar intervenções que reduzam o seu impacto clínico. Estratégias focadas na diminuição do volume do EPH e na limitação da extensão do edema poderão beneficiar tanto a sobrevivência como a recuperação funcional dos doentes com HIC. Contudo, a natureza retrospectiva e unicêntrica do estudo, aliada ao reduzido tamanho da amostra, limita a generalização dos resultados e a robustez das conclusões. Assim, é essencial validar os achados em coortes multicêntricas de maior dimensão. Por fim, investigações adicionais são necessárias para esclarecer os mecanismos biológicos subjacentes ao EPH e ao seu impacto nos *outcomes* a longo prazo, bem como para desenvolver terapêuticas específicas para o controlo do EPH e da DEE em doentes com HIC.

P34 | A FOTOBIMODULAÇÃO TRANSCRANIANA E O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL CRÓNICO

Laísa Caroline Freitas Afonso, Luciana Maria dos Reis, Adriana Teresa Silva Santos
Universidade Federal de Alfenas - MINAS GERAIS, BRASIL.

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença neurológica que ocasiona danificação de células neurais, sendo uma das principais causas de morte e incapacidade no mundo. Sua fisiopatologia é complexa e multicausal, com variedade de manifestações clínicas. A Fotobiomodulação (FBM), um processo fotoquímico capaz de estimular produção de energia e aumentar o metabolismo celular, por meio da aplicação de luz de forma não invasiva, tem emergido

como potencial tratamento do AVC. A FBM transcraniana (FBMt) objetiva a estimulação da atividade neural e melhora da função cerebral. Embora existam estudos da FBMt em animais e em casos de AVC agudo ou combinado a outra terapia, não encontram-se informações na literatura sobre o uso deste recurso para funcionalidade de membros superiores em casos de AVC crônico, nem concordância sobre os parâmetros necessários para eficácia do laser.

Caso clínico: Senhora M.C., 66 anos, canhota, diagnosticada com AVC isquêmico em 2021, mais afetada ao lado direito, em uso de canadiã e em acompanhamento com fisioterapia três vezes por semana. O caso foi parte de um estudo piloto de pesquisa de mestrado, realizado em um hospital brasileiro. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da universidade. M.C. foi uma das internações registradas na base de dados deste hospital, por AVC entre julho/2021 e junho/2022. Foi contactada e atendeu aos critérios de inclusão do estudo.

Inicialmente, passou por avaliação, recebeu a intervenção com FBMt e foi reavaliada após um mês. As avaliações foram realizadas com os instrumentos: Box and Block Test (BBT), Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM), Montreal Cognitive Assessment (MoCA) e Escala de Qualidade de Vida Específica para AVE (EQVE-AVE).

A intervenção consistiu no uso do Laser Duo MMOptics (Brasil), com sessões diárias (segunda a sexta-feira) durante 30 dias. O laser foi aplicado por 60 segundos em cada ponto (energia 6J), nos pontos F3, F4, FP1 e FP2, seguindo o Sistema Internacional 10-20. O uso de óculos de proteção foi obrigatório e as co-intervenções foram controladas.

Após intervenção com FBMt, a reavaliação mostrou aumento de 13 pontos no BBT, aumento de 1 ponto na MoCA, aumento de 5,3 pontos no desempenho e 4,7 na satisfação na COPM, e aumento de 39 pontos na EQVE-AVE. Qualitativamente, relatou melhorias funcionais semanalmente, como independência nas atividades diárias (limpeza de armários, vestir-se, varrer a casa), principalmente na realização de tarefas culinárias, como preparar um doce sem ajuda, desde o corte do legume até a embalagem final.

Conclusões: O estudo indica a FBMt como intervenção promissora para reabilitação pós-AVC, com resultados quantitativos e qualitativos positivos. No entanto, os resultados não foram suficientes para análise conclusiva sobre a efetividade da intervenção, sendo necessário maior número de estudos com amostras mais amplas. A viabilidade de um ensaio clínico controlado randomizado foi confirmada, sendo necessário elaboração de um protocolo padronizado para uso da FBMt em indivíduos com AVC crônico, com parâmetros bem definidos.

Compromissos: apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) e da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), sem conflitos de interesses.

P35 | EVENTOS CEREBROVASCULARES APÓS CATETERISMO CARDÍACO: UM ESTUDO CASO-CONTROLO

André Costa^{1*}, Marta Bernardo^{2*}, Mafalda Perdicoulis¹, Ilídio Moreira², Ricardo Almendra¹

1Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal, 2 Serviço de Cardiologia, Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

*co-autoria

Introdução: A ocorrência de eventos cerebrovasculares após a realização de um cateterismo cardíaco constitui uma possível complicação deste procedimento atribuível à manipulação endovascular. Apesar de incomum (incidência estimada de 0,1-0,6%) podem ser potencialmente graves associando-se a um impacto prognóstico significativo. A experiência adquirida pelos cardiologistas de intervenção, o avanço tecnológico dos dispositivos e as terapêuticas de fase aguda de que dispomos para o AVC nos últimos anos serão, eventualmente, fatores que têm contribuído para diminuir o impacto desta temida complicação na “era moderna”.

Objetivos: Caracterizar a ocorrência de AVC isquêmico ou AIT em doentes hospitalizados após realização de cateterismo cardíaco, identificar possíveis fatores de risco e perceber o seu impacto prognóstico

Metodologia: Estudo observacional, caso-controlo e unicêntrico. A amostra em estudo (casos e controlos) foi obtida por um método de amostragem por conveniência, sendo proveniente de uma mesma base hospitalar dos cateterismos cardíacos realizados na instituição. Os indivíduos submetidos a cateterismo cardíaco (eletivo/emergente) no período entre 01.01.2016 e 31.12.2023 com evento cerebrovascular (AVC

isquémico/AIT) periprocedimento durante a hospitalização foram os casos. A amostra dos controlos foi selecionada com uma lógica de 1:4. Através dos registos clínicos colheram-se parâmetros socio-demográficos, dados clínicos e relacionados com o procedimento. Foi igualmente registado o mRS aos 3 meses após cateterismo, sendo independência funcional definida como mRS <3. Na análise estatística descritiva e comparativa entre os 2 grupos foi utilizado o SPSS, versão 29.

Resultados: Incluíram-se um total de 55 indivíduos (11 casos e 44 controlos) com uma idade média de 69,7±12,5 anos e 60% (n=33) homens. A incidência de eventos cerebrovasculares no período incluído foi de 0,12% (total de 9455 procedimentos). Apenas 2 casos (18%) foram submetidos a terapêuticas de fase aguda. O cateterismo foi emergente em 29 ocasiões (53%), sendo que 2/3 corresponderam a EAM com supra-desnívelamento do segmento ST. Constatou-se doença coronária de três vasos (D3V) em cerca de metade dos casos (49%, n=27). O fator de risco vascular mais prevalente foi a HTA (87%). As variáveis associadas com a ocorrência de um AVC periprocedimento foram a presença de diabetes mellitus e de D3V (OR 5,15, IC95% 1,19-22,33; OR 6,50, IC95% 1,25-33,70, respetivamente). Não existiram diferenças significativas entre os 2 grupos relativamente ao sexo, idade, procedimento emergente ou presença de insuficiência cardíaca. A ocorrência de um evento cerebrovascular associou-se significativamente com um pior prognóstico funcional (p=0,016, OR 0,10, IC95% 0,01-0,64; ajustado para a idade).

Conclusões: A incidência de AVC após cateterismo cardíaco no nosso estudo é similar à publicada na literatura e próxima do limite inferior, não obstante se devam ter em consideração as diferenças nos critérios de inclusão. Por outro lado, o nosso trabalho demonstrou que a ocorrência de um evento cerebrovascular neste contexto pode influenciar o prognóstico funcional dos doentes. Face às limitações inerentes à natureza e dimensão amostral do nosso estudo, os resultados deverão ser interpretados com cautela.

Agradecimentos: Ao Prof. Firmino Machado pela ajuda no desenho do estudo.

P36 | INFLUÊNCIA DA INFORMAÇÃO AFERENTE PROVENIENTE DO PÉ NA MODULAÇÃO DO TÓNUS DOS SEGMENTOS DISTAIS DO MEMBRO INFERIOR: ESTUDO DE CASO

Autores: Sara Lata¹, Mariana Vasconcelos¹, Augusta Silva¹ & Christine Cunha¹

Instituição: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto, Porto, ¹Área Técnico-Científica de Fisioterapia

Introdução: O tónus postural, definido como a atividade dos músculos posturais antigravíticos necessária para vencer a força da gravidade, é fundamental para a realização de qualquer movimento voluntário e, conseqüentemente, para a interação do indivíduo com o ambiente e a tarefa. O tónus postural resulta da coativação sinérgica de músculos posturais flexores e extensores, de forma a lidar eficientemente com a ação da gravidade. Esta capacidade para a coativação sinérgica carece de uma orquestração entre os tratos vestibulares, a par dos reticuloespinais que são fundamentais para a modulação do tónus postural. Esta função de modulação está integrada e é fundamental na atividade da marcha. Na fase de duplo apoio da marcha, a informação aferente propriocetiva relativa ao estado de tensão e comprimento dos músculos intrínsecos do pé, detetada através dos órgãos tendinosos de *golgi* e dos fusos neuromusculares, assim como a informação aferente cutânea proveniente do pé têm impacto na modulação do tónus postural pela sua influência na formação reticular. Lesões do sistema nervoso central, nas quais se enquadram as decorrentes de um acidente vascular cerebral no território da artéria cerebral posterior, podem levar à perturbação da modulação do tónus pela diminuição da integração da informação propriocetiva, dado que esta artéria irriga estruturas responsáveis pela integração sensorial e por transmitirem informação aos córtices somatossensorial e motor relativa à sensação somática do corpo. Este estudo de caso teve como objetivo testar a hipótese de que através da “manipulação” de informação predominantemente propriocetiva proveniente do pé, é possível reportar modificações ao nível da orientação postural dos segmentos distais do membro inferior, na atividade da marcha.

Caso clínico: Sobrevivente de acidente vascular cerebral isquémico ao nível da artéria cerebral posterior, do sexo feminino, com 58 anos. Encontra-se restrita na participação em atividades que englobem caminhar no exterior em pisos irregulares. O exame objetivo comtemplou a análise da marcha e da sequência de sentado para de pé, com recurso ao *software* Kinovea e a aplicação do teste de desempenho *Timed Up and Go*. Após as seis semanas de intervenção, verificou-se um aumento da

variação da orientação postural dos segmentos pé e perna, no sentido da dorsiflexão, em 16,3° e 10,6°, nas fases de contacto inicial e acomodação da carga, respetivamente. Também se verificou uma diminuição do tempo de execução do teste *Timed Up and Go* em 5s.

Conclusão: Através da “manipulação” da informação aferente proveniente do pé, foi possível promover a variação da orientação dos segmentos pé e perna, no sentido da dorsiflexão, nas fases de contacto inicial e acomodação da carga, da marcha, pela possível influência desta informação na modulação do tónus. Esta variação da orientação repercutiu-se na diminuição do risco de queda, no aumento da velocidade da marcha e, principalmente, no aumento da participação do indivíduo.

P37 | TREINO DE EQUILÍBRIO CORPORAL APÓS AVC: ESTUDO DE CASO

Ana Luísa Dores, Conceição Ferreira, Patrícia Ferreira, Paula Silva
Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: Após um AVC, a pessoa pode apresentar sinais/sintomas decorrentes do compromisso neurológico nomeadamente no âmbito do equilíbrio corporal¹. Os distúrbios no equilíbrio têm grande impacto e podem levar à diminuição na capacidade para a realização das atividades de vida diária². Assim, é essencial a intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação (EER) para assistir na reeducação das funções perdidas³.

Uma intervenção precoce permite promover o autocuidado e maximizar a capacidade funcional, permitindo que a pessoa vivencie transições saudáveis, com vista à reintegração social e melhoria da qualidade de vida⁴.

Objetivos: Demonstrar os ganhos obtidos no treino de equilíbrio corporal após um AVC, através de um estudo de caso.

Metodologia: Estudo de caso realizado entre 23/11 e 10/12 de 2024, num serviço de medicina de um hospital do norte. A recolha de dados foi efetuada através da análise dos registos do SClínico e da aplicação da escala de Berg para a avaliação do equilíbrio estático e dinâmico.

Cumpridos os requisitos formais e éticos, nomeadamente, o consentimento informado da utente.

Trata-se de uma utente de 30 anos, feminino, previamente autónoma, internada por AVC isquémico cerebeloso subagudo direito, NHISS 4. À entrada no serviço apresentava alterações do equilíbrio estático e dinâmico em posição de sentado e em ortostatismo e ligeira disartria.

Elaborado um plano individual de reabilitação para a reeducação funcional que englobou treino de equilíbrio através de exercícios em pé com pulseiras de 1kg em cada pé, levantar e sentar sem apoio, na posição sentada usar os pés para segurar e elevar uma bola, treino de marcha sobre superfícies instáveis, contorno de obstáculos, subir/descer escadas e alongamentos.

Este plano foi realizado todos os dias de segunda a sexta, no turno da manhã e reavaliado semanalmente.

Resultados: Inicialmente, foi diagnosticado um compromisso no equilíbrio corporal: apresentava um score inicial de 42 com progressão para um score final de 56.

Após implementação do programa de reabilitação tornou-se evidente a melhoria no equilíbrio corporal e consequentemente na capacidade funcional.

Conclusões: É indiscutível a importância de uma intervenção precoce e contínua por parte do EER de forma a contribuir para a recuperação da sua funcionalidade, potenciando a reconstrução da autonomia e a reinserção social. A intervenção do EER traz ganhos em saúde em áreas específicas como o equilíbrio corporal, sendo que a continuidade destes programas no domicílio ou unidades de reabilitação são fundamentais na reconstrução da autonomia.

Palavras-chave: AVC; Equilíbrio; Enfermagem; Reabilitação

Referências bibliográficas

1. Organização Mundial da Saúde (2066). Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais. Genebra, Organização Mundial da Saúde. <https://www.paho.org/hq7dmdocuments/2009/manualpo.pdf>
2. Bomer, T., Firmino, T., Devetak, G., Martello, S., Moser, A., & Manfra, E. (2019). Efeitos do Treino de Marcha com Suporte Parcial de Peso Corporal Associado a Fisioterapia Convencional sobre o Equilíbrio Funcional e a Independência da Marcha Pós-AVC: Estudo Clínico Randomizado. *Revista Inspirar Movimento e Saúde*, 19(4). <https://www.inspirar.com.br/revista/277287/>

3. Assembleia da República (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nº 140/2019, D.R. II Série, Nº 26. Lisboa. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
4. Ramos, S., Silva, D., Buchaim, D., Buchaim, R., & Audi, M. (2020). Evaluation of respiratory muscular strength compared to predicted values in patients with stroke. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 1091. <https://doi.org/10.3390/ijerph17031091>

P38 | PREVALÊNCIA, FATORES AGRAVANTES E RESPOSTA AO TRATAMENTO NO SÍNDROME DE DOR REGIONAL COMPLEXA, A IMPORTÂNCIA DE UM DIAGNÓSTICO PRECOCE.

André Ribeiro¹, Sofia Moreira¹, Sandra Assunção¹, Daniela Alves²

Unidade Local de Coimbra¹, Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro²

Introdução: A síndrome de dor regional complexa é uma entidade frequentemente vista no contexto dos cuidados de reabilitação em centros especializados, cujo enfoque se encontra no tratamento de doentes pós-AVC em fase subaguda ou crónica. Esta síndrome também conhecida como síndrome ombro-mão, é uma condição neuropática de alto impacto a nível da qualidade de vida e função destes doentes e que pelas particularidades de perceção de dor, alterações da capacidade de comunicação como afasia, e/ou presença de dor de etiologia central, é muitas vezes subdiagnosticada ou abordada numa fase tardia. O tratamento tardio desta síndrome, normalmente realizado com ciclos de corticoterapia de alta dose, poderá resultar numa perda de eficácia do mesmo, nomeadamente pela entrada, no que se refere como, fase fria, bem como o acumular de sequelas musculoesqueléticas, como retrações que resultam de extensos períodos de imobilização de tais segmentos.

Objetivos: Este estudo, transversal e retrospectivo, teve como objetivo a recolha de dados referentes aos diagnósticos de SDRC em doentes pós-AVC com o intuito de alertar para a prevalência, fatores agravante e resposta ao tratamento

Metodologia: Recolha de dados correspondente ao período entre 2023. N=62. Tendo como critérios de seleção o diagnóstico prévio de AVC. Recolha de dados realizado com o recurso à consulta de processo clínico em Sclinic. Excluídos doentes com outros diagnósticos de base ou lesão/ausência de membro superior no hemisfério afetado. Dados trabalhados em Excel. Correlação entre eficácia de tratamento, gravidade da lesão, período médio de mobilização do membro respetivo.

Resultados: Da amostra de 62 doentes (39 sexo masculino e 23 do sexo feminino), encontrou-se uma prevalência de SDRC de 19,4%. Pacientes com SDRC apresentaram pontuações significativamente mais baixas na avaliação de função motora, utilizando a escala *Action Research Arm Test*, bem correlação direta com aumento do período de imobilização. Essas pontuações apresentaram correlação inversa com a intensidade da dor, medida pela Escala Numérica de Dor (NRS). A ausência de uso do membro superior, mesmo sem imobilização explícita, parece contribuir para o desenvolvimento e gravidade da SDRC. O estudo refere ainda os protocolos de tratamento aplicados a este doente e a respetiva resposta.

Discussão/Conclusão: Fatores de risco como subluxação do ombro, espasticidade e desfechos funcionais precários reforçam a necessidade de diagnóstico precoce e estratégias preventivas. A criação de um programa de reabilitação específico e eficaz, bem como a promoção do uso do membro afetado podem reduzir o risco de SDRC e melhorar a qualidade de vida dos sobreviventes de AVC. Estudos adicionais são essenciais para aperfeiçoar essas intervenções e esclarecer a fisiopatologia subjacente.

P39 | DA GRAVIDADE À INDEPENDÊNCIA: A ASSOCIAÇÃO ENTRE DUAS ESCALAS EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Catarina Silva¹, Jorge Ribeiro², Gonçalo Felgueiras², Ana Onofre de Carvalho², Sofia Mesquita¹, Francisco Neves¹, Maria Pires¹, Jonathan Rios¹, Revelino Lopes²

1-CMR Sul, ULS Algarve; 2- Serviço de MFR do Hospital de Faro, ULS Algarve

Introdução: O NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) é uma escala amplamente utilizada para avaliar a gravidade clínica do AVC na fase aguda, na estratificação de risco, previsão de resultados e planeamento do tratamento.

Por outro lado, a MIF/MAF (Medida de Avaliação Funcional) é uma ferramenta abrangente que avalia o desempenho funcional em atividades da vida diária (AVD) e capacidades cognitivas, com a inclusão de itens adicionais relevantes para populações com doença neurológica e incapacidade associada, refletindo assim a capacidade funcional e a independência, bem como a eficácia das intervenções de reabilitação.

NIHSS e a MIF/MAF são ferramentas fundamentais para profissionais de saúde que atuam em AVC. Estudos prévios apontam que scores mais elevados do NIHSS estão associados a maior gravidade do AVC, pior prognóstico funcional e maior dependência. Compreender a relação entre essas escalas pode proporcionar informações valiosas sobre a transição entre a abordagem na fase aguda e a reabilitação funcional, ajudando a estabelecer metas realistas, planejar intervenções apropriadas e prever o nível de assistência necessário na alta.

Objetivo: Este estudo visa explorar essa relação no contexto de reabilitação intensiva.

Material e métodos: Foi realizada uma análise retrospectiva dos registos clínicos de pacientes com AVC agudo internados numa única unidade hospitalar e admitidos num centro de reabilitação entre janeiro de 2023 e dezembro de 2023.

Os valores de NIHSS foram registados nas primeiras 24 horas após a admissão na unidade hospitalar e os scores da MIF/MAF foram recolhidos na admissão e alta do centro de reabilitação.

Os dados recolhidos foram expressos em média e desvio padrão e foi realizada a correlação estatística com coeficiente de Pearson e significância em $p < 0,05$, com base no SPSS v24.

Resultados: Um total de 39 pacientes, 77% do sexo masculino e 23% feminino, idade média de $64 \pm 9,53$, 28% AVC hemorrágicos e 72% isquémicos com predominância da ACM (41%).

NIHSS médio $11,33 \pm 6,68$ e MIF/MAF à alta $163,44 \pm 30,75$ com uma evolução (alta – admissão) média $34,67 \pm 18,50$.

Foi identificado um coeficiente de correlação de 0,327 com $p = 0,042$ entre o NIHSS e a evolução da MIF/MAF, indicando uma associação positiva moderada entre a gravidade inicial do AVC e o ganho funcional durante a reabilitação. Além disso, observou-se uma correlação de -0,452 com $p = 0,004$ entre o NIHSS e o score absoluto da MIF/MAF à data da alta, sugerindo que pacientes com maior gravidade neurológica inicial apresentaram menores níveis de independência funcional ao término da reabilitação. A média da MIF/MAF à data da alta foi de $5,45 \pm 1,02$, refletindo que à data de alta estes doentes precisam de, no máximo, uma supervisão de terceira pessoa.

Conclusão: Os resultados deste estudo mostram o papel do NIHSS como preditor inicial da evolução funcional em reabilitação. Por outro lado, os resultados destacam a importância de adaptar estratégias de reabilitação em doentes com quadro neurológico mais grave, promovendo a maximização da independência funcional e a qualidade de vida na alta hospitalar.

P41 | O PAPEL DA EQUIPA INTERDISCIPLINAR NO REGRESSO A CASA DA PESSOA APÓS UM AVC: UM CASO CLÍNICO

Patrícia Coelho¹, Maria José Lumini¹, Pedro Melo¹, Rosa Silva¹, Luís Fernandes²

¹- Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS@RISE, ² - Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

Introdução: O regresso a casa após um Acidente Vascular Cerebral (AVC) representa uma fase crítica de transição, com impactos físicos, psicológicos e sociais para o doente e família. A interdisciplinaridade é essencial na transição para o domicílio. A colaboração interdisciplinar permite compreender as mudanças estruturais e orientar intervenções em consonância com as necessidades da pessoa e da família. O papel da equipa interdisciplinar é fundamental para elaborar um plano personalizado que facilite a adaptação, continuidade dos cuidados e qualidade de vida.

Objetivo: Descrever o papel da abordagem interdisciplinar na reabilitação da pessoa após AVC em contexto domiciliário.

Caso Clínico: O Senhor J., 68 anos, sofreu um AVC Isquémico em território da ACME, resultando em hemiplegia direita, alteração dos campos visuais com hemianopsia homónima à direita, afasia motora e alteração da deglutição com disfagia para líquidos.

O programa de reabilitação iniciou-se precocemente para minimizar défices, melhorar a autonomia e facilitar a reintegração sociofamiliar. Este contemplou exercícios terapêuticos para fortalecimento

dos músculos remanescentes, treino funcional para melhorar o equilíbrio e a mobilidade e a comunicação que incidiu no treino da linguagem. Após 14 dias de internamento na unidade de AVC, o Sr. J demonstra vontade em regressar a casa e transmite-o à sua família. Em articulação com os elementos da equipa multidisciplinar, deu-se início ao processo de preparação para o regresso ao domicílio. Contudo, na avaliação inicial, foi identificada, ansiedade e receio da esposa, principal cuidadora, quanto à sua capacidade para prestar cuidados.

A esposa foi capacitada através de ensinamentos sobre transferências, posicionamentos, disfagia, cuidados à pele e organização de uma rotina de cuidados adaptada às necessidades do marido pela equipa de enfermagem de reabilitação. Foram implementadas ainda, estratégias, para gestão emocional e no apoio psicossocial que envolveram o enfermeiro de família e especialista em saúde mental. O Sr. J. integrou um programa de apoio domiciliário interdisciplinar, segundo o Modelo de Suporte Básico para Cuidar no Domicílio (Coelho, 2017) com visitas regulares de uma equipa de cuidados especializados, incluindo reabilitação. As intervenções foram individualizadas às necessidades da pessoa e família. Os cuidados focaram-se no reforço das competências adquiridas e na resolução de desafios emergentes, complementadas por teleconsultas.

Conclusões: O regresso a casa após um AVC requer uma abordagem interdisciplinar estruturada e centrada na pessoa, com foco na capacitação da família. O modelo Suporte Básico para Cuidar no Domicílio evidencia a importância do apoio personalizado e contínuo no contexto domiciliário para garantir a continuidade dos cuidados e prevenir complicações. A abordagem centrada na pessoa, aliada à capacitação do cuidador e à colaboração e articulação interdisciplinar, permite compreender as mudanças associadas a esta fase, garantindo intervenções alinhadas e complementares na transição para o domicílio, aliada a estratégias personalizadas, maximizando os resultados em saúde e a qualidade de vida.

Futuros estudos poderão explorar o impacto de programas de reabilitação em contexto domiciliário, pela replicação do modelo Suporte Básico para Cuidar no Domicílio, promovendo um cuidado individualizado assegurando a auto-determinação, autonomia e qualidade de vida da pessoa.

Referências Bibliográficas:

- Coelho, S. (2017). Modelo de Suporte Básico para Cuidar no Domicílio: Perspectivas de intervenção domiciliária. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2017 [citado em 20 julho 2020]. Disponível na Internet: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretoriode-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-882061.pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAARYszltzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2019). Reabilitação em sistemas de saúde: guia para a ação. Genebra: OMS. Disponível em: <https://www.who.int>
- Organização Mundial da Saúde. Manual STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais. Genebra: Organização Mundial da Saúde [citado em 21 julho 2020]. Disponível na Internet: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>
- Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados (NICE). (2021). Reabilitação de AVC em adultos: diretriz clínica. NICE. Disponível em: <https://www.nice.org.uk>
- Santos J, Martins M, Campos C. A pessoa com AVC em processo de reabilitação: ganhos com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação. Rev Port Enf Reab [Internet]. 15 de Dezembro de 2020 [citado 29 de Novembro de 2024];3(2):36-43. Disponível em: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/62>

P42 | DEPENDÊNCIA FUNCIONAL NO PRIMEIRO ANO APÓS O AVC

Isabel Queirós¹, Beatriz Ramos², Catarina Vaz², Daniela Dinis², Francisca Costa², José Fins², Ricardo Varela², Pedro Castro³, Bruno Carvalho³, Ricardo Almendra⁴, Mafalda Perdicoulis⁴, Rui Felgueiras², Gabriela Lopes², Sara Cavaco⁵, Rui Magalhães¹, Manuel Correia^{1,2} e Luísa Maia^{1,2,6}.

1- Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), Universidade do Porto, Porto, Portugal., 2- Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto, Portugal., 3- Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal., 4- Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal., 5- Serviço de Neuropsicologia, Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto, Portugal., 6- Instituto de Investigação e Inovação em Saúde (i3S), Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Introdução: O AVC é uma patologia altamente prevalente na população portuguesa e a principal causa de incapacidade em Portugal. A elevada incidência e baixa letalidade do AVC resulta numa proporção significativa de doentes com incapacidade funcional.

Objetivos: Avaliar a incapacidade funcional nas atividades de vida diária, ao ano, dos doentes com AVC isquémico, hemorrágico e AIT.

Métodos: Estudo prospetivo dos doentes admitidos no nosso Centro Hospitalar, pelo protocolo da Via Verde AVC (VVAVC), entre setembro de 2022 e dezembro de 2023. Os doentes foram seguidos aos 3 e 12 meses, registando-se a recorrência de AVC e o estado funcional (escala mRankin). Aos 12 meses, avaliação presencial dos doentes com mRankin \leq 3 e por telefone dos restantes, avaliando-se a atividade funcional em 6 domínios (*Activities of Daily Life Questionnaire*) junto do cuidador: Autocuidado (6 itens), Cuidados Domésticos (6), Emprego/Lazer (4), Compras/Dinheiro (3), Viagens (4) e Comunicação (5). Cada item pontua de 0 (sem problemas) a 3 (já não é capaz de realizar a atividade). A incapacidade foi classificada como ligeira (<33%), moderada (34-66%) e severa (\geq 66%). Aplicou-se um modelo de regressão logística para identificar preditores de incapacidade severa ao ano.

Resultados: Foram admitidos 665 doentes pela VVAVC, dos quais foram excluídos 134 *Stroke mimics*, 18 por outros critérios (não residentes, recusas). Registaram-se 136 óbitos, sobrando 377 doentes para avaliação ao ano dos quais foram observados 308 (249 AVCs isquémicos, 21 hemorrágicos e 38 AITs).

Os doentes apresentavam uma idade média de 70,7 (dp=12,5), 49% eram mulheres e 88% apresentavam mRankin prévio<3. Aos 3 e 12 meses, 57% e 53% dos doentes apresentavam um mRankin<3, respetivamente. Aos 12 meses, 57% dos doentes apresentavam uma incapacidade funcional ligeira, 18% moderada e 25% severa. Aos 12 meses cerca de 11% dos doentes com mRs 0-2 e 61% dos doentes com mRs=3 tinham incapacidade funcional moderada a severa. Os doentes com incapacidade severa tinham uma idade média superior ($P<0,001$), eram maioritariamente mulheres ($P=0,006$), apresentavam mais incapacidade pré-AVC/AIT ($P<0,001$) e aos 3 meses ($P<0,001$). O mRankin aos 3 meses foi o único fator preditor independente de uma incapacidade funcional severa ao ano.

Conclusões: A incapacidade funcional ao ano é elevada, podendo ser antecipada através do mRS aos 3 meses. Cerca de 30% dos doentes com mRS \leq 3 apresenta uma incapacidade moderada a severa nas atividades de vida diária. Estes resultados sublinham a relevância de incorporar medidas de funcionalidade nos resultados a longo prazo dos doentes com AVC/AIT.

P43 | VISÃO FUNCIONAL NO AVC AGUDO: CONTRIBUTO DA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DE REABILITAÇÃO NA QUALIDADE ASSISTENCIAL DA UAVC

Margarida Ferreira¹, Vânia Alexandra Guimarães², António Carvalhal³, Catarina Matos⁴

¹Fisioterapeuta, ²Terapeuta Ocupacional, ³Terapeuta da Fala, ⁴Médica Fisiatra da Unidade Cerebrovascular da Unidade Local de Saúde de São José, Lisboa

Introdução: A melhoria dos cuidados de fase hiperaguda no AVC tem permitido diminuir a sua mortalidade e morbidade. Porém, devido à sua elevada incidência, o AVC constitui a principal causa de incapacidade na população adulta. Mesmo sob terapêutica otimizada nesta fase, mais de metade dos sobreviventes necessita de Reabilitação como parte inseparável do processo terapêutico. A repercussão funcional do AVC está sub-representada no NIHSS.

Objetivos: refletir sobre os contributos da Equipa Multidisciplinar de Reabilitação (EMDR) na avaliação funcional do AVC em fase aguda, proporcionando intervenção terapêutica individualizada e orientação à saída da UAVC.

Metodologia: sistematização dos contributos mais relevantes das diferentes valências da equipa, refletindo a sua prática

Resultados: A operacionalização de uma EMDR com avaliação, discussão e articulação regular sob um modelo de trabalho multidisciplinar organizado e estruturado com Fisiatra/MFR, permitiu salientar algumas mais-valias nos cuidados prestados no quotidiano da nossa UAVC. A Fisioterapia (FT), a Terapia da Fala (TF) e a Terapia Ocupacional (TO) contribuem para a avaliação e o diagnóstico funcional no âmbito das suas competências específicas. A TF atua na otimização da comunicação com o doente

afásico e disártrico, e previne o risco de aspiração e a segurança da alimentação, minorando o impacto dos défices, com início precoce da intervenção terapêutica. A FT é essencial na permeabilização da via aérea e melhoria da ventilação do doente agudo. No doente com alterações neuromotoras, a FT promove a estimulação e a melhoria do controle motor e postural, tendo como objetivo o movimento e atividade normais. A TO tem um papel fulcral na implementação de estratégias de estimulação cognitiva e perceptiva, incluindo a imagética motora e de estimulação sensitiva e motora centrada na pessoa, visando a função e a participação nas atividades de vida diária (AVD). Ao longo do internamento na UAVC é fundamental o papel de Enfermagem de Reabilitação, nomeadamente nos cuidados no leito adequados, rastreio da Disfagia, promoção do levante em segurança e treino de AVD precoces, aspetos centrais na abordagem do stress e da tristeza associados a um AVC agudo. A EMDR tem um papel fundamental na aferição de condições e estratégias no momento da alta, visando a continuidade de cuidados e a preparação da eventual saída para o domicílio.

Discussão: As guidelines internacionais preconizam a presença de equipa multidisciplinar de Reabilitação desde a fase aguda do AVC, sendo um critério de acreditação das UAVC pela ESO. Verificamos que a EMDR permite a identificação dos problemas funcionais e uma orientação terapêutica desde fase precoce, potenciando a recuperação pós AVC no período de máxima neuroplasticidade (subagudo inicial).

Conclusões: Embora a continuidade de um modelo de trabalho multidisciplinar não esteja assegurada no continuum de cuidados a nível nacional, revela-se muito relevante desde o princípio, para a recuperação após tratamento Gold-Standard de fase hiperaguda e na qualidade de vida do sobrevivente de AVC, devendo ser replicado nas diferentes fases após o AVC.

P44 | EFEITOS DO PROGRAMA DE AUTOGESTÃO COMVIDA (BRIDGES-PT) EM ADULTOS COM AVC: UM ESTUDO QUASI-EXPERIMENTAL

Carla Mendes Pereira^{1,2}, Daniela Branco¹, Dina Salvador³, Teresa Dias¹, Daniel Carvalho⁴, Mara Matos⁵, Sandra Rodrigues¹, José Calheiros⁶, António Marques¹ e Fiona Jones⁷

¹ Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, ² Comprehensive Health Research Centre, Lisboa, ³ Escola Superior de Tecnologia de Setúbal - Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, ⁴ Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA), Santiago do Cacém, ⁵ NOVA Clinical Research Unit, Nova Medical School, Lisboa, ⁶ FP-I3ID, Universidade Fernando Pessoa, Porto, ⁷ Population Health Research Institute, St George's, University of London, London

Introdução: O AVC é uma das principais causas de incapacidade a nível mundial, com mais de 101 milhões de pessoas a viver com sequelas. O suporte para autogestão tem demonstrado melhorias na qualidade de vida, reintegração e redução das taxas de readmissão hospitalar, sendo previsto pelo Plano de Ação Europeu para o AVC o seu acesso a todos os utentes com dificuldades ligeiras a moderadas. Com base em investigação prévia, desenvolveu-se uma abordagem personalizada com adaptação do programa Bridges, acreditado pelo *UK Personalised Care Institute*, para contexto português. O programa final, ComVida (Bridges-PT), envolveu a participação de utentes, cuidadores e profissionais de saúde através de processo iterativo de coprodução. Os protótipos desenvolvidos incluem um caderno e aplicação móvel, com resultados satisfatórios de compreensibilidade, aplicabilidade e usabilidade.

Objetivos: Avaliar a viabilidade e implementação do programa de autogestão ComVida (Bridges-PT) em utentes com AVC, acompanhados em contexto hospitalar e comunitário, avaliando o impacto na autoeficácia, função física, qualidade de vida relacionada com a saúde e estado emocional.

Metodologia: Foi realizado um estudo quasi-experimental de caráter exploratório, sem grupo de controlo. A intervenção decorreu nas unidades de AVC da ULSArrábida e ULSLA, e na Saúdis-clínica de neurologia, após aprovação ética. Foram incluídos participantes com diagnóstico de AVC, mais de 18 anos, capazes de ler texto simples ou com cuidador. O programa ComVida (Bridges-PT) combinou sessões personalizadas com suporte do caderno de autogestão. Na avaliação foram utilizados o Questionário de Autoeficácia para AVC (SSEQ), Escala de Impacto do AVC (SIS-16), o Questionário de Saúde SF-12v2 e a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), em três momentos: avaliação inicial (T0), às 6 semanas (T1) e 12 semanas (T2). Foram utilizados testes T para amostras emparelhadas, tamanho do efeito de Cohen (d) e coeficiente de correlação de Pearson.

Resultados: Incluíram-se 28 utentes (idade média: 66±11,9 anos). Os resultados indicaram melhorias significativas na autoeficácia, função física, estado emocional e qualidade de vida. As pontuações no SSEQ aumentaram de 23,3 (T0) para 33,3 (T2), com uma diferença média significativa de 10,04 (IC95% 12,5-7,6; p<0,001) e valor de Cohen d de 1.57(1.01-2.12). No SIS-16 obteve-se uma diferença média significativa de 19,68 (15,46-23,9; p<0,001) e valor de Cohen d 1.81(1.20-2.41); na SF-12v2 uma diferença média significativa de 6,04 (3,14-8,93; p<0,001) e na HADS de -6,68 (IC 95% -8,9 a -4,36; p<0,001) e valor de Coehn d de -1.12 (-1.59 a -0.64).

Discussão/Conclusões: O programa ComVida(Bridges-PT) melhorou significativamente a autoeficácia, função física, qualidade de vida e bem-estar emocional dos utentes com AVC, com correlações significativas a sugerir consistência no padrão de mudança. A autoeficácia emergiu como componente crucial de suporte à autogestão, com tamanhos de efeito moderados a grandes, indicando que a intervenção aumentou significativamente a confiança dos participantes na gestão da sua condição. Contribuiu, igualmente, para melhorias na função física e qualidade de vida, e redução dos níveis de ansiedade e depressão.

Os resultados demonstram a importância do suporte à autogestão na assistência pós-AVC. No futuro será importante aumentar o tamanho da amostra, incluir grupo de controlo e randomização.

Compromissos: O estudo é integrado no projeto b-Able², financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (ref. EXPL/SAU-SER/1478/2021).

Agradecimentos: Os autores agradecem a todos os participantes que aceitaram participar no estudo.

P45 | NECESSIDADES REPORTADAS POR SOBREVIVENTES DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL CRÓNICO: RESULTADOS PRELIMINARES DE UM ESTUDO LONGITUDINAL MULTICÊNTRICO

Augusta Silva¹, Sara Lata¹, Mariana Vasconcelos¹, Cláudia Silva¹, Christine Cunha¹, Andreia Sousa¹, Rosália Ferreira¹, Soraia Pereira¹, Artemisa Rocha², Joana Pinto², Brígida Patrício³, Maria João Trigueiro⁴, Diana Tavares⁵, Marta Freitas⁶, Ana Silva Alexandrino¹, Pedro Maciel Barbosa¹

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto, Porto, ¹Área Técnico-Científica de Fisioterapia, ²Área-Técnico-Científica de Ciências Sociais e Humanas, ³Área-Técnico-Científica de Terapia da Fala, ⁴Área-Técnico-Científica de Terapia Ocupacional, ⁵ÁreaTécnico-Científica de Neurofisiologia, ⁶Área-Técnico-Científica de Fisioterapia, Escola Superior de Saúde do Vale do Ave (ESSVA), Vila Nova de Famalicão, Portugal.

Introdução: Neste trabalho apresentam-se os resultados preliminares do projeto de investigação “Cuidados de saúde, fatores clínicos, económicos e sociais preditivos da qualidade de vida após Acidente Vascular Cerebral (AVC): Estudo longitudinal multicêntrico”, no que diz respeito às necessidades reportadas por sobreviventes, em fase crónica. Apesar dos avanços clínicos observados nas últimas décadas, subsiste, ainda, um número elevado de sujeitos a necessitarem de cuidados de saúde de longo prazo. As incapacidades físicas, cognitivas e emocionais exibidas, com consequências pessoais, familiares, laborais, económicas e sociais, traduzem um conjunto de necessidades complexas e de natureza heterogénea. De facto, a diversidade e a extensão destas necessidades impactam, de modo inegável, a qualidade de vida e o bem-estar psicossocial dos sobreviventes. Neste contexto, o presente estudo pretende contribuir para o conhecimento compreensivo das necessidades do sobrevivente de AVC, na senda de uma prestação de serviços de reabilitação centrados no indivíduo.

Objetivo: Caracterizar as principais necessidades reportadas por sobreviventes de AVC, nomeadamente necessidades de natureza física, de comunicação, cognitiva, psicológica e emocional, de atividades e participação, ambiental, económica, social, profissional e familiar; e necessidades de acesso a serviços de saúde.

Metodologia: Estudo observacional descritivo transversal, constituído por 31 sobreviventes de AVC em estágio crónico, 18 do sexo feminino e 13 do masculino, com uma média de idades de 52 anos (DP=10). Apenas três dos sobreviventes apresentam um tempo decorrido após o evento inferior a 2 anos. Os participantes foram entrevistados, via Zoom, momento em que foram aplicados dois questionários, um de carácter sociodemográfico e clínico, para a caracterização da amostra, e um segundo questionário, de levantamento de necessidades, construído com base na evidência científica

mais atual e revisto por um grupo de peritos das diversas áreas. Através da estatística descritiva, foi possível realizar uma análise de frequências das respostas ao segundo questionário.

Resultados: A necessidade de serviços especializados foi a principal reportada pelos participantes (90%), tendo sido a fisioterapia e a neuropsicologia as especialidades mais referenciadas (70% e 32%, respetivamente). Seguiram-se as necessidades físicas, reportadas por 87% dos participantes, destacando-se a tensão muscular (52%) e a perda de equilíbrio/medo de cair (39%) como as mais assinaladas. Também os domínios psicológico e emocional e de atividades e participação foram eleitos pela maior parte dos participantes, 71% e 68%, respetivamente. Em oposição, as necessidades menos assinaladas correspondem às de carácter económico, ambiental e social.

Conclusões: No geral, os resultados destacaram uma elevada percentagem de sobreviventes que partilham um vasto leque de necessidades não atendidas, que persistem mesmo após decorridos 2 anos do evento vascular. Estes resultados preliminares apontam para a importância de compreender a génese das necessidades reportadas, apelando para um levantamento aprofundado da oferta pelas diferentes áreas de atuação e inerente identificação de possíveis barreiras para a sua acessibilidade.

P46 | PERSPETIVA DA DÍADE FISIOTERAPEUTA-UTENTE COM AVC SUBAGUDO ACERCA DO TEMPO PROLONGADO EM COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO NA PREPARAÇÃO DA ALTA HOSPITALAR

Ana Reis, Teresa L. Dias, Madalena Gomes da Silva

Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal

Introdução: Após um acidente vascular cerebral, muitos utentes apresentam comportamento sedentário por longos períodos de tempo, sendo que este parece estar associado a maior risco de mortalidade e incidência de doenças cardiovasculares. Contudo é pouco clara a forma como é trabalhada a preparação da alta hospitalar sobre este tema em particular.

Objetivos: Compreender a perspetiva da díade fisioterapeuta-utente relativamente à intervenção utilizada na preparação da alta, quanto à diminuição do tempo prolongado em comportamento sedentário, em utentes adultos e idosos com acidente vascular cerebral em estadio subagudo.

Metodologia: Foi realizado um estudo qualitativo de análise temática, com recolha de dados numa unidade local de saúde, através de entrevistas individuais semi-estruturadas, audiogravadas a 7 díades (7 utentes e 7 respetivos fisioterapeutas). Os dados foram analisados segundo uma análise temática indutiva, onde foram transcritos, analisados, codificados e categorizados antes de serem consolidados em temas e subtemas.

Resultados: Foram identificados 4 temas: “Diferentes entendimentos da expressão tempo prolongado em comportamento sedentário”, “Estratégias de intervenção para diminuição do tempo prolongado em comportamento sedentário na preparação da alta hospitalar”, “Fatores que favorecem a implementação de estratégias de intervenção para redução do tempo prolongado em comportamento sedentário na preparação da alta hospitalar” e “Fatores que dificultam a implementação de estratégias de intervenção para redução do tempo prolongado em comportamento sedentário na preparação da alta hospitalar”. A díade entende o tempo prolongado em comportamento sedentário como a não prática de atividade física e/ou exercício físico e como a posição de sentado, e não valoriza o fator temporal do comportamento. Para quebrar o comportamento sedentário, a díade utiliza como estratégias conversar sobre o movimento e treinar o movimento. Reconhecem aspetos que facilitam a intervenção na preparação da alta hospitalar como ter o hábito anterior de praticar atividade física, envolver a equipa multidisciplinar e a participação ativa dos cuidadores; e fatores dificultadores como as sequelas físicas e cognitivas severas, o medo de queda, a vulnerabilidade emocional, o reduzido tempo de intervenção e a incerteza quanto ao momento da alta.

Conclusões: As perceções da díade quanto à prática atual no contexto de internamento hospitalar em utentes com acidente vascular cerebral subagudo evidenciam os desafios e as oportunidades na redução do tempo prolongado em comportamento sedentário, como a necessidade de clarificar e uniformizar os entendimentos dos fisioterapeutas. Os fatores apontados como favorecedores e dificultadores poderão indicar informações úteis à implementação de estratégias que melhorem a intervenção na quebra do tempo prolongado em comportamento sedentário. O estudo enaltece a

necessidade de tornar este tópico prioritário na preparação da alta hospitalar e de investigação futura que permita compreender os benefícios de saúde associados a estas intervenções.

P47 | OCORRÊNCIA SIMULTÂNEA DE AVC ISQUÉMICO E HEMORRAGIA SUBARACNOIDEIA CONTRALATERAL EM DOENTE COM DOENÇA ATEROSCLERÓTICA CAROTÍDEA

Francisca Costa¹, Francisco Barbosa¹, Gabriela Lopes¹

1 Unidade Local de Saúde de Santo António, serviço de Neurologia, Porto, Portugal

Introdução: A ocorrência simultânea de AVC isquémico e hemorragia subaracnoideia não traumática da convexidade (HSAC) é rara, reportada num estudo como tendo uma prevalência de 0.5% na RMN realizada nos primeiros 6 dias após o evento isquémico. É frequentemente associada à presença de doença aterosclerótica carotídea hemodinamicamente significativa, sendo um dos mecanismos propostos a maior fragilidade de colaterais leptomeníngicas. De forma ainda mais rara é reportada HSAC contralateral ao AVC, por mecanismo semelhante de rotura de vasos recrutados. Não existe ainda consenso em relação ao tratamento adequado nestes doentes, nomeadamente da segurança da antiagregação.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma doente de 63 anos, com antecedentes de tiroidectomia total por carcinoma papilar e dislipidemia, que recorreu ao SU por fraqueza muscular com evolução de uma semana, inicialmente de ambos os membros inferiores, pior à direita, com agravamento progressivo e extensão aos membros superiores. À admissão apresentava tetraparésia de predomínio direito, hiperreflexia nos 4 membros e RCP em extensão bilateralmente. O TC-CE simples revelou hemorragia subaracnoideia sulcal frontal e parieto-occipital direita, que foi posteriormente confirmada com RMN-CE, a qual evidenciou também hiperintensidade peri rolândica esquerda por enfarte recente em território fronteira/da ACM esquerda. A angioTC mostrou placa ateromatosa a condicionar estenose de 75-80% do bulbo carotídeo esquerdo. Na ausência de estigmas e sinais clínicos compatíveis com SVCR, PRES ou vasculite foi assumido o diagnóstico de enfarte cerebral em território fronteira ACM/ACA por doença ateromatosa carotídea esquerda, com concomitante presença de HSA sulcal direita enquadrada no contexto da doença carotídea suboclusiva. Foi iniciada estatina e protelado o início de antiagregação pela presença de HSA. A doente foi posteriormente submetida a endarterectomia carotídea esquerda, com recanalização eficaz observada na reavaliação com ecodoppler carotídeo, apresentando, como défices sequelares, uma paresia facial central e hipostesia da hemiface esquerda.

Conclusão: Este caso ilustra a raridade da ocorrência simultânea de AVC isquémico com etiologia aterosclerótica carotídea e hemorragia subaracnoideia contralateral, com também uma apresentação atípica com tetraparésia, diagnóstico que careceu de exclusão de outras patologias, e no qual a intervenção com endarterectomia foi eficaz e permitiu a resolução quase completa dos défices.

P48 | EMBOLIA GORDA CEREBRAL COMO COMPLICAÇÃO RARA DE PANCREATITE AGUDA

Anabela Câmara¹, Luís Rufo Costa¹, Mariana Fernandes², Stefanie Moreira¹, Aurora Costa¹, João Saraiva³ e Eduardo Freitas¹

1 Serviço de Neurologia da Unidade Local de Saúde de Braga, 2 Serviço de Cirurgia Geral da Unidade Local de Saúde de Braga, 3 Serviço de Neurorradiologia da Unidade Local de Saúde de Braga

Introdução: As complicações neurológicas associadas à pancreatite aguda são pouco frequentes, entre as quais encefalopatia, retinopatia, polineuropatia e muito raramente enfarte cerebral. A entrada de êmbolos de gordura na circulação cerebral é potencialmente devastadora e associa-se frequentemente à disfunção multissistémica como parte da denominada síndrome de embolia gorda. Esta caracteriza-se pela tríade clássica de disfunção respiratória, neurológica e erupções cutâneas petequiais. Dados estimam que menos de 1% de todos os AVCs associados à pancreatite aguda seja atribuído especificamente à embolia gorda.

Caso Clínico: Homem de 69 anos, autónomo, internado por um segundo episódio de pancreatite aguda, alitiásica, complicada com obstrução duodenal. Antecedentes pessoais de HTA, DM2, dislipidemia, cardiomiopatia isquémica, tabagismo e alcoolismo.

Foi hipocoagulado no 10º dia de internamento por trombose da veia porta e havia sido colocado cateter venoso central no 17º dia para iniciar nutrição parentérica.

No 21º dia de internamento foi avaliado pela equipa de urgência de neurologia por alteração súbita do estado de consciência. Ao exame neurológico apresentava desorientação no tempo e na pessoa, afasia, hemianopsia homónima direita e hemiparesia direita grau 3 (MRC) com envolvimento da face. Sem movimentos involuntários observados.

Realizou TC-CE e Angio-TC que mostraram hipodensidades tubuliformes nos sulcos pós-central, intra-parietal e ramo marginal do sulco do cíngulo. Estas alterações lineariformes aparentavam estender-se à profundidade do centro semioval, onde o estudo de perfusão revelou lesão isquémica aguda, sem oclusão de grande vaso. Assim, assumiu-se enfarte parietal esquerdo, presumivelmente secundário a embolia gorda.

Cerca de 6 horas após o início dos sintomas houve agravamento clínico com amaurose bilateral, desvio conjugado do olhar para a esquerda, hemiparésia direita (G3 no membro superior e G0 no membro inferior). Repetiu TC-cerebral que evidenciava hiperdensidade espontânea sulcal bi-hemisférica de predomínio parieto-occipital e temporal posterior, mas também interessando os sulcos frontais superiores e médios, realçando extravasamento do contraste iodado administrado no exame prévio. Estas alterações foram enquadradas numa possível Síndrome de Encefalopatia Posterior Reversível ou Neurotoxicidade ao contraste.

No dia seguinte mantinha o mesmo estado e repetiu TC-CE que revelava hiperdensidade subaracnoideia, apagamento subaracnoideu sulcal e cisternal em associação com áreas difusas de hipodensidade da substância branca, compatível com edema cerebral difuso. A desdiferenciação cortico-subcortical com mais apagamento sulcal em topografia parietal esquerda, podia traduzir lesão isquémica recente.

Com as medidas instituídas manteve o mesmo estado neurológico associado a disfunção multiorgânica, vindo a falecer um dia depois.

Conclusão: Este caso clínico destaca a embolia gorda cerebral como uma complicação rara mas relevante no contexto de inflamação sistémica e disseminada que se assiste nos casos de pancreatite aguda complicada. Apesar de muito raramente observada, pela ausência de tratamento específico e necessidade de abordagem atempada, trata-se de uma situação particularmente catastrófica que se pretende alertar.

P49 | HEMATOMA LOBAR EM JOVEM COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO RARA DE DOENÇA GENÉTICA

Maria Carlos¹, Francisca Costa¹, José Pedro Rocha Pereira², Rui Felgueiras¹

¹Serviço de Neurologia da Unidade Local de Saúde de Santo António, ²Serviço de Neurorradiologia da Unidade Local de Saúde de Santo António

Introdução: O CADASIL é uma vasculopatia hereditária, autossómica dominante. Está comumente associado a eventos isquémicos, nomeadamente enfartes lacunares, AIT, leucoencefalopatia extensa por doença de pequenos vasos, presentes em até 85% de todos os doentes sintomáticos. Os fenómenos hemorrágicos foram raramente reportados, estimando-se cerca de 2% dos doentes sintomáticos.

Caso Clínico: Mulher de 43 anos, com antecedentes de enxaqueca sem aura, admitida por cefaleia intensa e aguda hemicraniana direita, associada a vômitos após exercício físico de alta intensidade. Posteriormente ao início da dor, apresentou clínica paroxística de défice sensitivo do hemicorpo esquerdo com duração superior a 60 minutos. Ao exame encontrava-se normotensa e apresentava uma hemianópsia homónima esquerda. A TC com angio-TC mostrou um hematoma lobar subcortical occipital lateral à direita e a presença de um vaso proeminente e com trajeto algo tortuoso adjacente ao hematoma, bem como acentuação da hipodensidade da substância branca de ambos os hemisférios cerebrais, com distribuição periventricular, onde apresentava aspeto coalescente, mas também subcorticais frontais e parietais bilateralmente. Considerando a idade e localização lobar da hemorragia, na ausência de fatores de risco vasculares, a doente realizou angiografia diagnóstica que descartou a presença malformação arteriovenosa, shunts arteriovenosos durais ou formações aneurismáticas, bem como alteração do calibre das artérias cerebrais. Para esclarecimento das

hipodensidades descritas na TC, realizou-se uma RM CE que revelou lesões hiperintensas em T2/FLAIR, subcorticais, confluentes, que atingiam as cápsulas externas e polos temporais, sem outras micro-hemorragias a traduzir um provável processo vasculopático crônico. Tendo em conta estes achados e revendo mais cuidadosamente a anamnese, nomeadamente a história familiar, encontramos história de enxaqueca, doença psiquiátrica e de AVC em jovem no pai da doente. Foi então favorecida a hipótese de vasculopatia hereditária, em detrimento de uma vasculite com atingimento do SNC, apoiado também pela normalidade da angiografia e estudo sistémico imunológico. Neste sentido, a doente colheu teste genético, que mostrou heterozigotia para a variante patogénica c.1258G>T (p.Gly420Cys) no gene NOTCH3, compatível com a suspeita clínica CADASIL.

Conclusão: Este caso clínico ilustra uma primeira manifestação atípica de CADASIL, caracterizada por um hematoma lobar, evento raramente reportado nesta doença. A combinação dos achados imagiológicos, história familiar e pessoal, foi crucial para confirmar geneticamente o CADASIL. Destacamos a importância de considerar esta condição em doentes jovens, sem fatores de risco vasculares, com hematomas intracranianos sem etiologia estrutural.

P50 | ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL, VASCULITE E ADENOCARCINOMA: UMA CONEXÃO OCULTA?

Diana de Pinho¹, Luís Rocha¹, Pedro Barros¹, Tiago Gregório^{1,2}, Ludovina Paredes^{1,2}, Miguel Veloso¹, Henrique Costa¹, Mariana Rocha¹, Joana Novo¹

¹ Unidade de AVC, Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho, ² Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho

Introdução: A arterite de células gigantes é uma vasculite inflamatória crónica que afeta artérias de grande e médio calibre, com preferência pela aorta e seus principais ramos extracranianos, especialmente as artérias temporais. A doença ocorre mais frequentemente em mulheres com mais de 50 anos e manifesta-se com sintomas como cefaleias, claudicação mandibular, alterações visuais e sinais constitucionais, acompanhados de marcadores laboratoriais como anemia e elevação da velocidade de sedimentação (VS). Embora rara, a doença pode causar complicações graves, como AVC isquémico no território vertebro-basilar, devido a estenose ou oclusão das artérias afetadas. O diagnóstico precoce é fundamental para evitar sequelas, e a corticoterapia é altamente eficaz no alívio dos sintomas e na redução do risco de complicações.

Caso Clínico: Mulher de 74 anos, internada por síndrome cerebelosa de evolução aguda, com agravamento progressivo. A TC-CE revela hipodensidades na profundidade dos hemisférios cerebelosos e da fossa posterior, de forma bilateral, em topografia cortico-subcortical a sugerirem prováveis lesões isquémicas agudas em território vertebro-basilar. A angio-RM mostrou sinais de processo estenótico/oclusivo das artérias vertebrais, que foi caracterizado por angio-TC como irregularidades de contorno e calibre luminal dos segmentos V3 e V4 bilateralmente. Os exames laboratoriais evidenciaram uma anemia microcítica, VS elevada (>100mm/h), ferritina elevada (792ng/mL) e saturação de transferrina baixa (8.7%). No contexto do estudo da anemia, realizou EDA com biópsia, que revelou um adenocarcinoma gástrico em estadio inicial (cT1b/2N0M0). Por suspeita de arterite de células gigantes, realizou ainda biópsia de artéria temporal que confirmou o diagnóstico. Iniciou-se corticoterapia em alta dose com melhoria da clínica, e posteriormente foi realizado esquema de desmame, sem recorrência clínica, para que a doente fosse submetida a tratamento cirúrgico da neoplasia.

Conclusão: A arterite de células gigantes é uma causa rara de AVC, geralmente com uma evolução subaguda, embora casos de apresentação mais aguda também ocorram. Alguns estudos apontam para uma maior incidência de neoplasias, especialmente hematológicas, nesses doentes. Apresentamos o caso de uma doente com AVC secundário à arterite de células gigantes, diagnosticada simultaneamente com uma neoplasia gástrica em estadio inicial. A gestão terapêutica exige uma avaliação abrangente, equilibrando riscos e benefícios, além de um plano individualizado para controlar comorbidades.

P51 | INFLUÊNCIA DA MODULAÇÃO DO TÓNUS POSTURAL NO ACOPLAMENTO INTERMEMBROS DURANTE A MARCHA: ESTUDO DE CASO APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Mariana Vasconcelos, Sara Lata e Augusta Silva
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto

Introdução: Na marcha, a par da modulação do tónus da musculatura distal dos membros inferiores, também a modulação do tónus dos músculos antigravíticos dos membros superiores parece contribuir para a coordenação entre membros. Este acoplamento entre membros, durante a marcha, tem na sua génese uma sustentação neural, pela ação do trato reticuloespinal lateral que, ao inervar os neurónios motores desta musculatura distal dos membros superior e inferior, contribui para a coordenação entre segmentos anatomicamente distantes. Assim, em sujeitos com frequente comprometimento de axónios e/ ou neurónios que contribuam para este trato reticuloespinal, como no caso do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no território da artéria cerebral média, é necessário contemplar esta hipótese de disfunção do movimento. A influência que a informação aferente da periferia tem no recrutamento de interneurónios localizados na medula espinal com impacto na modulação do *output* dos neurónios motores e conseqüentemente na modulação do tónus, suporta decisões de atuação na área da fisioterapia. Este estudo de caso teve como objetivo testar a hipótese da influência do *input* aferente no membro superior contralesional no *output* motor do membro inferior contralesional.

Caso Clínico: Participou neste estudo um sujeito do sexo masculino, de 53 anos, com disfunções ao nível da modulação do tónus postural dos membros superior e inferior contralesionais e ao nível do recrutamento da musculatura intrínseca da mão, na sequência de um AVC ocorrido há 20 meses. A avaliação incidiu sobre as fases de contacto inicial e de acomodação da carga na marcha, e sobre a fase de translação anterior do tronco até ao momento do *seat off* na sequência de sentado para de pé, através da medição das amplitudes entre os segmentos braço e antebraço contralesionais e entre os segmentos perna e pé contralesionais. O sujeito foi exposto a uma sessão de intervenção única, incidindo na potenciação das funções afetadas, através do fornecimento de *input* sensorial e proprioceptivo. Após a sessão, foi possível verificar-se um aumento de 10,7° e de 12° de extensão de cotovelo na marcha e na sequência de sentado para de pé, respetivamente, bem como um aumento de dorsiflexão do pé, traduzido através da diminuição de 12° na marcha e de 2,3° na sequência de sentado para de pé, entre os segmentos perna e pé. Tais resultados sugerem uma modificação do comportamento dos músculos braquiorradial e solear contralesionais, no sentido da sua modulação e, ainda, uma variação da orientação postural de ambos os membros no espaço, apontando para uma maior otimização da função da modulação do tónus postural.

Conclusões: Considerando que a literatura tem evidenciado a influência do *input* aferente da periferia dos membros inferiores no *output* motor dos membros superiores, os resultados observados no presente estudo, ao demonstrarem a existência de efeito em sentido inverso, são promissores quanto à bidirecionalidade da influência entre segmentos distais e quanto ao acoplamento entre membros, com implicações evidentes para a intervenção em fisioterapia em sobreviventes de AVC.

P52 | EVENTOS ISQUÉMICOS CEREBRAIS RECORRENTES COMO APRESENTAÇÃO DE HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSTICA NOTURNA

José Bandeira Costa¹, Diogo Antão¹, Elisa Martins Silva¹, Albertina Nunes², Joana Marques¹

¹Serviço de Neurologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, Lisboa, ²Serviço de Hematologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, Lisboa

Introdução: A Hemoglobinúria Paroxística Noturna (HPN) é uma doença rara, adquirida do sistema hematopoiético, com manifestações clínicas variadas e inespecíficas incluindo disfunção hematológica, risco trombótico e disfunção de órgão-alvo. Fenómenos trombóticos, venosos e arteriais, constituem a principal causa de morte nestes doentes.

Caso Clínico

Homem de 52 anos, moçambicano, hipertenso e com história de fadiga e anemia com meses de evolução. Reportava episódio súbito e transitório de disartria e fraqueza do membro superior direito com duração de poucos minutos. Um mês após o evento, tem novo quadro súbito de alteração da sensibilidade e força do hemicorpo direito, com hemiparesia grau 4. Realizada RM-CE que documentou pequena lesão isquémica em território da artéria cerebral média (ACM) esquerda, sendo iniciada dupla antiagregação plaquetária.

Da investigação hematológica destacam-se anemia macrocítica (Hb 6.2 g/dL) e aumento da LDH (2489 UI/L), presença de clone HPN no sangue periférico (72% dos granulócitos e 35% dos eritrócitos) e mielograma com hiperplasia eritroide. Feito o diagnóstico de HPN hemolítica (clássica).

Clinicamente, por suspensão transitória de antiagregação aquando da biópsia osteomedular, ressurgem episódios diários de hipostesia do hemicorpo direito, com duração de 10-15 minutos. Ao terceiro dia destes eventos recorre ao Serviço de Urgência, mantendo ao exame neurológico discreta hemiparesia direita. Realizou TC-CE sem sinais de isquemia recente, estudo venoso sem sinais de trombose venosa cerebral e Angio-TC que identificou estenose com franca redução do calibre da ACM esquerda. Realizou RM-CE com sinais de enfarte subagudo no centro semioval à esquerda e Angio-RM onde se evidenciou irregularidades da artéria carótida interna (ACI) esquerda, estenose grave dos segmentos M1 e M2 da ACM ipsilateral, segmento P1 da artéria cerebral posterior esquerda e dos segmentos A1 das artérias cerebrais anteriores. A restante investigação de AVC no jovem não mostrou alterações relevantes.

Admitido AVC de repetição no contexto de estenose sintomática da ACM esquerda, em doente com estenoses intracranianas, de provável natureza vasculítica associada à doença de base.

Retomada dupla antiagregação e iniciada estatina em dose máxima. Foi igualmente iniciada corticoterapia como terapêutica de ponte, até ao início de eculizumab.

5 dias após este evento realizou ecodoppler dos vasos do pescoço e intracraniano, mantendo estenose da ACI esquerda, sendo que aos 10 meses sob eculizumab o doente não voltou a apresentar novos eventos isquémicos cerebrais.

Conclusões: Na HPN existe predisposição para o desenvolvimento de eventos trombóticos, em particular venosos. Eventos arteriais cerebrais são muito raramente descritos, com casos na literatura por doença esteno-oclusiva assumindo-se estado pro-trombótico e vasoespasmos.

O reconhecimento desta patologia, a abordagem multidisciplinar e a instituição terapêutica precoce, nomeadamente com inibidores do complemento, são imperativos. O tratamento dirigido associa-se a uma redução dos eventos trombóticos nos doentes com HPN e a um aumento na sobrevida

P53 | SÍNDROME DE BOW-HUNTER: RELATO DE CASO DE ISQUEMIA VERTEBROBASILAR POR COMPRESSÃO DINÂMICA DA ARTÉRIA VERTEBRAL

Rita Rato ^{1,2}, Bárbara Martins ^{1,2}, Diana Serra³, Andreia Costa ^{1,2}, Tiago Pedro ⁴; Luís Albuquerque ⁴; Pedro Castro^{1,2}

1-Serviço de Neurologia, ULS São João, Porto, Portugal, 2-Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 3- Serviço de Medicina Física e Reabilitação, ULS São João, Porto, Portugal 4- Serviço de Neurorradiologia, ULS São João, Porto, Portugal

Introdução: O Síndrome de Bow-Hunter (SBH) caracteriza-se por eventos vasculares isquémicos da circulação posterior devido à estenose dinâmica da artéria vertebral dominante. A causa mais frequente é a compressão rotacional da artéria vertebral por um osteófito hipertrófico, geralmente em C1-C2. Outras etiologias incluem variações anatómicas das artérias vertebrais, hérnias discais, bandas fibrosas e subluxação atlantoaxial.

Caso Clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 88 anos, mRankin 1, com antecedentes de dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes mellitus e doença osteoarticular difusa. Desde dezembro de 2023, três internamentos por AVC isquémico menor no território vertebrobasilar (12/2023, 04-05/2024), com recuperação total dos défices entre os episódios.

A ressonância magnética cerebral (RM) realizada em 05/2024 revelou lesões isquémicas recentes em ambos os hemisférios cerebelosos, pedúnculo cerebeloso e associadas a múltiplas sequelas vasculares crónicas vertebro-basilares. O eco-doppler cervical revelou uma artéria vertebral esquerda hipoplásica, com patência de fluxo em ambas, padrão de alta resistência e velocidades de fluxo reduzidas à esquerda a nível cervical, mas simétricas a nível intracraniano. Em 05/2024, observou-se fluxo de elevada resistência na artéria vertebral esquerda em V1 e V2, com ausência de fase diastólica. No segmento V2 cervical alto e no segmento V3, registou-se inversão de fluxo. A nível intracraniano, persistiam alterações hemodinâmicas na circulação vertebrobasilar dependentes da posição cefálica, especialmente à esquerda, com fluxo bifásico na artéria vertebral esquerda e fluxo

amortecido na artéria basilar. A tomografia cervical evidenciou um osteófito em C3-C4, comprimindo dinamicamente a artéria vertebral, compatível com Síndrome de Bow Hunter (SBH).

Estabelecido o diagnóstico, a doente foi submetida a angioplastia da artéria vertebral esquerda em 08/2024. Após procedimento, com Eco-doppler cervical e transcraniano, não revelou alterações hemodinâmicas com a posição cefálica.

Em 09/2024, recorreu ao serviço de urgência por déficit motor direito, desequilíbrio, disartria e paresia facial central (NIHSS 5). A TC cerebral e Angio-TC revelaram oclusão intra-stent, (confirmada por eco-doppler) com boa circulação colateral, sem novas lesões isquémicas. A doente apresentou resolução posterior dos défices.

Até ao momento, sem evidência imagiológica de eventos vasculares no território vertebrobasilar. A doente mantém vigilância e seguimento em consulta de neurologia.

Conclusão: O SBH é uma causa rara de insuficiência vertebrobasilar. Este caso destaca a relevância de considerar esta entidade no diagnóstico diferencial aquando da presença sintomas recorrentes da circulação posterior, particularmente quando os episódios são dependentes de movimentos cefálicos. A compressão dinâmica reversível da artéria vertebral esquerda por alterações degenerativas em C3-C4 explica os sintomas e os eventos isquémicos repetidos nesta doente. Apesar da raridade desta condição, o diagnóstico requer uma abordagem detalhada, incluindo estudos hemodinâmicos e imagiológicos específicos. Contudo, a ausência de um tratamento padronizado continua a ser um desafio na gestão destes casos.

P54 | ENFARTE MEDULAR ESPONTÂNEO: UMA DOENÇA RARA COM ETIOLOGIAS MENOS FREQUENTES

Afonso Morgadinho¹, Marta Nascimento¹, Ana Patrícia Pereira¹, Miguel Rodrigues¹, Liliana Pereira¹

¹Serviço de Neurologia da Unidade de Saúde Local de Almada-Seixal, Almada

Introdução: O enfarte da medula espinhal é uma entidade rara. É frequentemente uma complicação cirúrgica, decorrente de hipotensão sistémica ou manipulação da aorta. As causas espontâneas são semelhantes às de AVC isquémico.

Caso clínico: Mulher, 60 anos, com hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade e síndrome de apneia obstrutiva do sono. Iniciou quadro súbito, progredindo em poucas horas, de dor intensa abdominal inferior, irradiada ao membro inferior direito, seguida de diminuição da sensibilidade bilateral até à região umbilical e da força muscular nos membros inferiores. Avaliada inicialmente por Cirurgia, foram excluídas causas de abdómen agudo cirúrgico e compressão ou traumatismo medular. Ao exame neurológico identificavam-se: paraparésia flácida, hiperreflexica, com plegia à direita e força muscular grau 2 à esquerda; anestesia com nível sensitivo D7 e dor abdominal inferior e dos membros inferiores, tipo choque elétrico, à mobilização ou toque. Perante o início agudo, com dor, suspeito de etiologia vascular, realizou TC com angio-TC toraco-abdomino-pelvica que excluiu dissecação/trombo aórticos e malformação arteriovenosa, mas detetou a presença de tromboembolismo pulmonar (TEP), assintomático. Encontrava-se fora de janela para trombólise, tendo iniciado anticoagulação pelo TEP e analgesia por dor neuropática. No internamento, a RM confirmou enfarte medular da artéria espinhal anterior entre D8 e D12. Da investigação etiológica, salienta-se a presença de shunt direito-esquerdo na pesquisa de sinais microembólicos por ecodoppler transcraniano, com identificação de foramen ovale patente (FOP) em ecocardiograma transesofágico. Apesar dos fatores de risco vascular, não se documentou aterosclerose significativa, aórtica ou noutros territórios. Como complicação da anticoagulação apresentou retorragias, sem repercussão hemodinâmica, mas motivando colonoscopia, que identificou adenocarcinoma do cólon sigmoide, entretanto ressecado. À data de alta, após programa de medicina física e reabilitação, encontrava-se sem dor, com paraparésia assimétrica, melhorada (melhor força grau 3 à direita e grau 5 à esquerda) mas ainda sem marcha autónoma e hipostesia álgica com nível sensitivo D9 à direita e D12 à esquerda.

Conclusões: No caso apresentado concorrem duas causas, menos frequentes, possíveis para o enfarte medular: embolia paradoxal através de FOP em doente com TEP, e estado protrombótico favorecido por neoplasia, também implicado na ocorrência de TEP e eventos isquémicos/venosos em geral. Não sendo possível identificar a etiologia mais provável, salienta-se que a elevação da pressão na aurícula direita, causada pelo TEP, promove um gradiente de pressão direito-esquerdo favorável à

passagem de trombos, eventualmente decorrentes de trombofilia, para circulação esquerda, via FOP. A abordagem do FOP e a manutenção de anticoagulação a longo termo devem ser consideradas nestes casos.

P55 | UMA SÉRIE DE EVENTOS DESAFORTUNADOS: QUANDO O AVC COMEÇA NA DOR NA PERNA

Inês Ferreira Maia, Alyne Cordeiro, Patrícia Pereira, Liliana Pereira, Miguel Rodrigues
Serviço de Neurologia do Hospital Garcia de Orta, Unidade Local de Saúde
Almada-Seixal, Almada

Introdução: A endocardite é uma importante causa cardioembólica de AVC, muitas vezes diagnosticada tardiamente, com elevada morbi-mortalidade. Os aneurismas micóticos sintomáticos são outra complicação embólica de endocardite, pouco frequentes, particularmente em localizações periféricas.

Caso Clínico: Mulher, 59 anos, antecedentes pessoais de hipertensão arterial e cardiopatia isquémica. Cerca de 2 meses antes do internamento iniciou quadro de dor no membro inferior esquerdo, sem características isquémicas, associada a tumefação do membro, em estudo. Admitida pela Via Verde AVC por alteração da linguagem e assimetria facial ao acordar. À admissão, detectada palidez mucocutânea, apirexia, auscultação cardíaca com sopro sistólico grau II/VI em todos os focos auscultatórios, com queixas algicas à mobilização do membro inferior esquerdo. Ao exame neurológico destacava-se afasia, parésia facial central direita, disartria e ligeira parésia braquial direita (NIHSS 7). Apurou-se perda ponderal não intencional significativa, astenia, sudorese noturna, febre intermitente, náuseas e vômitos. Realizou tomografia computadorizada cranioencefálica que revelou sinais precoces de isquémia em território parcial da artéria cerebral média (ACM) esquerda (ASPECTS 8), estudo perfusão com 42 mL de penumbra, sem lesão estabelecida, e angio-TC dos troncos supra-aórticos com oclusão da ACM esquerda no segmento M2. Considerou-se AVC isquémico agudo, ao acordar, com história pregressa suspeita de neoplasia oculta ou endocardite, pelo que não foi candidata a trombólise. Realizada trombectomia mecânica com repermeabilização total (TICI 3). Por suspeita de endocardite, foi observada pela Cardiologia e realizado ecocardiograma transtorácico e transesofágico que confirmaram endocardite da válvula aórtica nativa com insuficiência grave associada. Após colheita de hemoculturas (negativas) iniciou antibioterapia empírica com Ampicilina, Ceftriaxona e Gentamicina. Realizou cintigrafia pulmonar de ventilação/perfusão com evidência de tromboembolismo pulmonar, pelo que foi anticoagulada com Apixabano. Por manutenção das queixas algicas do membro inferior esquerdo, localizadas na região gemelar, com rubor e edema associados, realizou ecodoppler arterial e venoso dos membros inferiores, Angio-TC do membro inferior e foi observada pela Cirurgia Vasculiar que estabeleceu o diagnóstico de aneurisma micótico. Submetida a angiografia do membro inferior com colheita de hemoculturas *in situ* (negativas) e tentativa de tratamento endovascular, sem sucesso, sendo submetida em segundo tempo a embolização da artéria peroneal e exclusão de aneurisma micótico da bifurcação do troncotibioperoneal. Foi seguida por Cardiologia e posteriormente submetida a cirurgia cardíaca de substituição valvular aórtica por prótese biológica, sem intercorrências e com cultura da válvula negativa.

Conclusão: O aneurisma micótico de membro inferior é uma manifestação periférica rara de endocardite, que, na ausência de uma adequada correlação com outros sintomas, pode atrasar o diagnóstico. A detecção de um sopro cardíaco de novo à auscultação cardíaca na Via Verde do AVC, foi crucial para a orientação do tratamento de fase aguda e para a investigação etiológica direcionada. Destacamos também a importância da anamnese detalhada e da revisão de sistemas, especialmente no caso de sintomas não explicados pelo AVC ou outra patologia conhecida. A decisão sobre a trombólise em doentes complexos, em investigação por síndromes consumptivas é desafiante. Nesses casos, a colaboração estreita com equipas multidisciplinares, incluindo Neurologistas, Internistas e Cardiologistas, é fundamental para uma abordagem adequada.

P56 | SÍNDROME DE Terson SECUNDÁRIO A HEMORRAGIA PARENQUIMATOSA CEREBRAL

Alexandre Montalvo^{1,3}, Maria M. Roque¹, Sofia Mano², Pedro Alves^{1,3}, Ana Catarina Fonseca^{1,3}, Teresa Pinho e Melo^{1,3}

1- Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais, Serviço de Neurologia, Departamento de Neurociências e Saúde Mental, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa, Portugal, 2- Serviço de Oftalmologia, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa, Portugal, 3- Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Introdução: A síndrome de Terson foi classicamente descrita como hemorragia do vítreo secundária a hemorragia subaracnoideia (HSA). Existe uma associação entre a presença de síndrome de Terson e pior prognóstico nos doentes com HSA. Mais recentemente, foi descrita a presença desta síndrome em doentes com hemorragia intracerebral e neoplasias.

Caso clínico: Um doente de 28 anos foi admitido no serviço de urgência por cefaleia explosiva, náuseas e vômitos, com evolução para alteração do estado da consciência em cerca de 10 minutos. Foi entubado e ventilado no pré-hospitalar por apresentar padrão ventilatório ineficaz.

Ao exame neurológico, apresentava-se sem abertura ocular, com anisocoria por midríase à direita, pupilas não reactivas, resposta em flexão com o membro superior direito e em descerebração com o membro superior esquerdo (Glasgow Coma Scale 6). O doente tinha antecedentes pessoais de ambliopia do olho direito no contexto de hemangioma periocular congénito e estrabismo, intervencionado cirurgicamente na infância.

Realizou TC-CE que mostrou hematoma parenquimatoso cortico-subcortical temporal direito com rotura para o sistema ventricular, volumoso efeito de massa, desvio das estruturas da linha média em cerca de 10 mm para a esquerda e herniação uncal. Foi submetido a craniectomia descompressiva fronto-parieto-temporal direita e evacuação do hematoma.

O estudo etiológico, incluindo angioTC, venoTC, angiografia diagnóstica e estudo analítico não mostrou alterações causais. Contudo, em RM-CE foi identificado um pequeno foco hemorrágico na vertente posterior do globo ocular direito. Foi confirmado na avaliação Oftalmológica tratar-se de hemovítreo, sem impacto na acuidade visual.

Houve melhoria clínica e neurológica progressiva. À data de alta, apresentava defeito de campo visual homónimo esquerdo e hemiparesia esquerda de predomínio braquial, sendo autónomo na marcha e independente para as actividades de vida diária (mRankin 2).

Discussão / Conclusão: O mecanismo fisiopatológico da hemorragia vítrea identificada na síndrome de Terson é o aumento rápido e severo da pressão intracraniana, que se estende até à bainha do nervo óptico, sendo mais frequentemente desencadeado por HSA. No caso apresentado, foi a instalação aguda de hemorragia parenquimatosa cerebral, com rotura para o sistema ventricular, que condicionou volumoso efeito de massa e um aumento rápido da pressão intracraniana.

De notar que não se registou diminuição significativa da acuidade visual, possivelmente pela existência de ambliopia prévia. Após ter completado o estudo etiológico, considera-se a etiologia do hematoma indeterminada.

P57 | VIA VERDE RETINIANA: TROMBÓLISE NA OCLUSÃO DA ARTÉRIA CENTRAL DA RETINA

Sara Gomes¹, Andreia Ferreira¹, Rita Coutinho², Leonor Francisco³, Carla Morgado¹, Jerina Nogueira⁴, Carla Ferreira¹, José Nuno Alves¹

1 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Braga; 2 - Serviço de Neurorradiologia, Unidade Local de Saúde de Braga; 3 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho; 4 - Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo

Introdução: A oclusão da artéria central da retina manifesta-se com perda da acuidade visual monocular, de forma súbita e indolor.

Os achados da fundoscopia incluem edema retiniano, “*cherry red spot sign*” e ainda uma lentificação do fluxo a nível das artérias retinianas. O embolo pode ser visível em até 10% dos casos.

Além da avaliação oftalmológica, é necessário a realização de estudo de imagem e analítico para detenção da causa e exclusão de outros diagnósticos diferenciais.

Em termos de tratamento, embora ainda sejam necessários estudos mais robustos, o que está preconizado é a realização de trombólise sistémica nas primeiras 4,5 horas de clínica. Nos casos em

que esta está contraindicada ou em que se mostrou ineficaz, pode-se optar por trombólise intra-arterial até às primeiras 6 horas. A terapêutica secundária é decidida com base na etiologia.

Caso Clínico: Homem de 49 anos, autónomo, ex-fumador, sem outros antecedentes pessoais de relevo e sem história conhecida de traumatismo cervical. Observado no serviço de urgência por defeito visual súbito a nível do hemicampo inferior do olho esquerdo com cerca de 2 horas de evolução, sem outros défices neurológicos associados.

Avaliado por oftalmologia, tendo sido objetivada oclusão de ramo na arcada temporal superior com fluxo lentificado nos ramos secundários no exame de fundo ocular.

O estudo de imagem revelou disseção da carótida interna esquerda, sem outras alterações.

Foi internado na Unidade de AVC para realização de trombólise sistémica com tenecteplase às 3 horas de clínica. Reavaliado por oftalmologia após 1 hora, com melhoria da acuidade visual, sem visualização do embolo no exame de fundo ocular.

Na manhã seguinte, agravamento clínico com disartria e défice braquial direito. Repetiu estudo de imagem que mostrava oclusão a nível de M2 distal/ M3 proximal esquerdos, sem indicação para tratamento endovascular.

Esteve internado durante 2 dias, tendo tido alta sem défices neurológicos focais.

Foi orientado para consulta externa de neurologia, hipocoagulado com apixabano.

Conclusão: Este caso pretende ilustrar a importância do reconhecimento desta entidade e da célere avaliação multidisciplinar por parte de oftalmologia e neurologia por forma a ser possível oferecer tratamento de fase aguda e evitar défices permanentes.

P58 | EVOLUÇÃO FAVORÁVEL DE UM ENFARTE MALIGNO CAROTÍDEO: QUANDO MENOS É MAIS

Stefanie Moreira¹, Aurora Costa¹, Anabela Câmara², Sara Gomes¹, José Manuel Araújo¹, Ana Rita Silva¹, José Nuno Alves¹, Carla Ferreira¹

1- Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde Braga, 2- Serviço de Neurologia, Hospital Central do Funchal

Introdução: A craniectomia descompressiva tem mostrado reduzir a mortalidade em enfartes extensos, especialmente com edema cerebral e desvio da linha média. O benefício, contudo, depende da dimensão do enfarte, do estado clínico inicial e de complicações associadas.

Caso clínico: Homem, 72 anos, com hipertensão arterial, cirrose hepática e ex-fumador, recorreu ao serviço de urgência após ter sido encontrado caído. Ao exame neurológico, prostrado, não cumpria ordens, olhar preferencial para a esquerda, hemianopsia homónima esquerda e hemiparesia esquerda (MRC grau 3) com face. ECG com flutter auricular. A TC-CE com ASPECTs de 4 e a Angio-TC com oclusão do topo da ACI e da artéria comunicante posterior direitas, escassa circulação colateral e ambas as ACP de tipo fetal. Circulação vertebrobasilar pobre com artéria vertebral direita filiforme.

Encaminhado para trombectomia, abordando o topo da ACI direita com mTICI 2c. Pela depressão do estado de consciência, realizada RM-CE com enfarte restrito ao território carotídeo direito. No dia seguinte, ao exame neurológico, de olhos fechados, não cumpria ordens, olho direito em abdução, não pestanejava bilateralmente, hemiplegia esquerda com face. Desconsiderada a opção de craniectomia descompressiva, tendo sido priorizadas medidas de conforto.

A TC-CE às 24 horas revelou hipodensidade cortico-subcortical hemisférica direita, colapso do ventrículo lateral ipsilateral e desvio da linha média de 8 mm, com discreta insinuação do unco direito. Após 72 horas, a TC demonstrou enfarte hemisférico extenso, desvio da linha média de 13 mm, focos de hemorragia subaracnoidea à direita e alargamento do ventrículo lateral esquerdo. Dez dias após, com redução do efeito de massa, desvio da linha média para 11 mm, colapso ventricular direito e alargamento do esquerdo, com ligeira herniação uncal para a esquerda. No 20º dia, havia apenas moldagem ventricular discreta, com melhoria progressiva aos 22º dias.

À data de alta, o doente encontrava-se vígil e colaborante, com hemianopsia homónima esquerda, disartria e hemiparesia esquerda (MRC grau 3), com face.

Conclusões: Nem todos os casos seguem um padrão uniforme de evolução, e é plausível considerar que, neste doente, a realização de craniectomia descompressiva ou outras intervenções terapêuticas invasivas poderia ter resultado num desfecho menos favorável.

P59 | AVC DA CIRCULAÇÃO POSTERIOR – EM COMA SOBRE O OCEANO ATLÂNTICO

Cátia Araújo¹, Anabela Câmara², Tiago Catanho³, Pedro Lopes⁵, Carolina Figueira¹, Ana Isabel Almeida¹, João Gonçalves¹, José Franco¹, Carolina Barros⁴, Rafael Freitas⁴, Pedro Freitas⁴, Hugo Mota Dória¹

¹Serviço de Neurorradiologia do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM), ²Serviço de Neurologia do SESARAM, ³Serviço de Medicina Intensiva do SESARAM; , ⁴Unidade de AVC do SESARAM; , ⁵Serviço de Neurologia do Hospital Divino Espírito Santo, Ponta Delgada EPE

Introdução: O tratamento endovascular no AVC isquémico agudo da circulação posterior mantém controvérsias até à atualidade. Ensaios clínicos recentes demonstram um benefício da trombectomia até às 24 horas após o evento. Contudo, persistem incertezas acerca da seleção de doentes, sendo incerto quais os que mais beneficiariam das terapêuticas de revascularização aguda.

Caso Clínico: Mulher de 81 anos, residente na Região Autónoma dos Açores (RAA), com antecedentes pessoais de fibrilhação auricular e hipertensão arterial, para os quais se encontrava medicada com Rivaroxabano, Flecainida, Bisoprolol, Enalapril e Lecarnidipina.

Recorre ao serviço de urgência da RAA por quadro de alteração do estado de consciência com 1 hora de evolução. À avaliação apresentava uma escala de coma de Glasgow (ECG) de 12, desvio conjugado do olhar para a direita e hemiparesia esquerda de predomínio braquial, pontuando 19 na escala de NIHSS.

A tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC-CE) realizada na RAA não revelava evidentes lesões isquémicas agudas, apenas uma sequela de enfarte em território da artéria cerebral posterior direita. O estudo angiográfico por TC (AngioTC) demonstrou uma oclusão no topo da artéria basilar.

Verificou-se agravamento neurológico da doente, progredindo para anisocória com perda do reflexo fotomotor à direita e afundamento do estado de consciência (ECG= 7) tendo, por esse motivo, sido entubada. Não obstante esta evolução, atendendo a que imagiologicamente ainda não teria lesões significativas, foi aceite a transferência para a Região Autónoma da Madeira (RAM) com vista a trombectomia.

À chegada da RAM, a TC-CE de reavaliação demonstrava uma lesão isquémica aguda no tálamo, pontuando 9 na escala de pc-ASPECTS. Na AngioTC persistia a oclusão do topo da artéria basilar, com defeito de preenchimento de contraste nos segmentos proximais das artérias cerebrais posteriores. Foi submetida a trombectomia com técnica de aspiração 15 horas após o início dos sintomas e 7 horas após a evolução para coma, com total recanalização do segmento ocluído (escala mTICI=3). A TC-CE de controlo 24h após o tratamento endovascular mostrava agora uma transformação hemorrágica petequiral na lesão isquémica do tálamo direito. Esta transformação hemorrágica evoluiu favoravelmente nos controlos subsequentes e não se documentaram outras lesões isquémicas.

A doente recuperou gradualmente o estado de consciência pontuando 11T na ECG, mantendo apenas anisocoria à direita e ligeira hemiparesia esquerda (grau IV/V).

Conclusão: Apresentamos o caso de uma doente com oclusão da artéria basilar, numa zona remota e que foi transferida entre ilhas no oceano atlântico. Provavelmente teria tido um desfecho fatal não fosse pela realização de trombectomia, mesmo 7 horas após ter evoluído para coma.

Este caso clínico retrata a incógnita que é a evolução dos doentes com oclusões da circulação posterior, especialmente considerando a elevada taxa de mortalidade entre aqueles que se apresentam em coma.

Compromissos: Sem conflitos de interesses.

Agradecimentos: Um especial agradecimento a todos os elementos do Serviço de Neurorradiologia, Serviço de Medicina Intensiva e Unidade de AVC do SESARAM e ainda à equipa de evacuação das Lajes da Força Aérea Portuguesa e à equipa Médica de Intervenção Rápida (EMIR) do SESARAM.

P60 | QUANDO O CORAÇÃO E O CÉREBRO SOFREM EM SIMULTÂNEO: A IMPORTÂNCIA DA CLÍNICA E EXAMES NA FASE HIPERAGUDA

Joana Almeida Ferreira, Tiago Geraldês, Liliana Pereira, Miguel Rodrigues

Serviço de Neurologia do Hospital Garcia de Orta, Unidade Local de Saúde Almada-Seixal, Almada

Introdução: O AVC é uma emergência médica, que comumente coexiste com outras patologias, nomeadamente cardíacas, também estas emergentes. Existem múltiplas etiologias para a lesão vascular, parte delas identificáveis à admissão.

Caso Clínico: Homem, 79 anos, autónomo, com antecedentes de trombocitopenia em estudo e hipertensão arterial, não medicada. Admitido pela Via Verde do AVC por quadro súbito de alteração da linguagem e diminuição da força muscular à direita, com duas horas de evolução, precedido de mal-estar e náuseas, sete horas antes. No exame neurológico apresentava: obnubilação, afasia global, hemianópsia homónima direita, desvio oculocefálico para a esquerda, parésia facial central direita e hemiparésia direita (força muscular grau 2 no membro superior e 0 no inferior). Pontuava 23 na NIHSS. Realizou TC CE com Angio-TC cerebral e dos vasos supra-aórticos, que evidenciou trombo endoluminal no arco aórtico. Realizou ECG, que demonstrou enfarte do miocárdio (EM) com supra-ST; ecocardiograma transtorácico com hipocinésia apical; e análises com aumento da troponina sérica (706.5 ng/L). Após discussão com Cardiologia, admitiu-se que a evolução do EM seria inferior a 12 horas, pelo que ambas as patologias estariam dentro de janela temporal para terapêutica fibrinolítica, tendo realizado alteplase endovenosa na dose preconizada para o tratamento de AVC isquémico hiperagudo. Não foi candidato a tratamento endovascular por ausência de oclusão de grande vaso. A TC CE de controlo demonstrou lesão isquémica aguda em território profundo da ACM esquerda, sem sinais de transformação hemorrágica. Repetiu ainda Angio-TC torácica, 24 horas após tratamento, sem evidência de trombo endoluminal. A doença aterosclerótica coronária foi abordada em diferido, uma semana após a instalação, com angioplastia da artéria descendente anterior. Na investigação etiológica do AVC não foi identificada outra etiologia concomitante, atribuindo-se a cardioembolismo por EM precedendo o AVC. À data da alta, após tratamentos de MFR, encontrava-se melhorado, pontuando 4 na NIHSS, e a realizar dupla anti-agregação plaquetária com ácido acetilsalicílico e clopidogrel.

Conclusões: Este caso realça a importância da visualização atenta e completa dos exames complementares na Via Verde do AVC: por um lado, o ECG identificou sinais de isquémia miocárdica aguda, de outra forma paucissintomática e pouco específica; por outro lado, a avaliação do arco aórtico por Angio-TC, identificou o trombo aórtico, que presumivelmente se originou intracardíaco e migrou, com fragmento causando o AVC e outro fragmento ainda em trânsito, já não visível após a fase hiperaguda. Adicionalmente, salienta a necessidade de articulação multidisciplinar, possibilitando os tratamentos de fase aguda mais seguros e eficazes.

P61 | INFLAMAÇÃO ASSOCIADA À ANGIOPATIA AMILÓIDE: DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

Rita Rato^{1,2}; Bruno Carvalho^{1,2}; Mafalda Seabra^{1,2}; Mariana Santos³; Joana Guimarães^{1,2}

1-Serviço de Neurologia, ULS São João, Porto, Portugal, 2-Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 3- Serviço de Neurorradiologia, ULS São João, Porto, Portugal

Introdução: A inflamação associada à angiopatia amilóide cerebral (CAA-ri) é uma reação inflamatória desencadeada pelos depósitos de β -amilóide nas paredes dos microvasos leptomeníngeos e corticais cerebrais, representando um desafio diagnóstico e terapêutico em contextos clínicos complexos.

Caso Clínico: Homem de 77 anos, autónomo, mRankin1, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, fibrilhação auricular sob rivaroxabano, insuficiência tricúspide grave, insuficiência ligeira das válvulas aórtica e mitral, síndrome de apneia obstrutiva do sono e patologia osteoarticular.

Admitido no serviço de urgência por quadro de alteração da consciência, desvio conjugado do olhar para a esquerda, mioclonias faciobraquiais ipsilaterais e posteriormente com postura tónica dos quatro membros. Foram administrados 10 mg de diazepam endovenoso, seguidos de 3g de levetiracetam, com reversão do quadro. As análises laboratoriais não evidenciaram alterações inflamatórias ou outros achados relevantes. A TC cerebral revelou extensas áreas de edema vasogénico nas regiões parieto-occipito-temporal direita, temporo-occipital esquerda, e frontal anterior esquerda, sem captação anómala de contraste. Perante estes achados, como hipótese mais provável a metastização cerebral de neoplasia oculta, seguida da síndrome de encefalopatia posterior reversível (PRES). O doente estava normotenso, tendo sido decidido iniciar corticoterapia empiricamente e fármaco anticrise epiléptica (levetiracetam 1g 2id). Foi admitido em internamento.

O doente manteve-se vígil, orientado, autónomo, sem défices neurológicos focais, cefaleia ou alterações visuais. O estudo etiológico incluiu punção lombar, sem pleocitose, proteinorráquia ou outros marcadores inflamatórios no líquor, com estudo negativo para encefalites autoimunes, infeção e células malignas. A TC-TAP não revelou neoplasia oculta. Eco-doppler cervical e transcraniano que apenas revelou estenoses ateroscleróticas carótídeas ligeiras (<35%) sem repercussão hemodinâmica. Completou estudo com RM cerebral, demonstrando alterações compatíveis com CAA-ri: áreas de edema vasogénico com efeito de massa regional e micro-hemorragias associadas e siderose em sulcos corticais.

Integrando os dados clínicos e imagiológicos, a hipótese de CAA-ri foi considerada a mais provável, sendo outras possibilidades, como PRES e metástases tumorais, menos prováveis. Assim, o doente manteve corticoterapia (em esquema de redução de dose) à data de alta. Foi realizada reunião multidisciplinar com cardiologia, tendo-se decidido a suspensão da anticoagulação e início do estudo para encerramento do apêndice auricular esquerdo.

Conclusão: O diagnóstico precoce de CAA-ri é crucial, uma vez que a corticoterapia ou imunossupressão atempadas podem melhorar o prognóstico. Os critérios clínico-radiológicos são fundamentais para a tomada de decisão terapêutica, dado que o diagnóstico definitivo requer histopatologia. Em doentes com CAA e fibrilhação auricular, o risco-benefício da anticoagulação deve ser avaliado cuidadosamente. O encerramento do apêndice auricular esquerdo é uma alternativa viável em situações de elevado risco hemorrágico. Este caso reforça a importância de uma abordagem multidisciplinar para otimizar a gestão clínica de condições complexas como a CAA-ri.

P62 | PERFIS DE microRNAs IDENTIFICAM CANCROS INCIDENTES EM DOENTES COM AVC

Catarina Guedes Vaz¹, Ana Moutinho^{2,3}, Alexandre Dias^{2,3}, João Vinagre^{3,4}, Rui Magalhães², Manuel Correia^{1,2}, Carla Oliveira^{3,4} e Luís Maia^{1,2,3}

¹Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto, Portugal; ²Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), Universidade do Porto, Porto, Portugal, ³i3S - Instituto de Investigação e Inovação em Saúde da Universidade do Porto; ⁴IPATIMUP- Instituto de Patologia Molecular e Imunologia da Universidade do Porto.

Introdução: A associação entre cancro e doenças cerebrovasculares (DCV) tem sido amplamente reconhecida. Porém, o rastreio oncológico em doentes com DCV não é consensual e os biomarcadores sanguíneos disponíveis exibem baixa especificidade (D-Dímeros, fibrinogénio e PCR). Os pequenos RNAs (pRNAs) circulantes incluem sub-tipos como microRNAs (miRNAs) que estão envolvidos em regulação génica, e já reconhecidos como envolvidos na patofisiologia de alguns cancros.

Objetivos: Identificar assinaturas de miRNAs em doentes com cancro associado a AVC.

Metodologia: Realizámos um estudo exploratório caso-controlo com doentes admitidos como Via Verde AVC (n=48) para tratamento de revascularização de fase aguda, incluídos no estudo *BioStroke*. Os doentes foram dicotomizados em grupo de casos (doentes com doença cerebrovascular e cancro) e grupo de controlos (doentes com doença cerebrovascular sem antecedente de cancro e sem cancro incidente nos 5 anos após o AVC). Os casos incluíram doentes com cancro incidente diagnosticado após o DCV e cancro ativo (definido como diagnóstico de cancro, ou cancro metastizado, ou recorrente, ou em tratamento nos 6 meses que antecedem o evento cerebrovascular). Os pRNAs foram extraídos de amostras de plasma recolhidas na admissão hospitalar (T0) e 24h após-tratamento (T2). A sequenciação foi realizada utilizando a plataforma Illumina Sequencing SE50. Os dados foram analisados utilizando *pipelines* bioinformáticas padrão para detetar alterações na expressão de pRNAs, através de regressão linear (limma (x)).

Resultados: Foram identificados 9 doentes com AVC e cancro (casos: idade média = 75,8 ± 10,1 anos, 56% homens) e 39 doentes com AVC sem cancro (controlos: idade média = 76,0 ± 8,2 anos, 54% homens). Não houve diferenças significativas relativamente a fatores de risco vasculares e etiologia do evento cerebrovascular. Dos 9 casos, 4 (44%) eram cancros ativos, 5 (56%) eram incidentes e 5/9 (56%) doentes apresentavam doença metastática. O cancro colorretal foi o tipo de tumor mais frequente (n=3), seguido de pulmão (n=2). A mediana de tempo entre a DCV e o diagnóstico de cancro incidente foi de 0,9 (IQR 1,7) anos.

À admissão (T0), um total de 3.220 pRNAs, que incluíam 811 miRNA estavam diferencialmente expressos ($|FC| > 1,5$) nos casos comparativamente aos controlos. Dos 38 miRNA sobre-expressos nos casos à admissão, 2 permaneceram sobre-expressos 24h após o tratamento. Explorámos especificamente os casos de AVC com cancros incidentes (n=5), e encontrámos 6 miRNA sobre-expressos no grupo de cancro após doença cerebrovascular, e na totalidade dos casos (n=9) em comparação com o grupo controlo. Os miRNAs diferencialmente expressos estavam envolvidos em vias de sinalização de cancro, nomeadamente via Ras e Wnt, responsáveis por processos de migração, proliferação e invasão de células neoplásicas de diferentes tipos de cancro.

Conclusão: Encontrámos uma assinatura de miRNAs nos doentes com evento cerebrovascular e cancro. Os biomarcadores plasmáticos baseados na sequenciação de RNA são promissores no diagnóstico precoce de doença neoplásica. A antecipação do diagnóstico de cancro em doentes em risco poderá permitir o tratamento atempado com o intuito de diminuir morbidade e mortalidade destes doentes. Novos estudos prospetivos são necessários para validação destes biomarcadores na deteção de cancro incidente após um evento cerebrovascular.

P63 | TIPOS DE AVC, SUBTIPOS DE ENFARTE CEREBRAL E ESTADO FUNCIONAL PÓS-AVC NO NORDESTE DE PORTUGAL (1998-2024) – RESULTADOS PRELIMINARES

Jorge Poço¹, Ilda Matos¹, Ricardo Almendra², Diana Malhão¹, Ruth Destar², Rafael Jesus², Mário Rui Silva², Luís Maia³, Ricardo Varela³, Rui Felgueiras³, Denis Gabriel³, Fernando Tavares⁴, Maria Carolina Silva⁵, Manuel Correia³, Rui Magalhães⁵

¹ Unidade Local de Saúde do Nordeste, ² Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, ³ Unidade Local de Saúde de Santo António, ⁴ Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, ⁵ Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Introdução : Os tipos de AVC e subtipos de enfarte cerebral têm na sua base diferentes mecanismos que são determinados, entre outros, pela prevalência de diferentes fatores de risco vascular. Pretende-se analisar e evolução da distribuição dos tipos de AVC e subtipos de enfarte cerebral, bem como o estado funcional pós-AVC, nos últimos 25 anos.

Métodos: Entre 1998 e 2024, realizaram-se três estudos prospetivos, de base populacional, no nordeste de Portugal (1998-2000, 2009-2011 e 2022-2024), com o objetivo de identificar todos os AVCs ocorridos pela primeira vez na vida.

A população de base para cada estudo consistiu nos utentes inscritos nos Centros de Saúde de Vila Pouca de Aguiar e de Mirandela, totalizando 37.089, 46.096 e 37.413 utentes, respetivamente, em cada um dos períodos mencionados.

Na identificação dos casos, utilizaram-se diferentes fontes de informação sobreponíveis (listas da urgência; listas de altas, cuidados primários, entre outras) e os episódios foram classificados de acordo com critérios padrão para o diagnóstico de AVC. Os subtipos de AVC isquémico foram agrupados de acordo com as classificações OCSP e TOAST. O estado funcional pós-AVC foi avaliado utilizando a escala de Rankin modificada.

Resultados: O número de AVCs identificados foi de 226 (51,8% mulheres), 229 (50,7% mulheres) e 154 (48,1% mulheres), respetivamente, em 1998-2000, 2009-2011 e 2022-2024. A idade média foi de 72,4 (dp=10,9), 73,0 (dp=13,2) e 76,7 (dp=12,5), respetivamente, em cada período. Não se observaram diferenças significativas entre os sexos nos dois primeiros períodos; no entanto, no terceiro período, as mulheres apresentaram, em média, uma idade superior à dos homens (80,1 vs. 73,6).

Na tabela seguinte, apresentam-se as distribuições, em cada período, dos tipos de AVC, subtipos de enfarte cerebral e do estado funcional.

	1998-2000		2009-2011		2022-2024		P
	n	%	n	%	n	%	
Tipo de AVC							0,003
EC	176	77,9	195	85,2	137	89,0	

HIC	33	14,6	26	11,4	15	9,7
HSA	6	2,7	7	3,1	2	1,3
Indet	11	4,9	1	0,4	-	
EC-OCSP						0,014
TACI	47	26,7	44	22,6	32	23,4
PACI	28	15,9	44	22,6	35	25,5
LACI	78	44,3	70	35,9	37	27,0
POCI	23	13,1	37	19,0	33	24,1
EC-TOAST						
AGA	2	1,1	18	9,2	15	10,9
CE	26	14,8	31	15,9	27	19,6
DPV	62	35,2	48	24,6	29	21,0
Outra/+1	5	2,8	14	7,2	10	7,2
Indet/NInv	81	46,0	84	43,1	57	41,3
Estado funcional						0,138
mRS: 0-2	86	38,1	107	46,7	55	35,7
mRS: 3-5	105	46,5	85	37,1	75	48,7
mRS: 6	35	15,5	37	16,2	24	15,6

Indet, indeterminado; NInv, não investigado; Outra/+1, outra causa determinada ou mais de uma

Observa-se uma diminuição da proporção de hemorragias intracerebrais (redução de 33,6%), assim como dos enfartes lacunares (redução de 39,1%) ao longo dos três períodos. Não se observam diferenças significativas na distribuição do estado funcional nos três períodos.

Conclusões: A diminuição das hemorragias cerebrais e dos enfartes lacunares poderá ser explicada pela diminuição da prevalência (e ou tratamento) da Hipertensão Arterial.

Compromissos: Trabalho sob financiamento da Bolsa da Sociedade Portuguesa do AVC

P64 | ENDOTELINA-1 COMO PREDITOR DO PROGNÓSTICO FUNCIONAL APÓS AVC ISQUÉMICO

Inês Santos¹, Madalena do Rosário², José M Ferro², Luísa Biscoito¹, Ana Catarina Fonseca^{1,2}

1 – Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal, 2 – Serviço de Neurologia, Departamento de Neurociências e Saúde Mental, Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Lisboa
Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Serviço de Neurologia, Hospital de Santa Maria, ULS Santa Maria

Introdução: A endotelina-1 (ET-1) é um vasoconstritor potente envolvido na patogénese da doença cerebrovascular. Esta substância é libertada durante a fase aguda do acidente vascular cerebral (AVC) isquémico, podendo desempenhar um papel como biomarcador de prognóstico.

Objetivos: Objetivo principal: Avaliar se os níveis plasmáticos de ET-1 na admissão hospitalar podem auxiliar a previsão do prognóstico funcional dos doentes aos 3 meses após AVC isquémico, através da escala mRankin.

Objetivo secundário: Avaliar a associação entre os níveis plasmáticos de ET-1 e o estado dos vasos colaterais cerebrais na fase aguda do AVC isquémico.

Metodologia: Estudo exploratório com uma amostra de 78 doentes de uma coorte prospetiva de doentes com AVC isquémico. Foram elegíveis para este estudo doentes com AVC isquémico, com idade superior a 18 anos, que realizaram colheita de sangue nas primeiras 6 horas após o início de sintomas de AVC e antes de qualquer tratamento de reperfusão. Foram excluídos pacientes com dependência funcional prévia (mRankin>3), com AVC num território outro que a artéria cerebral média. Para avaliar o prognóstico funcional aos 3 meses foi utilizada a escala de mRankin, com bom prognóstico definido como mRankin<3. Para avaliar o estado dos colaterais na fase aguda do AVC foi utilizada a escala de Tan, com bons colaterais definidos como Tan>1. Os níveis séricos de endotelina-1 foram avaliados utilizando técnicas de ELISA. Para comparar os níveis de endotelina-1 entre os dois grupos de pacientes de acordo com mRankin após 3 meses e estado de colaterais foram utilizados os testes estatísticos T-student e Mann-Whitney. Foram ainda considerados, para todos os grupos em estudo, fatores de risco para AVC e possíveis confundidores da quantificação de ET-1. Foram realizados gráficos box-plot e curvas ROC para comparar os níveis de ET-1 nos dois grupos para cada análise (mRankin e estado dos colaterais). As estatísticas foram consideradas significativas para valores de $p<0.05$.

Resultados: Os doentes incluídos tinham uma média de 71.5 (± 12.86) anos e 44.9% eram mulheres. A mediana do nível plasmático de ET-1 na população em estudo foi de 1.924 (0.947) pg/mL. Não foram encontradas diferenças significativas nos níveis de ET-1 entre os dois grupos de mRankin, nem entre os dois grupos de estado dos vasos colaterais. A área sob a curva (AUC) para a predição de mRankin>3 foi de 0.54, IC 95% (0.408-0.666). A AUC dos níveis de ET-1 para os dois grupos de colaterais foi de 0.58, IC 95% (0.432-0.735).

Conclusões: Os resultados obtidos não foram estatisticamente significativos para suportar a hipótese de que os níveis de ET-1 podem ser preditores do prognóstico funcional dos doentes ou preditores do estado dos vasos colaterais cerebrais. Tal sugere que, apesar do seu papel na patologia do AVC, a sua utilidade como biomarcador de prognóstico é limitada, pois os seus níveis plasmáticos não parecem refletir diretamente a gravidade do dano isquémico.

P65 | HIPERATIVIDADE SIMPÁTICA PAROXÍSTICA – UM DIAGNÓSTICO POUCO RECONHECIDO NO PÓS-AVC

Anabela Guimarães, João Capelo, Mónica Jorge, Rita Gonçalves Correia, Filipa Faria
Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

Introdução: A hiperatividade simpática paroxística (HSP) resulta de uma disfunção na regulação autonómica central decorrente de lesões cerebrais adquiridas. Apresenta uma incidência a rondar os 8-10% dos sobreviventes com patologia cerebral adquirida grave e pode manifestar-se em qualquer fase após o evento inicial. Apesar disso, a doença permanece, de uma forma geral, pouco reconhecida e a literatura a abordar esta alteração nos doentes pós-AVC é escassa. A HSP caracteriza-se por episódios transitórios e paroxísticos de aumento simultâneo da atividade simpática (HTA, taquicardia, taquipneia, hipersudorese e hipertermia) e motora (alterações posturais). Os eventos parecem ser desencadeados por estímulos exógenos não nociceptivos ou por respostas anormalmente prolongadas a estímulos nócicos. Trata-se de um diagnóstico de exclusão, mas tem havido esforços internacionais para uniformizar os critérios clínicos que facilitem a sua correta identificação. A HSP associa-se ao aumento do tempo de hospitalização, dos custos de saúde e da morbilidade, já que acarreta efeitos potencialmente deletérios em diversos sistemas orgânicos, nomeadamente o risco de dano cerebral secundário. Embora com resultados pouco consistentes, têm sido propostas várias abordagens terapêuticas - geralmente combinadas - com três objetivos principais: evitar os fatores precipitantes dos paroxismos, atenuar o excesso de fluxo simpático e minimizar as suas repercussões.

Caso clínico: Sexo masculino, 46 anos, lateralidade esquerda, antecedentes patológicos de HTA e dislipidemia, sem medicação habitual. Admitido no serviço de urgência em contexto de AVC hemorrágico profundo do hemisfério direito, complicado de hidrocefalia aguda obstrutiva e necessidade de drenagem ventricular externa. Das intercorrências durante o internamento hospitalar, destaca-se HTA grau III associada a diversos episódios de taquicardia, hipersudorese e hipertermia. Neste contexto, cumpriu terapêutica anti-hipertensora combinada, atingindo-se bom controlo tensional, e realizou estudo de HTA secundária, que foi negativo. Por apresentar vários episódios de crises vasovagais, associadas ao esforço e ortostatismo, com diminuição do perfil tensional, foi efetuada redução da terapêutica anti-hipertensora. Teve alta medicado com carvedilol 25mg 2id e losartan 50mg id. Na unidade de reabilitação, o doente manteve episódios de crises vagais, a motivar substituição da terapêutica anti-hipertensora e suspensão do beta-bloqueador. Nesta sequência, surgiram ocasionais episódios paroxísticos semelhantes aos descritos no internamento hospitalar, sem perda de consciência e sem associação a estímulos potencialmente nocivos. Estes eventos duravam cerca de 30-45 minutos e ocorriam no início e no decorrer da noite. Associavam-se alterações do discurso e movimentos involuntários e descoordenados bilaterais, mais evidentes à esquerda e particularmente no membro superior. Colocou-se a hipótese diagnóstica de hiperatividade simpática paroxística e os episódios ficaram controlados após reintrodução de carvedilol 12,5mg 2id e instituição de clonazepam 0,5mg à noite.

Conclusão: A HSP é uma complicação pouco reconhecida da lesão cerebral adquirida, que pode conduzir a situações clínicas graves e a intervenções desnecessárias. Assim, são fundamentais o diagnóstico precoce e o tratamento atempado e adequado, que consiste no controlo agudo e na prevenção dos episódios de hiperatividade simpática e motora. Com este caso clínico, pretendemos alertar para a existência desta patologia no pós-AVC e reforçar a importância de saber reconhecê-la em todas as fases.

P66 | ACROMATOPSIA: UM DÉFICE SUBDIAGNOSTICADO COM ALTO IMPACTO NA FUNCIONALIDADE – ESTUDO DE CASO

Sandra Branco, Ana Campolargo

Unidade Local de Saúde Gaia Espinho, Vila Nova de Gaia

Introdução: Após um Acidente Vascular Cerebral, o sobrevivente pode apresentar múltiplas sequelas, sendo uma possibilidade, embora rara, a incapacidade parcial de perceber visualmente as cores como é o caso da acromatopsia e que pode ter um impacto diferenciado tendo em conta o perfil ocupacional prévio do mesmo.

Caso Clínico: Doente de 54 anos, do sexo masculino, com atividade laboral em contexto fabril e de supermercado, internado por lesão isquémica no território da artéria cerebral posterior esquerda, com achados imagiológicos de hipodensidade cortico-subcortical em topografia temporo-occipital interna, bem como atingimento talâmico do mesmo lado. Avaliado por Medicina Física e de Reabilitação nas primeiras 24 horas, apresentando défices ligeiros na qualidade de movimento e discriminação sensitiva à direita de predomínio braquial distal, hemianopsia homónima direita e compromisso ligeiro ao nível da linguagem, com falhas peculiares na nomeação na categoria das cores, criando a necessidade de um diagnóstico diferencial entre anomia das cores e acromatopsia. Realizou-se avaliação com recurso ao teste *online Farnsworth D-15 Dichotomous Colour Blindness Test: "colour vision deficiency"* para confirmação da presença de acromatopsia e monitorização, em 3 momentos: primeiras 48h no internamento, antes e depois da intervenção em ambulatório, realizando na fase de internamento acompanhamento terapêutico diário em terapia ocupacional e após alta hospitalar 3x por semana no regime de consulta externa.

O programa de reabilitação em Terapia Ocupacional teve como objetivos a recuperação do comprometimento sensoriomotor, em cima referido, para potenciar as Atividades da Vida Diária Básicas e Atividades da Vida Diária Instrumentais, necessárias à reintegração multicontextual. Dado o quadro acromatognóstico, destaca-se a abordagem ao nível da imagética visual para memória associativa, o treino funcional direcionado e gradativo em todos os parâmetros da perceção visual, assentes nas necessidades profissionais e sociais do caso clínico.

Nos três momentos de avaliação, os *outcomes* são refletidos no teste pelo número de erros apresentados, tendo sido nos três momentos os seguintes, respetivamente: 11, 7 e 4, o que demonstra uma melhoria efetiva na discriminação de tonalidades de cores. Decorreram entre o primeiro e o último momento, 2 meses e 1 semana.

Conclusão: Este estudo de caso realça a importância de na fase aguda ocorrer a avaliação em Medicina Física e de Reabilitação e a intervenção no âmbito da reabilitação em Terapia Ocupacional na presença de acromatopsia, com treinos adaptados progressivos de imaginética visual e funcionais baseados no perfil ocupacional de forma a potenciar o regresso progressivo aos diferentes contextos que o sobrevivente está inserido, tendo o presente caso conseguido no contexto do supermercado de família, voltar a fazer a reposição dos produtos na prateleira e usar com fluidez a calculadora e o computador.

P67 | ABORDAGEM EM REDE NA ANOMIA PARA NOMES PRÓPRIOS: CASO CLÍNICO

Beatriz Stein^{1,2}, Filipa Miranda^{1,2}, José Fonseca¹, Carolina Maruta¹, Mariana Taveira², Marta Granadeiro¹, Pedro Alves^{1,2}, Isabel Pavão Martins^{1,2}

¹Laboratório de Estudos de Linguagem, Centro de Estudos Egas Moniz, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, ²Serviço de Neurologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Introdução: A anomia para nomes próprios corresponde a uma dificuldade específica na nomeação deste tipo de palavras, verificando-se uma dissociação com a capacidade de nomeação de nomes comuns. A literatura reporta uma rede cerebral específica para o processamento de nomes próprios, que inclui o córtex temporal anterior (CTA), o feixe longitudinal inferior e o cíngulum posterior. No presente caso, são descritas dificuldades na nomeação de nomes próprios sem lesão do CTA, localização privilegiada no processamento linguístico desta informação.

Caso clínico: Homem, com 73 anos, dextro, com 4 anos de escolaridade, trabalhador portuário, deu entrada no serviço de urgência por queixas de alterações do campo visual de instalação súbita. Ao exame neurológico apresentava dificuldades de linguagem e uma quadrantópsia homónima superior direita. A TC-CE evidenciou um AVC isquémico no território da artéria cerebral posterior esquerda, apresentando uma lesão cortico-subcortical temporo-occipital interna, sem envolvimento do CTA.

Na avaliação de linguagem, com 4 dias de evolução, apresentava um discurso fluente com algumas pausas anómicadas e uma ligeira alteração na capacidade de nomeação de objectos. Não se verificaram alterações na compreensão auditiva de material verbal simples ou complexo, na repetição, na leitura ou na escrita. Durante a avaliação, relatou apresentar maior dificuldade sobretudo no acesso a nomes próprios, mantendo um correto reconhecimento de faces. Foi realizada uma avaliação neuropsicológica, que demonstrou um defeito acentuado na capacidade de nomeação de faces famosas (com capacidade de reconhecimento preservada) e na memória episódica verbal.

A discrepância marcada entre a capacidade de nomeação de nomes comuns e próprios, na ausência de lesão do CTA, levou à realização de um estudo de desconexão estrutural que demonstrou uma desconexão de 3 feixes: feixe longitudinal inferior, o feixe fronto-occipital inferior e o cíngulum esquerdos.

Conclusão: A literatura apresenta hipóteses explicativas para a organização neuronal responsável pela capacidade de nomeação de nomes próprios.

O presente caso, demonstra que uma lesão do CTA não parece ser uma condição obrigatória para o aparecimento de anomia para nomes próprios. Os resultados encontrados suportam a utilização de um modelo de processamento em rede, que inclua feixes de substância branca, nomeadamente, o feixe longitudinal inferior e o cíngulum, e outras regiões corticais, como o girus fusiforme e parahipocampal.

A dificuldade na nomeação de nomes próprios, na ausência de lesão no CTA, questiona o protagonismo desta região para esta capacidade. Deste modo, uma abordagem puramente localizacionista para o processamento deste tipo de palavras para ser insuficiente.

P68 | AFASIA transcortical sensorial – uma localização inesperada

Filipa Miranda^{1,2}, José Fonseca¹, Beatriz Stein^{1,2}, Pedro Alves^{1,2}

¹Laboratório de Estudos de Linguagem, Centro de Estudos Egas Moniz, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, ²Serviço de Neurologia, Hospital de Santa Maria, ULSSM

Introdução : A afasia transcortical sensorial é uma alteração da linguagem caracterizada por um discurso fluente, com alterações da compreensão e repetição mantida. Está tipicamente associada a lesões temporo-occipitais, parieto-occipitais, dos gânglios da base ou talâmicas esquerdas.

Caso clínico : Mulher de 82 anos, destra, com 9^o ano de escolaridade, que foi admitida por um hematoma parenquimatoso agudo em topografia pré-frontal esquerda. Ao exame neurológico apresentava uma ligeira alteração do discurso, da nomeação, da compreensão e com a repetição mantida, e sem alterações motoras ou de sensibilidade. Na avaliação formal da linguagem, ao sétimo dia de evolução, apresentava uma afasia transcortical sensorial, com um discurso fluente com pausas anómicadas, de baixo débito, baixa iniciativa verbal, com prosódia mantida e estrutura gramatical preservada e sem alterações articulatórias. Ocasionalmente ocorria ecolália. Apresentava uma ligeira alteração da capacidade de nomeação, e da capacidade de compreensão de ordens simples, com uma perturbação grave da compreensão de material verbal complexo. A repetição de palavras e frases encontrava-se mantida. Na leitura e escrita, identificavam-se alterações na compreensão da leitura e na escrita espontânea de texto.

Através de um mapa de desconexão de feixes associados à lesão, verificou-se que o feixe lesado em maior proporção foi o feixe frontal longitudinal inferior (32%), que liga o *gyrus* frontal médio a áreas do *gyrus* pré-central e do *gyrus* frontal inferior. O segundo feixe mais lesado foi o feixe de *Aslant* (10%) que liga o complexo suplementar motor ao *gyrus* frontal inferior e superior lateral, tendo influência na iniciativa verbal, na produção de frases e decisão lexical.

O feixe antero-posterior longo lesado em maior proporção foi o feixe longitudinal superior II (10%), com papel na produção verbal e na compreensão sintática complexa. O feixe fronto-occipital inferior (0,09%) e o feixe arqueado (0,01%), com ligações à área de Wernicke, também se encontravam lesados, podendo ter impacto na compreensão auditiva.

Quanto às regiões mais lesadas, encontrava-se: o *gyrus* frontal médio (21%), envolvido no funcionamento executivo; o *gyrus* frontal superior (9%), associado à memória de trabalho e o *gyrus* frontal inferior, sendo a *pars triangularis*, associado a processos de recuperação e seleção de informação lexical e sintática, mais lesado (16%) que a *pars opercularis* (5%), associado à seleção e recuperação semântica. Encontravam-se também lesados o núcleo caudado e a insula, mas em menor proporção.

Apesar de a lesão se encontrar numa topografia frontal, a possível integridade de alguns feixes e áreas associados a alterações na fluência do discurso e de articulação, traduziu-se num discurso fluente.

Conclusão: A afasia transcortical sensorial associa-se mais frequentemente a lesões posteriores, sendo rara a sua manifestação em topografia frontal. Neste caso a possível integridade dos feixes e áreas envolvidas na produção oral traduz-se num discurso fluente. A comparação da topografia e do padrão de desconexão com outros casos de afasia poderá permitir esclarecer a razão das alterações de compreensão observadas nesta doente.

P69 | UM CASO DE AFASIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Afonso Morgadinho¹, Marta Nascimento¹, Liliana Pereira¹, Patrícia Pereira¹

¹Serviço de Neurologia da Unidade de Saúde Local de Almada-Seixal, Almada

Introdução: O AVC agudo é uma emergência médica, uma vez que a proporção de doentes que beneficia de tratamentos de fase aguda reduz rapidamente após as primeiras horas. Cerca de 30% das apresentações clínicas suspeitas de AVC no serviço de urgência (SU) vêm a revelar-se mimetizadores. Felizmente, o perfil de segurança da trombólise nos mimetizadores de AVC é, de um modo geral, favorável, com índices de transformação hemorrágica substancialmente inferiores aos de doentes com verdadeiro AVC.

Caso clínico: Homem de 82 anos com dislipidemia e AIT prévio (2016), admitido no SU de um hospital geral por quadro súbito de alteração do discurso e incontinência fecal. Não foram observados movimentos involuntários ou outros estigmas de atividade convulsiva, negando-se histórico de

epilepsia. Foi ativado o protocolo de Via Verde do AVC na triagem, observando-se no exame neurológico: afasia global e, ainda, disartria, pontuando 8 na NIHSS. Analiticamente destacava-se: hiponatremia moderada (124 mmol/L). Realizou TC com angio-TC que mostrou irregularidade da artéria cerebral posterior (ACP) esquerda, com estudo de perfusão normal. Admitindo-se quadro de AVC isquêmico agudo, em doente dentro de janela terapêutica para trombólise e, na ausência de contraindicações, realizou alteplase endovenosa, sem intercorrências. Não se excluindo eventual mimetizador, estado de mal não epilético, iniciou também levetiracetam endovenoso. Não se verificou melhoria clínica. Só após a correção hidroelectrolítica de hiponatremia, com soro hipertônico 3%, se observou a rápida normalização do estado mental e linguagem. A investigação subsequente para as alterações eletrolíticas foi sugestiva de síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética (SIADH). Com a instituição de fluidoterapia corretiva e, posteriormente restrição hídrica, constatou-se recuperação gradual dos valores de natremia. A ressonância magnética encefálica excluiu lesão isquêmica aguda, apresentando leucoencefalopatia microangiopática (Fazekas 2), e o ecodoppler transcraniano confirmou estenose moderada do segmento P1 da ACP esquerda. Admitiu-se diagnóstico final de encefalopatia metabólica, em contexto de SIADH, não sendo possível excluir crise epilética na instalação. Teve alta clínica, assintomático, referenciado à consulta de Medicina Interna para prosseguir investigação etiológica de SIADH.

Conclusões: Entre as manifestações clínicas de mimetizadores de AVC, a alteração isolada da linguagem é das mais desafiantes, pela diversidade de condições que integram o seu diagnóstico diferencial. Este caso salienta a importância do reconhecimento das manifestações neurológicas das alterações eletrolíticas e da forma de correção adequada.

P70 | RECUPERAÇÃO PARADOXAL NA AFASIA BILINGUE PÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

João Gomes¹, Emanuel Oliveira², Ana Cristina Peixoto³, Diogo Ferreira¹, Diana Serra¹, Mafalda Mesquita-Guimarães¹, Rita Almeida¹, Mafalda Oliveira¹

¹Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, ULS de São João, ²Serviço de Cardiologia, ULS de São João,

³Serviço de Medicina Interna, ULS de São João

Introdução: Os padrões de comprometimento linguístico em indivíduos bilingues com afasia pós-AVC são variáveis. A recuperação paralela, isto é, a melhoria simultânea em ambas as línguas, é o tipo de recuperação mais comum. Contudo, têm sido relatados outros padrões, nomeadamente a recuperação paradoxal, que ocorre quando a primeira língua (L1) de um indivíduo se apresenta mais comprometida, enquanto a segunda língua (L2) se encontra relativamente preservada. Os autores apresentam um caso de afasia bilingue pós-AVC com recuperação precoce de L2 e, apenas posteriormente e com intervenção por terapia da fala (TF), de L1.

Caso Clínico: Sexo feminino, 81 anos, portuguesa, ambidestra, previamente autónoma, residia sozinha. Doméstica, realizou um curso de História da Arte durante 2 anos em Itália, tendo aprendido italiano nessa altura. Antecedentes de hipertensão, dislipidemia e estenose aórtica grave sintomática (clínica de IC NYHA II+) com agravamento nos últimos meses. Internada eletivamente para colocação de TAVI a 18/04, complicada por oclusão do tronco comum, o que resultou em choque cardiogénico com necessidade de entubação orotraqueal, ventilação mecânica invasiva e suporte vasopressor em alta dose. A 24/04 objetivados défices neurológicos de novo, pelo que efetua TC-CE com evidência de hipodensidades cortico-subcorticais da alta convexidade frontoparietal bilateral, incluindo a circunvolução pré central direita e pré- e pós-central à esquerda, bem como planos parietoccipitais bilaterais, em ambos os hemisférios cerebelosos e pedúnculo cerebeloso médio à esquerda e coroa radiada esquerda, sugestivas de lesões isquémicas multiterritoriais recentes. À avaliação por MFR a 06/05, cumpre ordens simples, compreensão preservada, alguns erros de nomeação e repetição, disartria moderada, PFC direita, disfagia com necessidade de SNG, neglect à direita e hemiparesia direita, tendo iniciado programa de reabilitação com intervenção por fisioterapia e TF. A 16/05, à reavaliação por MFR, cumpre ordens simples, compreende o que lhe é dito em português, responde de forma coerente e com discurso fluente em italiano, disartria ligeira, disfagia em melhoria, adaptada a dieta pastosa e líquidos espessados a néctar, ainda com algum grau de neglect à direita e hemiparesia direita com aumento gradual da força muscular. Progrediu no programa de reabilitação e foi referenciada para Unidade de Média Duração e Reabilitação, tendo tido alta para continuação de

tratamentos em ambulatório. Ao longo do internamento, manteve compreensão preservada em ambas as línguas, verificando-se uma transição progressiva da fluência do discurso da língua italiana para a portuguesa, com *code-mixing* e *code-switching*. À data de alta, compreensão, nomeação e repetição preservadas, discurso fluente em português, sem disartria.

Conclusões: Segundo as leis de Pitres e Ribot, na afasia bilingue, a recuperação ocorre primariamente na língua mais utilizada antes da lesão, ou na língua materna, respetivamente, o que não se verificou no presente caso clínico. Contudo, a intervenção por terapia da fala com reeducação da linguagem direcionada para L1 foi fulcral no sentido de restabelecer a fluência do discurso na língua materna. A ambidestria da doente, associada à presença de lesões em múltiplos territórios bilateralmente, dificulta a realização de correlações precisas entre a localização das lesões e a clínica.

P71 | TERAP – TESTE DE RASTREIO DA AFASIA. DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO PARA O PORTUGUÊS EUROPEU

José Fonseca^{1,2}, Filipa Miranda³, Beatriz Stein³, Carolina Maruta^{1,4}

¹Laboratório de Estudos de Linguagem, Centro de Estudos Egas Moniz, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, ²Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, ³ULS Santa Maria, Departamento de Neurologia, ⁴Centro de Investigação do bem-estar psicológico – familiar e social (CRC-W), Universidade Católica Portuguesa

Introdução. As alterações da comunicação estão presentes em cerca de 64% das pessoas na fase aguda após AVC, das quais 28% apresentam afasia e disartria em simultâneo, 24% só disartria e 12% afasia isoladamente. O diagnóstico diferencial, em fase aguda, pode ser difícil de ser estabelecido, havendo necessidade de se utilizarem instrumentos validados, específicos e sensíveis.

Objectivos. Desenvolvimento e estudo psicométrico do teste de rastreio da afasia TeRap.

Metodologia. Desenvolvimento do TeRap em formato AppWeb. Estudo prospectivo de pessoas saudáveis, com diagnóstico de afasia, de disartria e de defeito cognitivo ligeiro (DCL). Utilizou-se a taxonomia COSMIN para avaliar a validade e fiabilidade do teste. A Bateria de Avaliação da Afasia de Lisboa (BAAL) foi usada como referência para o diagnóstico e gravidade da afasia.

Resultados. O teste avalia o discurso por descrição de uma imagem colorida; nomeação de 5 fotografias coloridas de objectos; compreensão auditiva de três ordens simples dirigidas para o corpo e de duas frases simples e uma complexa dirigidas para os objectos do teste anterior; repetição de cinco palavras (3 dissílabos e 2 trissílabos) e duas frases; leitura em voz alta e identificação de cinco palavras e compreensão de duas frases com resposta Sim/Não; escrita do primeiro nome e ditado de 5 palavras. No final o teste propõe, automaticamente, uma hipótese diagnóstica. As palavras utilizadas no teste são de baixa e alta frequência em português europeu. Avaliaram-se 257 pessoas saudáveis, 218 com afasia, 47 com disartria e 30 com DCL. Os grupos não apresentam diferenças entre si na idade, sexo e escolaridade. As pessoas saudáveis obtiveram efeito de tecto no desempenho em todas as provas e apresentaram valores significativamente mais elevados que os outros três grupos. Verificaram-se diferenças significativas ($p < .001$) entre o grupo de sujeitos com afasia e todos os outros grupos, mas não se encontraram diferenças entre as pessoas saudáveis e os grupos com disartria e DCL. Efectuou-se um questionário a cinco neurologistas e cinco terapeutas da Fala para verificação da validade de conteúdo (índice de conteúdo universal de 1.0). A validade convergente (sujeitos com afasia) verificou-se através do desempenho no TeRap e no Quociente de Afasia da BAAL ($R = .876$, $p < .001$). A validade de critério foi demonstrada ($R = .801$, $p < .001$) através da validade externa pelo desempenho de 40 sujeitos no TeRap e no teste de rastreio de afasia Bedside de linguagem. Para a avaliação da consistência interna, usou-se o alfa de Cronbach (amostra total), tendo-se obtido o valor de 0.990. Num subgrupo de 20 sujeitos afásicos efectuou-se a correlação teste-reteste, aos três dias ($R = 0,965$ $p < 0,001$) e a fiabilidade inter-observador no mesmo dia, não se tendo encontrado diferenças significativas ($t = -1,000(19)$ $p = ns$). A sensibilidade (1.0) e a especificidade (.99) foi obtida na amostra total.

Conclusões. Desenvolveu-se o teste de rastreio (TeRap) que está disponível ao observador através da ligação à Internet <https://app.terap-e.pt/>. Avalia as várias áreas da linguagem, fornecendo uma

hipótese diagnóstica (afasia/disartria/normal). Possui índices elevados de validade, fiabilidade e de sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de afasia.

P72 | O PROCESSAMENTO DE PALAVRAS EMOCIONAIS EM PESSOAS COM AFASIA

Beatriz Stein^{1,2,4}, Célia Soares³, José Fonseca^{2,4}

¹Serviço de Neurologia, Hospital de Santa Maria, Unidade de Saúde Local de Santa Maria, Lisboa, Portugal,

²Laboratório de Estudos de Linguagem, Centro de Estudos Egas Moniz, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Portugal, ³Life Quality Research Center, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal

⁴Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal

Introdução: Os estímulos emocionais têm um papel relevante na cognição e caracterizam-se quanto ao seu *arousal* (alto ou baixo) e valência ou polaridade (positivos, negativos ou neutros).

Existem várias teorias explicativas do seu processamento (Teoria do Hemisfério Direito, Teoria da Distração e Hipótese da Valência Específica), mas não existe um consenso relativo à organização cortical das emoções e das palavras emocionais.

Estudos apontam para um benefício na utilização dos estímulos emocionais em diferentes tarefas cognitivas na população saudável e com afasia, no entanto não é clara a existência de um efeito de polaridade.

Objetivos: Verificar se existem diferenças no desempenho e no tempo de reação (RT) no processamento de palavras emocionais e não emocionais numa tarefa de leitura em voz alta, em sujeitos saudáveis e com afasia.

Metodologia: A amostra é constituída por 36 participantes com afasia vascular isquémica (18 sexo feminino e 18 masculino; idade 66,2±1anos; escolaridade 8,1±3,9 anos; tempo de evolução 91 dias; QA = 74,1%±11,2; com discurso fluente e na sua maioria com predomínio de pausas anómicadas) e 47 sujeitos saudáveis (15 do sexo masculino e 30 feminino; idade 58,7±12,1 anos; escolaridade 10,6±4,3 anos). Utilizaram-se 30 palavras emocionais (positivas/negativas) com elevado *arousal* e 30 palavras não emocionais (neutras) de baixo *arousal*. Mediu-se o RT e o desempenho. Aplicou-se uma escala analógica visual do estado emocional.

Resultados: No grupo com afasia, as palavras emocionais tendem a ser processadas mais rapidamente (RT) que as palavras neutras ($p = 0,05$). Verificou-se um efeito da polaridade, com as palavras positivas a serem processadas mais rapidamente ($p = 0,02$) em comparação com as neutras. Não se encontraram correlações entre o tempo de evolução e o tipo de palavra. No entanto, verificou-se uma correlação moderada e positiva ($r = 0,47$; $p = 0,004$) entre a gravidade da afasia (QA) e o desempenho para as palavras positivas.

Na população saudável, não se verificam diferenças nos RT's de palavras emocionais e neutras.

Não existe correlação entre o estado emocional e o desempenho ou RT nos dois grupos.

Discussão e Conclusões: Os sujeitos afásicos processaram mais rapidamente as palavras emocionais e especificamente as positivas. Particularmente os sujeitos com maior QA, apresentaram um melhor desempenho nas palavras positivas.

Segundo a Hipótese da Valência Específica, o hemisfério esquerdo é responsável pelo processamento de informação positiva e o direito pela negativa. Os resultados parecem estar de acordo com esta teoria, uma vez que na amostra predominam doentes com QA's elevados, sugestivos de maior recuperação e, como tal, com maior ativação hemisférica esquerda.

Poderá assumir-se que, em sujeitos com afasia, os estímulos emocionais são vantajosos na rapidez atencional dirigida para o estímulo. Este efeito é predominante nas palavras de valência positiva, que registam igualmente níveis de desempenho mais elevados em sujeitos com maior recuperação.

Os estudos realizados até à data apontam para diferenças no RT também na população saudável, apesar de muitos apresentarem limitações metodológicas.

Os resultados encontrados contribuem para um maior conhecimento sobre o processamento emocional e para a atuação dos terapeutas da fala.

P73 | IMPACTO DO USO DE ICE CHIPS NO TRATAMENTO DA DISFAGIA: ESTUDO DE CASO

Catarina Miranda, Denise Barroso

Introdução: A disfagia é uma alteração comum em indivíduos com AVC (acidente vascular cerebral) bulbar, devido ao comprometimento das funções motoras e sensoriais da deglutição. Esta condição compromete a deglutição, afetando a ingestão de alimentos e líquidos. A utilização de técnicas, como o uso de *ice chips*, tem sido sugerida como uma forma eficaz e segura na intervenção da deglutição. Na literatura esta temática carece ainda de muita investigação, sendo que os artigos são muito escassos. Mesmo assim, pretende-se averiguar, através de um estudo de caso, os efeitos do uso de *ice chips* na segurança e eficácia da deglutição de uma doente de 90 anos, com AVC bulbar, com o intuito de analisar o impacto no risco de aspiração e na introdução da dieta por via oral.

Objetivo: Analisar a eficiência e a eficácia da intervenção do uso de *ice-chips* no tratamento de disfagia numa doente com sequelas de acidente vascular cerebral (AVC), com a classificação na *Functional Oral Intake Scale* FOIS 1.

Metodologia: Foi selecionada uma doente que se enquadrava nos critérios para aplicação de *ice-chips*, tais como estado de alerta equivalente à pontuação de 15 na escala de *Glasgow*, capacidade de se manter sentado e boa higiene oral. Durante a implementação da técnica a doente permaneceu com monitorização dos sinais vitais. Assim sendo, selecionou-se uma doente de 72 anos com diagnóstico de disfagia orofaríngea para alimentos e líquidos, pós-AVC, com presença de aspiração, para todas as consistências, comprovada instrumentalmente com a videoendoscopia da deglutição.

Resultados: Após o uso de 2 semanas de *ice chips*, a doente iniciou treinos com alimentos pastosos (IDDSI4), progredindo gradualmente para a dieta pastosa (FOIS4) até à retirada da PEG cerca de 1 mês após o início da terapia. Assim, garantiu-se o aporte nutricional e hídrico necessário. A doente apresentou melhoria no controle oral, reduzindo o escape anterior/posterior e aumentando a rapidez e a frequência do reflexo de deglutição, além de reduzir a presença de secreções.

Conclusão: O estudo de caso demonstrou que o uso de *ice chips* pode ser uma abordagem eficaz na intervenção com disfagia, melhorando tanto a eficácia e segurança da deglutição. Essa intervenção simples e de baixo custo pode ser considerada uma opção no tratamento da disfagia, especialmente em casos de risco elevado de aspiração, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do paciente.

P74 | CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À PESSOA COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: REVISÃO DA LITERATURA

Diana Oliveira¹, Isabel Valente², Salomé Mendes³, Maria Jesus Torres⁴, Paulo Parente⁵, Carlos Vilela⁶

¹ Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho, ² Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho, ³ Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho, ⁴ Unidade Local de Saúde de Matosinhos, ⁵ Escola Superior de Enfermagem do Porto, ⁶ Escola Superior de Enfermagem do Porto

Introdução: O AVC é a principal causa de morte em Portugal. Entre as complicações mais frequentes salientamos o compromisso da deglutição. Com uma incidência aproximada de 55%, na fase aguda, está associado a um aumento da mortalidade, morbilidade e piores resultados funcionais devido ao risco de pneumonia, desidratação e desnutrição. Os enfermeiros são dos primeiros profissionais a contactar com os utentes internados por AVC.

Objetivos: Identificar a evidência científica sobre cuidados de enfermagem especializados à pessoa com deglutição comprometida, após AVC.

Metodologia: Revisão da literatura utilizando o agregador de conteúdos EBSCOhost WeB® para pesquisa nas bases de dados: CINAHL®, MEDLINE® e MedicLatina®, entre os dias 23-24 de novembro de 2024, através da frase booleana (stroke or cerebrovascular accident or cva) AND (deglutition disorders or dysphagia or swallowing disorders) AND (nursing assessment or clinical assessment or nursing care). Posteriormente, procedeu-se a leitura crítico-reflexiva e verificação da adequação dos estudos aos critérios de inclusão.

Resultados: Todos os estudos descrevem as consequências da disfagia na mortalidade, morbilidade e recuperação funcional e alertam para consequências potencialmente graves como pneumonia de aspiração, desidratação e desnutrição; os sinais e sintomas da deglutição comprometida (sensibilidade alterada na cavidade oral e parede faríngea posterior; reflexo venopalatino diminuído ou ausente; aumento do tempo de deglutição; acumulação involuntária do conteúdo alimentar na cavidade oral; ausência de encerramento dos lábios; movimento assimétrico dos lábios/língua;

sialorreia; “voz húmida”; tosse tardia; deglutições múltiplas e diminuição em três valores percentuais da saturação de oxigénio, após deglutição) e realçam, a necessidade de ser realizada uma avaliação da deglutição antes de ser retomada a via oral.

A utilização do Gugging Swallowing Screen é recomendada para avaliação da deglutição, pelos enfermeiros, devido às suas propriedades psicométricas e recomendações dietéticas ajustadas à gravidade do comprometimento da deglutição. A sua aplicação tem algumas limitações no que concerne à deteção das chamadas “aspirações silenciosas” estando recomendada a combinação da oximetria de pulso com a aplicação regular da escala de Guss.

A importância da intervenção sistematizada e especializada dos enfermeiros na identificação precoce, gestão e referência para outros técnicos (terapeutas da fala) dos utentes com deglutição comprometida também é citada. O recurso a abordagens multimodais que incluam formação contínua dos profissionais; desenvolvimento de normas/procedimentos baseados na melhor evidência disponível e auditorias são fundamentais para garantir cuidados pautados pela qualidade, excelência, diferenciação e segurança.

Conclusão: O diagnóstico precoce da deglutição comprometida; a promoção da consciencialização da relação entre a deglutição comprometida e risco de aspiração; a melhoria do conhecimento da pessoa e familiar cuidador sobre estratégias compensatórias e a capacidade para executar a técnica de deglutição são aspetos fulcrais para garantir uma via oral segura e nutrição/hidratação adequadas conduzindo a melhores resultados funcionais, menor morbilidade, menores dias de internamento e custos.

A atuação dos enfermeiros especialistas visa a facilitação da transição saúde-doença da pessoa e situacional do familiar cuidador, otimizando os ambientes e processos terapêuticos de forma a prevenir complicações e eventos adversos, fomentando boas práticas e contribuindo para a melhoria da qualidade e eficiência dos cuidados prestados.

P75 | DISFAGIA PÓS-ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: RESULTADOS PROMISSORES NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS

Catarina Fernandes¹, Nuno Palricas¹, Adelino Agostinho¹, Maria do Céu Nunes¹

¹ Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), Unidade Local de Saúde de Coimbra

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a patologia neurológica que mais frequentemente leva a alterações da deglutição (Dziewas et al., 2021). Pode resultar em complicações graves, como pneumonia devido ao risco aumentado de aspiração, desnutrição e desidratação, entre outras, prolongando o internamento e aumentando os custos do tratamento (Lin et al., 2021; Oliveira et al., 2021).

Objetivos: Aumentar a conformidade da ação dos enfermeiros com as melhores práticas na gestão da disfagia na pessoa pós-AVC, e avaliar o seu impacto na prevenção de complicações associadas à aspiração de líquidos e/ou alimentos.

Metodologia: Programa de implementação de boas práticas baseado no modelo do Joanna Briggs Institute (JBI), realizado numa unidade de internamento de Neurologia de um hospital português. Foram auditados onze critérios baseados no Sumário de Evidência JBI: “Post Stroke Dysphagia: Nursing Management”, através da consulta retrospectiva da documentação do *SCLínico*. A auditoria de *baseline* foi realizada entre outubro e novembro de 2022, com uma amostra de 74 doentes com AVC (25 com disfagia). Após a fase de implementação das estratégias sucedeu-se a auditoria de *follow-up* que decorreu entre maio e junho de 2023, com uma amostra de 35 doentes com AVC (20 com disfagia), utilizando os mesmos critérios da auditoria de *baseline*.

Passado um ano do início da implementação do projeto, foi realizada uma análise retrospectiva à documentação do processo clínico eletrónico. Extraídos dados entre 1 de janeiro e 30 de setembro de 2024, referentes às áreas de intervenção “deglutição comprometida”, “risco de aspiração” e “expetorar ineficaz”. Obtida uma amostra de 364 pessoas internadas com AVC.

Resultados: Na auditoria de *baseline* verificou-se que 6 dos 11 critérios de auditoria se encontraram abaixo dos 20% de conformidade, enquanto os outros critérios se situaram entre 40 e 100%. Melhores resultados foram obtidos na auditoria de *follow-up*, com uma melhoria significativa em 10 dos 11 critérios. Destaca-se o critério 1, que passou de 14% para 82,7% de conformidade, indicando a adesão

da equipa e a preocupação pela avaliação da disfagia antes da introdução de qualquer alimento ou líquido.

Na análise efetuada após 1 ano de implementação do projeto, das 364 pessoas internadas com AVC, 33% tinham o diagnóstico de TACI (Total Anterior Circulation Infarct) e 34% do total da amostra apresentaram disfagia no início do internamento.

Do total das pessoas com o diagnóstico de TACI, 60% tinham disfagia no início do internamento após aplicação do teste de deglutição de volume-viscosidade (V-VST). Do total destas pessoas rastreadas com disfagia apenas 18% apresentaram complicações respiratórias durante o internamento. 69% apresentaram uma evolução positiva no que concerne à redução da gravidade sobre o grau de disfagia registado na fase inicial do internamento, sem presença de clínica respiratória. Dos casos em que foram rastreados sem disfagia não foram registadas quaisquer complicações respiratórias.

Conclusão: Um programa de boas práticas no âmbito da gestão da disfagia melhora significativamente a consciencialização/ação padronizada dos enfermeiros nesta área de intervenção.

Quando sustentado tem um impacto positivo na segurança e eficácia da prevenção de complicações respiratórias nos doentes pós-AVC.

Compromissos: Os autores declaram sob compromisso de honra não existirem conflito de interesses.

Agradecimentos: Agradecimentos à equipa da unidade de internamento C/UAVC do serviço de Neurologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), Unidade Local de Saúde de Coimbra e à equipa do projeto*:

*Luís Sacramento, Elsa Vieira, Eva Sousa, Fernando Silva, António Marques, Cármen Nogueira, Ana Ferreira, Helena Cardoso e Vera Dias.

P76 | AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO NO AVC AGUDO: CRITÉRIOS DE RISCO E PRIORIZAÇÃO DE DOENTES

Adelaide Dias

Sociedade Portuguesa de Deglutição e Disfagia (SPoDDis)

Introdução: A disfagia orofaríngea (DOF) pós acidente vascular cerebral (AVC) é considerada um indicador de mau prognóstico no processo de reabilitação (Elsyaad, et al, 2022). Apesar da propensão para a recuperação após um AVC, a presença de disfagia acarreta um risco doze vezes superior de complicações pulmonares – tais como a pneumonia por aspiração – que aumentam o estado catabólico do indivíduo e estão associadas a uma maior permanência hospitalar e/ou taxa de mortalidade, em comparação com todas as outras complicações médicas pós AVC (Virvidakia et al, 2018). A DOF é identificada (clinicamente) em 40 a 70% dos casos nos três primeiros dias pós *ictus* (Aspire, sd, EBRSR, 2018) e neste sentido, torna-se essencial estudar e avaliar como diferentes *timings* e estratégias de avaliação da deglutição são integradas no espectro evolutivo pós-AVC.

Objetivos: (i) Elencar os critérios de risco e priorização dos doentes que, na fase aguda e inicial de recuperação (horas, dias a semanas) do AVC; (ii) Refletir sobre quais as fronteiras profissionais a respeitar para a identificação, sinalização e diagnóstico da DOF; (iii) Caracterizar quais as medidas de avaliação mais eficazes, ao longo do curso da doença, a adotar pelos membros da equipa da unidade de AVC e do Terapeuta da Fala, para prevenir as consequências negativas da DOF.

Metodologia: Revisão da literatura recorrendo a uma pesquisa bibliográfica nas seguintes bases de dados: *Pubmed* e *Google Scholar*, utilizando as seguintes palavras-chave, em inglês: *stroke*, *swallowing*, *disphagia evaluation*, *acute settings* e *guidelines*. Os artigos foram selecionados com base nos seguintes critérios de inclusão: *guidelines* publicadas nos últimos 5 anos, referentes ao tema avaliação da deglutição em fase aguda do AVC.

Resultados: Foram selecionados 6 artigos que propõem e concordam quanto aos seguintes parâmetros para a avaliação da deglutição no AVC em fase aguda:

- i) A avaliação da deglutição deverá ser sempre precoce e realizada nas primeiras 48h após *onset* do AVC, respeitando os limites clínicos e cognitivos pré-estabelecidos;
- ii) Todos os doentes deverão ser submetidos a um *screening* inicial para deteção de DOF, aplicado por elementos de uma equipa comprovadamente treinada para este efeito;

iii) Após deteção da DOF é mandatária a orientação para uma avaliação clínica da deglutição, por parte de um profissional de saúde comprovadamente especializado nesta área, sendo nomeados como preferenciais os terapeutas da fala;

iv) A avaliação instrumental é considerada essencial neste contexto e momento, e a videoendoscopia da deglutição (VED) o exame mais indicado para o estudo da deglutição na fase aguda pós AVC.

Conclusões: A presente revisão espelha a necessidade de uma atuação verdadeiramente precoce na DOF pós AVC, realçando a importância da formação específica e comprovada por parte dos elementos das equipas de saúde, assim como baliza as intervenções, quer através da determinação de papéis específicos, quer da implementação de atos de identificação, avaliação e diagnóstico por momentos específicos, de forma a que as consequências adversas de uma sinalização ineficaz ou ausente da deglutição sejam colmatadas.

Compromissos: sem conflitos de interesses.

Agradecimentos: agradeço à Sr.^a Presidente da Direção da SPoDDis pela revisão e apoio à elaboração deste trabalho e resumo.

P77 | PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR DE REABILITAÇÃO FUNCIONAL E DECANULAÇÃO EM DOENTE COM TRAQUEOSTOMIA PROLONGADA – RELATO DE UM CASO

Sofia Mesquita; Ana Silva; Andreia Gomes; Catarina Sousa e Silva; Francisco Neves; Jacqueline Lopes; Jéssica Constantino; Jonathan Rios; Marco Lopes; Maria Amélia Luzia; Miriam Encarnação; Arminda Lopes
Unidade Local de Saúde do Algarve – Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul, São Brás de Alportel

Introdução: Na União Europeia, o AVC é a segunda causa de morte mais comum e uma das principais causas de incapacidade em adultos. A hemorragia intracraniana, em particular, apresenta um risco desproporcionalmente elevado de mortalidade precoce e incapacidade a longo prazo. O desmame da ventilação mecânica é entendido como o processo de interrupção do suporte ventilatório associado à remoção da via aérea artificial, podendo ser classificado em simples, difícil ou prolongado. A falha no desmame é definida pela incapacidade do doente em respirar sem suporte ou pela necessidade de reintubação nas primeiras 48-72 horas após a extubação. A bibliografia sugere que as unidades de desmame ventilatório e de decanulação apresentam maiores taxas de sucesso do desmame e menor custo, quando comparadas com a UCI.

Caso clínico: Mulher de 70 anos com total autonomia prévia no desempenho e participação social sofreu em abril de 2018 quadro de perda súbita do seu status funcional, para os diferentes níveis de atividade e participação, associado a baixa tolerância ao esforço e alteração da função ventilatória/respiratória secundária a AVC hemorrágico (hemorragia intraparenquimatosa no vermis cerebeloso, com hemorragia tetraentricular e hidrocefalia consequente) com ECG 4 à admissão, com necessidade de intervenção cirúrgica (craniectomia suboccipital mediana e drenagem de hematoma intraparenquimatoso da fossa posterior; colocação de derivação ventricular externa e sensor de pressão intracraniana intraparenquimatoso frontal direito), necessidade de VMI por EOT desde a admissão até maio de 2018 cujo desmame ventilatório se revelou difícil e houve necessidade de realização de traqueostomia (infra-ístmica com colocação de cânula Shiley nº 6 com cuff não fenestrada). Nos 5 anos seguintes manteve-se institucionalizada em unidades diferentes da RNCCI. Colocação do PEG em março de 2021. Foi encaminhada para a nossa unidade em outubro de 2023. Avaliação interdisciplinar: função bulbar deficiente; aumento das secreções orais; possível colonização das vias aéreas inferiores, secreções brônquicas mucopurulentas moderadamente espessas e abundantes; alteração dos mecanismos de proteção das vias aéreas, tosse alterada, embora com capacidade de gerir secreções até à cavidade oral; atividade respiratória com limitação da musculatura inspiratória e expiratória, com dificuldade de coordenação da mecânica toracoabdominal e padrão de ventilação superficial. Disfagia mista, disartria e disfonia. Alteração global do controlo motor e postural compatível com tetraparesia atáxica. Perfil depressivo e passivo com alterações cognitivas ligeiras. Abordagem interdisciplinar: farmacológico – tratamento da tosse e secreções com escopolamina (sialorreia) + Brometo de Ipatrópio e Salbutamol + hidratação por PEG + acetilcisteína; não farmacológico – fisioterapia respiratória: garantir a higiene brônquica e a gestão de secreções e saliva; in-exsufador mecânico e ventilador híbrido com programas específicos ajustados

através do processo de decanulação. O processo de decanulação teve início no dia 25/10/2023 e foi concluído no dia 15/11/2023.

Conclusão: O nosso trabalho mostra uma abordagem de reabilitação intensiva e interdisciplinar. Esta unidade funcional de síndrome pós internamento em cuidados intensivos e decanulação segue um protocolo interdisciplinar com estratégias de reabilitação individualizadas para este grupo de doentes que visa uniformizar as abordagens intervencionistas de forma a incluir e tratar o maior número possível de doentes.

P78 | INTERFACE CÉREBRO-COMPUTADOR NA REABILITAÇÃO DO AVC – ADAPTAÇÃO DE UM DISPOSITIVO COM RETROALIMENTAÇÃO MULTIMODAL

Marta Torres^{1,2}, João Sargento Freitas³, Miguel Pais-Vieira²

¹Centro de Reabilitação do Norte, Unidade Local de Saúde Gaia Espinho; ²Universidade de Aveiro; ³Unidade Local de Saúde de Coimbra.

Introdução: O AVC é uma das principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo. Os avanços no tratamento da fase aguda reduziram significativamente a mortalidade após o AVC, mas muitos sobreviventes ficam com sequelas e incapacidade permanentes. Acompanhando a evolução tecnológica, também na reabilitação estão a emergir novas intervenções. As interfaces cérebro-computador (BCI) são uma destas novas opções terapêuticas. As BCI registam, analisam e descodificam sinais cerebrais e podem traduzi-los para dispositivos externos que fornecem retroalimentação ao doente, aumentando a capacidade de ativar corretamente as áreas corticais alvos. A inclusão do treino com BCI na reabilitação pós-AVC tem sido postulada para aumentar a neuroplasticidade e melhorar a função motora dos doentes.

Objetivos: Avaliar o desempenho de um sujeito saudável na ativação de uma BCI com retroalimentação visual por realidade virtual e estimulação elétrica neuromuscular, com o objetivo de afinar protocolo para uma posterior inclusão do dispositivo num ensaio clínico de reabilitação do membro superior em doentes pós-AVC. Avaliar o impacto da electroestimulação no traçado de eletroencefalograma (EEG). Identificar possíveis interferências da electroestimulação no traçado de EEG.

Metodologia: Estudo piloto com um sujeito saudável com lateralidade esquerda. Na primeira sessão foi utilizado um aparelho de EEG de 16 canais, com descodificação de sinal utilizando um algoritmo já previamente testado e foram colocados elétrodos na face posterior do antebraço esquerdo. Foi utilizada uma corrente bifásica, compensada, com frequência de 70hz, amplitude de onda de 250 microssegundos, tempo de estimulação de 5 segundos e tempo de descanso de 15 segundos. Realizamos três ensaios com 20 ciclos de estimulação/descanso cada, com três intensidades de corrente a provocarem diferentes efeitos: subclínica, sensação de parestesia, contração muscular com extensão do punho e dedos. Foi feita uma análise visual do traçado de EEG. Numa segunda sessão, com o mesmo sujeito, integramos a estimulação elétrica neuromuscular com a BCI e realidade virtual imersiva. Realizamos 2 ensaios, o primeiro com estimulação elétrica com contração muscular e o segundo sem estimulação elétrica. Foi avaliada a percentagem de acertos.

Resultados: O sujeito não reportou desconforto com a utilização da estimulação elétrica neuromuscular em nenhum dos momentos. Na sessão de estimulação verificou-se uma redução na potência do sinal associado às bandas de frequências mais baixas (delta e teta) sendo o efeito mais acentuado à medida que se progredia de linha de base, estimulação subclínica, indução de parestesia até indução de movimento. Em ambas as sessões com BCI, o sujeito conseguiu controlar o BCI tendo-se verificado uma percentagem de acertos de 80,0% na sessão com estimulação neuromuscular e de 62,5% na sessão sem estimulação.

Conclusões: Este estudo preliminar sugere que a introdução da estimulação neuromuscular não introduziu ruído excessivo no registo por eletroencefalografia, não afetou de forma negativa o comportamento do sujeito e não comprometeu o controlo da BCI. Pretendemos, agora, aumentar o número de sujeitos saudáveis testados para confirmação dos resultados obtidos.

Compromissos: Miguel Pais-Vieira e Marta Torres receberam a bolsa de investigação Prof. Castro Lopes em Doença Vasculiar Cerebral de 2024.

P79 | EVOLOCUMAB NA PRÁTICA CLÍNICA: SELEÇÃO DE CANDIDATOS COM BASE NOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DO ESTUDO FOURIER

Mónica Amado, Joana Pereira, Sandra Cunha, Luís Graça Santos, Behnam Moradi, Hélia Martins
Instituição: Unidade Local de Saúde - Região de Leiria

Introdução: A abordagem da dislipidemia, fator de risco amplamente conhecido no desenvolvimento da doença aterosclerótica, é crucial na prevenção secundária de eventos cardiovasculares, como o AVC isquémico. O evolocumab, inibidor da PCSK9, demonstrou benefícios significativos na redução do colesterol LDL (cLDL), assim como na prevenção de eventos cardiovasculares, segundo o estudo FOURIER.

Objetivos: Identificar e caracterizar os doentes seguidos em consulta de risco cerebrovascular que seriam candidatos à terapêutica com evolocumab, segundo os critérios de elegibilidade definidos no estudo FOURIER.

Metodologia: Estudo retrospectivo de 98 doentes seguidos em consulta de medicina interna de risco cerebrovascular, durante 8 meses. Foram analisados dados demográficos, características clínicas e a ficha lipídica dos mesmos. Os doentes elegíveis para evolocumab foram selecionados de acordo com os critérios do estudo FOURIER: idade compreendida entre 40-85 anos, cLDL > 70 mg/dL sob estatina em dose máxima tolerada (com ou sem ezetimibe) e presença de doença cardiovascular aterosclerótica estabelecida.

Resultados: No total da amostra, a idade média foi de 67,93 ± 9,92 anos, com 52% de homens. As comorbilidades mais prevalentes foram o excesso de peso/obesidade (68,4%), hipertensão (80,6%) e diabetes mellitus (44,9%). Os medicamentos mais utilizados foram os IECA/ARAI (71,4%), antiagregantes plaquetares (65,3%), anticoagulantes orais (34,7%) e beta-bloqueantes (36,7%). Todos os doentes estavam sob terapêutica hipolipemiente, 46,9% com estatina de alta intensidade isoladamente e 40,1% com estatina de alta intensidade combinada com ezetimibe. A média de c-LDL foi 61,34 mg/dL, colesterol HDL 48,85mg/dL, colesterol total 128,03 mg/dL e triglicéridos de 105,46 mg/dL. Após a aplicação dos critérios do estudo FOURIER, 24,5% (n=24) dos pacientes (cohort FOURIER) foram considerados possíveis candidatos ao evolocumab. Neste subgrupo, a média de c-LDL foi de 88,3mg/dL, colesterol HDL 48,83mg/dL, colesterol total 157,13mg/dL e triglicéridos de 112,50mg/dL. Contudo, nenhum dos doentes iniciou evolocumab durante este período.

Conclusões: Neste estudo de prevenção cardiovascular secundária, apesar do uso generalizado de terapêuticas hipolipemiantes (nomeadamente estatinas de alta intensidade com ou sem ezetimibe), cerca de um quarto dos doentes manteve níveis de c-LDL acima do limiar definido pelos critérios do estudo FOURIER, sendo que nenhum deles iniciou tratamento com evolocumab. Os nossos resultados alertam para a necessidade de uma maior sensibilização dos clínicos para o uso de inibidores da PCSK9 na prática clínica diária e melhorar a acessibilidade aos fármacos, por forma a otimizar a redução de risco cardiovascular neste grupo vulnerável de doentes.

P80 | IMPACTO DIFERENCIAL E GLOBAL DA ABORDAGEM DE CUIDADOS INTEGRADOS NO AVC HEMORRÁGICO

Hugo Castanheira¹, Liliana Silva², Marta Sanches², Christine Canizes², Maria Rocha², Carolina Fernandes², Ana Brás², Carla Cecília², Bruno Rodrigues², Luciano Almendra², Cristina Machado², João André Sousa², Gustavo Santo², Fernando Silva², Ana Inês Martins², João Sargento-Freitas^{1,2}.

¹Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, ²Unidade Local de Saúde de Coimbra

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) hemorrágico está frequentemente associado a elevada morbidade e mortalidade. Anteriormente, a eficácia da sua abordagem terapêutica era limitada, no entanto avanços recentes introduziram o conceito de “acute care bundles”. Este corresponde a um plano de cuidados integrados, que visa mudar o paradigma do prognóstico vinculado ao tratamento do AVC hemorrágico.

Objetivos: Com este trabalho pretende-se avaliar o impacto da abordagem precoce de dois parâmetros (controlo tensional precoce e reversão de anticoagulação) dos cuidados integrados, numa fase aguda do AVC hemorrágico.

Metodologia: Estudo observacional de coorte retrospectiva que inclui os doentes que recorreram ao Serviço de Urgência no período de 2023 e 2024, aos quais foi estabelecido o diagnóstico de AVC hemorrágico e instituído um plano de cuidados integrados precoces na fase aguda da doença, dos quais se destaca o controlo tensional e a reversão da anticoagulação em doentes hipocoagulados. Este estudo integra uma análise estatística das variáveis através do programa SPSS, na qual foram efetuadas análises univariáveis, seguida de regressão ordinal ajustada para confundidores, com nível de significância de 0.05, de modo a averiguar uma eventual associação dos parâmetros de estudo (tensão arterial e reversão) com o estado funcional do doente após 3 meses do AVC.

Resultados: Incluíram-se, neste estudo, 214 doentes, com idade média de 75,09 anos (DP: 11.89) e 58% do sexo masculino. O NIHSS médio de apresentação foi 12,46 (DP: 10.56). Os resultados demonstraram que os doentes que iniciaram controlo de tensão arterial dentro 30 minutos após a admissão hospitalar tinham valores de tensão arterial à admissão significativamente mais elevados (194.75/101.50 vs. 153.46/84.56, $p=0.001$), sendo semelhantes nas restantes variáveis clínicas e demográficas. Tendo em conta que apenas uma reduzida percentagem de doentes fez reversão de anticoagulação (9,88%), o tempo entre a admissão hospitalar e a administração de reversores em doentes hipocoagulados esteve apenas associado a um NIHSS à admissão mais baixo (CP: -0.77, $p=0.025$). Após ajuste para confundidores, o início de hipotensores em 30 minutos e o tempo decorrido até à administração de reversores de anticoagulação não foram associados a melhores resultados clínicos aos 3 meses após o AVC (B: -0.042, IC95%: -1.59 – 1.51, $p=0.957$ e B: 0.010, IC95%: -0.003 – 0.022, $p=0.138$, respetivamente).

Conclusões: Este estudo procurou esclarecer a importância diferencial e o interesse da adoção de novas estratégias para uma abordagem mais precoce no AVC hemorrágico, bem como o impacto das mesmas na morbimortalidade na dependência funcional a que estes doentes ficam sujeitos. Os resultados obtidos foram limitados por uma amostra reduzida, não permitindo inferir conclusões fidedignas acerca do impacto dos “acute care bundles” no prognóstico dos doentes.

P81 | DIAGNÓSTICO INAUGURAL DE DIABETES MELLITUS E PRÉ DIABETES NUMA UNIDADE DE AVC

Romana Rodrigues¹, Mariana Dias da Costa¹, André Paula¹, Madalena do Rosário¹, Teresa Pinho e Melo^{1,2}, Ana Catarina Fonseca^{1,2}

1 – Serviço de Neurologia, Departamento de Neurociências e Saúde Mental, Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Lisboa, 2 – Centro de Estudos Egas Moniz, Clínica Universitária de Neurologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Introdução: A diabetes mellitus e a pré-diabetes são factores de risco vascular modificáveis de AVC isquémico agudo que duplicam o risco de AVC, estão associados a pior prognóstico funcional e aumento do risco de recorrência de eventos cerebrovasculares. Estratégias de prevenção específicas para diabéticos ainda são uma lacuna na prática clínica, apesar da crescente carga global de AVC associada à diabetes mellitus. Na literatura, em até 50% dos casos de doentes diabéticos com AVC agudo, o diagnóstico de diabetes não era previamente conhecido.

Objetivos: Determinar a prevalência de diagnóstico inaugural de diabetes e pré-diabetes em doentes com AVC isquémico agudo internados numa UAVC e avaliar se existe uma associação com a etiologia do AVC.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo de uma amostra de doentes incluídos prospectivamente. Foram incluídos doentes adultos consecutivos internados na UAVC de um hospital universitário por AVC isquémico agudo ou AIT entre 1 de julho e 10 dezembro de 2023. Os critérios de exclusão foram a ausência de quantificação de hemoglobina glicada (HbA1c). A determinação da HbA1c faz parte do protocolo de avaliação dos doentes da UAVC que permanecem mais de 24 horas internados. Valores de HbA1c $\geq 6.5\%$ foram classificados como diabetes mellitus, entre 6.0 e 6.4% como elevado risco de conversão para diabetes e entre 5.7-6.4% como pré-diabetes. A etiologia do AVC foi determinada utilizando a classificação TOAST. Foi utilizada um teste qui-quadrado para estudar uma associação entre diagnóstico inaugural de diabetes ou pré-diabetes e etiologia do AVC.

Resultados: Foram incluídos no total 199 doentes, com média de idade de 71.5 (± 16.0 anos), 104 eram mulheres (52.2%), 37 (18.6%) tinham diagnóstico prévio de diabetes. Do total de doentes incluídos, 53.3%, IC 95% (69.3,73.7), foram diagnosticados de forma inaugural com diabetes mellitus (7.5%) e

com pré diabetes (92.5%) durante o internamento, deste último grupo, 56 (51.4%) apresentavam elevado risco de conversão para diabetes. Relativamente à etiologia do AVC isquémico, 40.7% foi considerada etiologia cardioembólica, 9,5% doença aterosclerótica de grande vaso, 1.0% doença aterosclerótica de pequenos vasos, 30.2% etiologia indeterminada por estudo incompleto, 10.0% etiologia indeterminada após estudo completo negativo, 2.5% etiologia indeterminada por se ter identificado mais do que uma causa e 6.0% por outra causa determinada. Não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre o diagnóstico inaugural de diabetes ou pré-diabetes e uma etiologia específica de AVC.

Conclusões: A prevalência de diagnóstico inaugural de pré-diabetes e diabetes mellitus na nossa amostra é elevada. Tal corrobora os dados que indicam que se tratam de patologias frequentemente subdiagnosticadas em doentes com AVC isquémico agudo. A inclusão de HbA1c no protocolo das UAVC's permite a identificação destes doentes e conseqüentemente uma prevenção secundária mais adequada com tratamento dirigido a estes fatores de risco vascular. A consciencialização sobre a pré-diabetes ainda é muito baixa e, sem uma triagem ativa, uma importante proporção de casos de pré-diabetes no AVC agudo permanece sem diagnóstico.

P82 | NEUROPATIA ÓTICA ISQUÉMICA – INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA NUM ESTRATO ETÁRIO ATÍPICO

Daniela Dias Dinis¹, José Sá Silva², Catarina Mendes Pinto², João Heitor Marques³, Denis Gabriel¹, Raquel Samões¹

¹ Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar Universitário de Santo António, ULS Santo António, ²Serviço de Neurorradiologia, Centro Hospitalar Universitário de Santo António, ULS Santo António, ³Serviço de Oftalmologia, Centro Hospitalar Universitário de Santo António, ULS Santo António

Introdução: A neuropatia ótica é uma causa neurológica importante de alteração da acuidade visual monocular. A idade de apresentação constitui uma característica diferenciadora da etiologia da neuropatia, sendo a causa inflamatória habitualmente observada nos indivíduos jovens e a causa isquémica mais frequente nos idosos.

Caso Clínico: Homem de 30 anos, com antecedentes de enxaqueca e estenose pulmonar congénita submetida a valvulotomia pulmonar. Admitido no Serviço de Urgência por diminuição da acuidade visual do olho esquerdo, com quatro dias de evolução, com dor com os movimentos oculares. Exame neurológico sem alterações, à exceção de acuidade visual 0.5, amputação do campo visual temporal do olho esquerdo, disco corado, edemaciado e elevado e alterações pigmentares foveais. Realizou TC cerebral, que evidenciou proeminência da bainha do nervo ótico esquerdo, sem outras alterações. Realizou punção lombar, com glicose 0.62g/L, proteínas 0.41g/L, 16500 eritrócitos e 31 leucócitos. Foi diagnosticado com neuropatia ótica esquerda de etiologia provavelmente inflamatória e iniciou tratamento com metilprednisolona durante 5 dias, sem melhoria imediata. Manteve tratamento com corticoide oral durante um mês, com melhoria da acuidade visual para 0.8. Nesta fase, o doente referia melhoria da visão sobretudo na parte inferior do campo visual. Realizou RMN cerebral, que revelou discreta atrofia do nervo ótico esquerdo, hipersinal focal cortical pré-central esquerdo com atrofia associada, de natureza vascular isquémica crónica e alterações na transição diencéfalo-mesencefálica esquerda e da substância branca supra-tentorial subcortical, em topografia frontal bilateral, de natureza inespecífica. O estudo virológico e bacteriológico no LCR foi negativo, assim como serologia da sífilis, VIH, Borrelia, Epstein Barr, Herpes Zoster, Toxoplasma e Citomegalovírus. Os anticorpos antineuronais, anti-MOG e anti-AQP4 foram negativos. Foram detetadas duas bandas de características oligoclonais no LCR, com correspondência no soro. O estudo imunológico sistémico, incluindo imunoglobulinas e auto-anticorpos, foi negativo, à exceção de ligeiro consumo de C4. A função tiroideia e o estudo vitamínico não teve alterações, assim como a TC torácica. Repetiu a RMN cerebral 6 e 18 meses depois, com estabilidade das lesões. A angio-RMN foi normal. Realizou angiografia retiniana, que mostrou atraso segmentar nasal e inferior do preenchimento coroideu do olho esquerdo, sem sinais de vasculite. Tornando-se a hipótese vascular mais provável, apurou-se que a valvulopatia congénita adquirida condicionava afinal insuficiência pulmonar, insuficiência tricúspide e dilatação das cavidades cardíacas direitas. Neste contexto, realizou ecodoppler transcraniano com *bubble test*, que apresentou sinais microembólicos espontâneos na artéria cerebral média direita,

congruentes com *shunt* direito-esquerdo. Iniciou antiagregação plaquetária. Irá realizar ecocardiograma transesofágico e/ou AngioTC torácica para confirmação da localização do *shunt*.

Conclusões: As características demográficas são de extrema importância na classificação etiológica das neuropatias óticas. No entanto, é fundamental a colheita de uma história clínica completa com caracterização detalhada dos antecedentes pessoais, dado que estes podem fornecer dados relevantes para a interpretação dos achados clínicos e imagiológicos.

P83 | SÍNDROMES DO TRONCO CEREBRAL EM DOENTES SEGUIDOS NA ULSCB - HOSPITAL PÊRO DA COVILHÃ

André Medeiros¹, Miguel Saianda Duarte^{1,2}; Francisco Alvarez^{1,3}

¹Universidade da Beira Interior - Faculdade de Ciências da Saúde, ²ULSLOD - Serviço de Neurologia - Hospital Beatriz ângelo, ³ - ULSCB - Hospital Pêro da Covilhã

Introdução: Os AVC do tronco cerebral representam entre 10-15% de todos os AVC. Apesar de menos frequentes, apresentam maior morbimortalidade comparativamente com os AVC da circulação anterior. Fatores de risco como diabetes mellitus, HTA, dislipidemia, tabagismo e FA ou “flutter” auricular são fatores de risco (FR) modificáveis que devem ser tidos em conta. Este estudo propõe-se a caracterizar detalhadamente os doentes com AVC do território vertebro-basilar, mais especificamente do tronco cerebral, nos últimos 3 anos do Hospital Pêro da Covilhã - Unidade Local de Saúde da Cova da Beira (ULSCB - HPC) considerando o diagnóstico sindromático, topográfico e etiológico destes eventos.

Objetivos: Determinar as principais características clínicas dos AVC do tronco e identificar os fatores de risco dos mesmos. Adicionalmente realizar a caracterização clínica e imagiológica da amostra assim como correlacionar a clínica e as etiologias dos eventos com os achados imagiológicos.

Metodologia: Estudo observacional, transversal e retrospectivo de doentes com diagnóstico de AVC isquémico do tronco encefálico, seguidos no ULSCB - HPC na Unidade de AVC entre 2021 e 2023. Da amostra selecionada de 36 doentes foram analisadas múltiplas variáveis destacando: idade, sexo, FR, topografia da lesão, classificação TOAST, identificação da lesão em TC ou RM, escala m-Rankin modificada, tratamento instituído, entre outras. A análise foi efectuada com recurso ao SPSS 28, utilizando-se estatística descritiva para caracterização da amostra, e análise estatística para avaliar associações entre variáveis, com o teste qui-quadrado e o teste de Kruskal-Wallis.

Resultados: Da amostra do estudo 63,9% eram do sexo masculino (n=23), com média de idades de $67,50 \pm 12,13$ anos. Destaca-se a presença de sintomas motores em 63,9% dos doentes, 47,2% (n=17) apresentaram paresia facial e 47,2% tinham vertigem. Entre os FR avaliados, a HTA foi o mais frequente (66,7%; n=29). A distribuição por topografia revelou predomínio de lesões protuberanciais (47,2%). Quanto à etiologia, os AVC de etiologia indeterminada foram os mais frequentes (41,7%; n=15). Destaca-se também que 55,6% (n=20) dos doentes não apresentava lesão na TC mas apenas na RM realizada posteriormente. 20 casos foram passíveis de correspondência com uma síndrome do tronco específica, sendo a Síndrome de Wallenberg (25,0%; n=9) a mais predominante. Não se verificou associação estatisticamente significativa entre a topografia da lesão e etiologia (p = 0,500). Foi observada uma tendência para maior idade média nos pacientes com lesões bulbares, mas sem significância estatística (Kruskal-Wallis, p = 0,072).

Conclusões: O AVC do tronco cerebral continua a ser um desafio pela sua heterogeneidade clínica. Os resultados destacam a maior prevalência de sintomas motores associados a outras queixas clínicas tais como náuseas ou vômitos, vertigens e paresia facial. Sensivelmente metade dos doentes apresentava síndromes clínicas completas. Muitos casos necessitaram de realização de RM para confirmação imagiológica da lesão. O estudo reforça a importância de uma avaliação minuciosa dos achados clínicos para um diagnóstico e abordagem célere desta entidade.

Compromissos: Não foram identificados conflitos de interesse.

P84 | ECO-DOPPLER NA AVALIAÇÃO DE PATÊNCIA DE ANASTOMOSE DIRETA EXTRACRANIANA-INTRACRANIANA: UMA ALTERNATIVA RÁPIDA E SEGURA

José Fins¹, Sérgio Sousa², João Monteiro Silva², Denis Gabriel¹

¹Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto, ²Serviço de Neurocirurgia, Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto

Introdução: O *gold-standard* para a avaliação da permeabilidade da anastomose direta extracraniana-intracraniana entre a artéria temporal superficial e a artéria cerebral média é a angiografia. No entanto, sendo dispendioso, demorado e não isento de riscos, alternativas rápidas, seguras e de baixo custo são bem-vindas.

Caso Clínico: Um homem de 79 anos, com conhecido aneurisma gigante fusiforme do segmento supraclinoideu da artéria carótida interna esquerda, não candidato a clipagem ou tratamento endovascular *standard*. Foi admitido no Serviço de Urgência por hemorragia subaracnoideia no contexto de rotura. Após controlo tensional e estabilização clínica, foi submetido a tratamento cirúrgico em diferido (após antiagregação na semana prévia), que consistiu na criação de uma anastomose entre os ramos frontal e parietal da artéria temporal superficial e a artéria cerebral média esquerdas associado à oclusão cirúrgica da artéria carótida interna esquerda no segmento cervical. Manteve a medicação com antiagregação e, na semana seguinte à intervenção, realizou um eco-Doppler dos vasos do pescoço, craniano e transcraniano que demonstrou: 1) fluxo pré-oclusivo na artéria carótida interna esquerda pós-bulbar; 2) fluxo hiperdinâmico na artéria cerebral anterior direita e invertido (parcialmente) na artéria cerebral anterior esquerda, sinalizando colateralização de primeira ordem estabelecida através da artéria comunicante anterior; 3) inversão de fluxo na artéria oftálmica esquerda, refletindo colateralização de segunda ordem estabelecida por oclusão carotídea interna esquerda abaixo do segmento oftálmico; 4) fluxo hiperdinâmico em toda a extensão da artéria temporal superficial esquerda comparativamente à contralateral, com fluxo significativamente "internalizado", refletindo colateralização estabelecida via anastomose direta e provavelmente sinalizando o seu bom estabelecimento.

Conclusão: O eco-Doppler é um método complementar de diagnóstico a considerar para confirmar patência de anastomose direta entre a artéria temporal superficial e artéria cerebral média. Tem a vantagem de poder ser realizado à cabeceira do doente, rapidamente, sem necessidade de utilização de contraste ou exposição a radiação.

P85 | ECODOPPLER CAROTÍDEO EM DOENTES COM “CORAÇÃO ARTIFICIAL” - COMO DEFINIR ESTENOSE CAROTÍDEA

Alexandra Martinho, Elisa Campos Costa
Hospital de Cascais, Alcabideche, Lisboa

Introdução: Atualmente, não existem dados específicos e padronizados para a quantificação do grau de estenose carotídea, por EcoDoppler dos Vasos do Pescoço (DVP), em doentes portadores de dispositivos de assistência ventricular esquerda (DAVE). É importante saber interpretar estes achados, dada a elevada prevalência de doença aterosclerótica neste grupo de doentes, e o número crescente de implantes destes dispositivos, em Portugal.

Caso Clínico: Homem, de 64 anos que, na sequência de um enfarte agudo do miocárdio, desenvolve insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. Com o avanço da doença de base, e o agravamento da sintomatologia associada, torna-se candidato para transplante cardíaco. Contudo, como ponte para transplante, é implantado um HEART MATE III. Durante o internamento prolongado, teve um AVC isquémico, cardioembólico e, após o implante, um AVC hemorrágico. Um ano após colocação do DAVE realizou DVP no qual se identificou estenose da artéria carótida interna esquerda (ACIE), de grau ligeiro por critérios morfológicos ($\pm 50\%$), impossível de caracterizar por outros critérios. A presença do DAVE, altera a forma como é feita a ejeção do sangue, traduzindo-se no DVP numa modificação das curvas espectrais e, conseqüentemente, impossibilitando o uso de critérios velocimétricos para a quantificação de estenoses. Com base na literatura disponível, recomenda-se valorizar a “velocidade diastólica” e idealmente deveria existir DVP prévio ao implante do DAVE para comparação.

Conclusão: No ecoDoppler carotídeo fica apenas disponível o estudo morfológico para a quantificação de estenose carotídea, após o implante do DAVE, dado que ainda não existem estudos suficientes para a quantificação velocimétrica. É necessário um investimento em estudos que

permitam a definição e padronização de critérios de estenose carotídea, por DVP, de forma a prevenir eventos - AVC - em doentes portadores de DAVE. Estes doentes, com doença coronária, têm também elevada probabilidade de eventos cerebrovasculares, além da maior predisposição para AVC, após implante do DAVE.

P86 | COMO O ECO-DOPPLER MUDOU A ORIENTAÇÃO TERAPÊUTICA NUM DOENTE COM DOENÇA INFLAMATÓRIA SISTÊMICA E CAROTIDÍNIA

Daniela Dias Dinis¹, Diogo Costa¹, Denis Gabriel¹

¹Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar Universitário de Santo António, ULS Santo António

Introdução: A cefaleia constitui um dos sintomas mais comuns na prática clínica. A colheita de uma história clínica completa com identificação correta de sinais de alarme para uma causa secundária revela-se fundamental na escolha dos exames de diagnóstico mais adequados.

Caso Clínico: Mulher de 67 anos, seguida desde 2014 por doença inflamatória não especificada, com queixas de uveítes recorrentes, artralgias das interfalângicas proximais e diagnóstico de hipertensão arterial desde 2022. Por dor ocular recorrente no contexto das uveítes, corticorresponsiva, medicada inicialmente com metotrexato, depois ciclosporina e recentemente micofenolato de mofetil. Foi referenciada para consulta de Neurologia por cefaleia com 2 anos de evolução de características diferentes das habituais: intensa, estritamente unilateral direita e, para além do habitual envolvimento periorbitário, também cervical, com duração de 2-3 dias. De caráter opressivo, associava-se a náuseas, vômitos, fotofobia e fonofobia, não se associando a alterações da visão ou sintomas disautonómicos, assim como a alteração de caráter com a posição. Ao contrário das cefaleias prévias, não se associavam sinais de uveíte. Da mesma forma, não se apuraram sintomas constitucionais ou claudicação mandibular. O exame neurológico era normal. As artérias temporais tinham pulsos amplos e simétricos, sem dor à palpação, embora a doente descrevesse aumento da dor à palpação cervical durante os episódios. Apresentava ainda uma diferença de tensões arteriais sistólicas entre os dois membros superiores, com 135/72mmHg no direito e 151/73mmHg no esquerdo. A velocidade de sedimentação encontrava-se sustentadamente elevada desde 2011. Apesar das características sugestivas de enxaqueca, por cefaleia estritamente unilateral e parâmetros inflamatórios elevados, foi pedido, além da TC cerebral, sem alterações de relevo, um eco-Doppler. Este demonstrou patência das artérias temporais superficiais e seus ramos, e ausência de constrições hipoecogénicas. Em ambas as artérias axilares observou-se fenómeno de *aliasing* e elevação das velocidades de fluxo, não se verificando, contudo, aumento do índice íntima-média. Ambas as artérias carótidas comuns e, em particular, a direita apresentavam marcado espessamento isoecogénico da parede com repercussão hemodinâmica, verificando-se fluxo hiperdinâmico compensatório na circulação posterior. A presença de VS elevada, carotidínia, hipertensão arterial e diferença >10mmHg na tensão arterial dos dois membros, associada aos achados deste exame, sugeriram um processo de vasculite com atingimento de grandes vasos, com predileção para os troncos supra-aórticos, um quadro arterite de Takayasu-*like*, diagnóstico desfavorecido pela idade da doente. Por estes achados, iniciou corticoterapia em dose ajustada e fez um *switch* do seu tratamento de manutenção para tocilizumab. A PET corporal, entretanto pedida, não mostrou alterações hipermetabólicas sugestivas de arterite de grandes vasos em atividade na aorta e seus principais ramos. Ainda assim, apresentou uma melhoria franca da carotidínia, tanto em intensidade como em frequência, e resolução da síndrome inflamatória analítica, corroborando o diagnóstico de uma cefaleia secundária a vasculite de grandes vasos.

Conclusões: Neste caso, o eco-Doppler revelou-se fundamental para identificar sinais de vasculite e otimizar o tratamento da doente, resultando na resolução dos sintomas neurológicos. Demonstra-se o acréscimo diagnóstico que esta técnica pode trazer, quer em casos de vasculite envolvendo topografias extra-artéria temporal, quer em relação com exames de medicina nuclear.

P87 | PREDITORES DE TRANSFORMAÇÃO HEMORRÁGICA ÀS 24H APÓS AVC ISQUÉMICO AGUDO EM DOENTES SUBMETIDOS A TROMBECTOMIA MECÂNICA

Joana Oliveira^{1,2*}, Vítor Rêgo^{1,3*}, Jorge Ferrão^{1,4*}, Cláudia Gaspar^{1,2*}, Inês Gil³, Francisco Raposo³, Isabel Taveira⁵, Hipólito Nzwalo⁶, Maria Helena Gonçalves⁷, Ana Verónica Varela¹, Ana Paula Fidalgo¹, Francisco Bernardo^{1,4}

*Estes autores contribuíram de igual forma para a realização deste trabalho

¹Unidade de AVC, Hospital de Faro, ULS Algarve; ²Serviço de Medicina Interna, Hospital de Faro, ULS Algarve; ³Serviço de Neurorradiologia, Hospital de Faro, ULS Algarve; ⁴Serviço de Neurologia, Hospital de Faro, ULS Algarve; ⁵Unidade de AVC, Hospital de Portimão, ULS Algarve; ⁶Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas, Universidade do Algarve; ⁷Departamento de Matemática, FCT, Universidade do Algarve

Introdução: A transformação hemorrágica é uma complicação significativa após AVC isquémico, estando associada a desfechos desfavoráveis. Assim sendo, têm sido feitos esforços no sentido de preveni-la. Sabe-se atualmente, que variáveis como o uso prévio de medicação antitrombótica, severidade neurológica (NIHSS) à admissão, idade, sexo e hipertensão na admissão são considerados como alguns dos mais importantes fatores de risco para transformação hemorrágica.

Objetivos: Identificar preditores de transformação hemorrágica às 24h após AVC isquémico agudo em doentes submetidos a trombectomia mecânica.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo de série consecutiva de doentes com AVC isquémico agudo submetidos a trombectomia mecânica no período compreendido entre junho de 2023 a junho de 2024 no nosso centro. Foram analisados dados demográficos, clínicos e imagiológicos recorrendo a IBM® SPSS® Statistics. O grupo de doentes com transformação hemorrágica na TC-CE de controlo após 24h foi comparado com o grupo de doentes sem transformação hemorrágica. As variáveis com p-value ≤ 0.05 na análise univariada foram consideradas para o modelo de regressão logística. Foi considerado significativo um p-value $\leq 0,05$.

Resultados: Avaliou-se uma amostra consecutiva de 82 doentes com AVC isquémico agudo submetidos a trombectomia mecânica, dos quais 34 doentes (41,5%) apresentavam transformação hemorrágica na TC-CE de controlo após 24h. Destes, 11 doentes (32,4%) apresentavam transformação hemorrágica sintomática. Os doentes que apresentaram transformação hemorrágica tinham uma mediana de idades de 78 anos (intervalo interquartil 71-81) e 33,3% eram do sexo feminino. Comparando os dois grupos, os seguintes fatores foram significativamente associados à presença de transformação hemorrágica na análise univariada: a existência de cancro prévio, obesidade, NIHSS elevado à admissão, oclusão da artéria carótida interna cervical, pressão arterial média inferior a 70 mmHg durante o procedimento, mTICI $\geq 2b$ e etiologia indeterminada do AVC. Na análise multivariada um NIHSS elevado à admissão (OR 1,133; 95% IC 1,029 - 1,246) e obesidade (OR 5,059; 95% IC 1,540 - 16,614) foram identificados como preditores de transformação hemorrágica.

Discussão/Conclusões: Um NIHSS elevado à admissão e a obesidade foram preditores de transformação hemorrágica após trombectomia mecânica nesta amostra de doentes. Contudo, este estudo tem várias limitações, nomeadamente o seu carácter retrospectivo e, sobretudo, a dimensão da amostra que impedem um adequado poder estatístico. Deste modo, são necessários mais estudos para confirmar os achados e identificar outros fatores de risco, no sentido de tentar reduzir o risco ou antecipar a possibilidade desta complicação.

P88 | CASUÍSTICA DO PRIMEIRO ANO DE TRATAMENTO DO AVC ISQUÉMICO AGUDO COM TROMBECTOMIA MECÂNICA NO SUL DE PORTUGAL

Cláudia Gaspar^{1,2*}, Vítor Rêgo^{1,3*}, Jorge Ferrão^{1,4*}, Joana Oliveira^{1,2*}, Inês Gil³, Francisco Raposo³, Isabel Taveira⁵, Hipólito Nzwalo⁶, Maria Helena Gonçalves⁷, Ana Verónica Varela¹, Ana Paula Fidalgo¹, Francisco Bernardo^{1,4}

*Estes autores contribuíram de igual forma para a realização deste trabalho

1 – Unidade de AVC, Hospital de Faro, ULS Algarve; 2 – Serviço de Medicina Interna, Hospital de Faro, ULS Algarve; 3 – Serviço de Neurorradiologia, Hospital de Faro, ULS Algarve; 4 – Serviço de Neurologia, Hospital de Faro, ULS Algarve; 5 – Unidade de AVC, Hospital de Portimão, ULS Algarve; 6 – Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas, Universidade do Algarve; 7 – Departamento de Matemática, FCT, Universidade do Algarve

Introdução: A trombectomia mecânica é um tratamento eficaz do AVC isquémico agudo com oclusão de grande vaso intracraniano, reduzindo a morbidade e a mortalidade após o evento vascular. É

importante que este tratamento esteja disponível em todo o país de modo que toda a população possa beneficiar das suas vantagens de forma homogênea.

Objetivos: Caracterizar a população de doentes com AVC isquémico agudo submetidos a trombectomia mecânica no Sul de Portugal.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo de série consecutiva de doentes com AVC isquémico agudo submetidos a trombectomia mecânica no período compreendido entre junho de 2023 a junho de 2024 no nosso centro. Foram analisados dados demográficos, clínicos e imagiológicos recorrendo a IBM® SPSS® Statistics.

Resultados: Foram incluídos 82 doentes com mediana de idades de 78 anos (intervalo interquartil IQR 69-83), sendo 52,4% do sexo masculino. Os fatores de risco vascular mais frequentes foram: hipertensão arterial (n=57, 69,5%), dislipidémia (n=42, 51,2%), fibrilhação auricular (n=30, 36,6%), diabetes mellitus tipo 2 (n=26, 31,7%) e obesidade (n=18, 22,0%). À admissão a pontuação mediana de NIHSS foi de 17 (IQR 12-21) e a pontuação mediana de ASPECTS foi de 9 (IQR 12-21). A maioria dos doentes apresentava oclusão do segmento M1 da ACM (n=57, 69,5%), seguido de oclusão da artéria carótida interna intracraniana (n=22, 26,8%) e do segmento M2 da ACM (n=14, 17,1%). Dezanove doentes (19,5%) apresentaram oclusão em tandem. A etiologia do AVC isquémico mais frequente foi a fibrilhação auricular (n=30, 36,6%), seguida da estenose carotídea cervical (n=15, 18,3%) e da estenose de vaso intracraniano (n=9, 11,0%). Trinta e um doentes (37,8%) realizaram trombólise endovenosa com alteplase antes da trombectomia mecânica com um tempo mediano de clínica-agulha de 145 minutos (IQR 107-195). A técnica de trombectomia mais utilizada foi a aspiração (n=76, 92,7%), sendo que a maioria dos doentes realizou técnicas combinadas com aspiração e *stent retriever* (n=50, 61,0%). A maioria dos doentes realizou o procedimento sob anestesia geral (n=61, 74,4%), o número mediano de passagens foi de 2 (IQR 1-4) e a duração mediana do procedimento foi de 70 minutos (IQR 45-127). A mediana do tempo de clínica-punção foi de 353 minutos (IQR 276-738) e do tempo de clínica-revascularização foi de 464 minutos (IQR 349-882). Cerca de 80% dos doentes obteve recanalização bem-sucedida com mTICI \geq 2b. O NIHSS mediano às 24h foi de 17 (IQR 9-22); 34 doentes (41,5%) apresentaram transformação hemorrágica na TC-CE de controlo às 24h, incluindo 11 doentes (13,4%) com transformação hemorrágica sintomática. Cerca de 20% dos doentes faleceram dentro de sete dias após o evento vascular. Aos 90 dias, 28% dos doentes apresentaram um *outcome* clínico favorável com mRS \leq 2, tendo ocorrido uma mortalidade de 31,7% dos doentes.

Discussão/Conclusões: Os dados apresentados estão em linha com as séries de trombectomia mecânica nacionais e internacionais. A disponibilidade da trombectomia mecânica na região Sul de Portugal foi um marco no tratamento do AVC isquémico em Portugal que beneficia toda a população residente e não residente deste território.

P89 | PREDITORES DE MORTALIDADE AOS 3 MESES EM DOENTES COM AVC ISQUÉMICO AGUDO SUBMETIDOS A TROMBECTOMIA MECÂNICA

Jorge Ferrão^{1,2*}, Vítor Rêgo^{1,3*}, Cláudia Gaspar^{1,4*}, Joana Oliveira^{1,4*}, Inês Gil³, Francisco Raposo³, Isabel Taveira⁵, Hipólito Nzwalo⁶, Maria Helena Gonçalves⁷, Ana Verónica Varela¹, Ana Paula Fidalgo¹, Francisco Bernardo^{1,2}

*Estes autores contribuíram de igual forma para a realização deste trabalho

1 – Unidade de AVC, Hospital de Faro, ULS Algarve; 2 – Serviço de Neurologia, Hospital de Faro, ULS Algarve; 3 – Serviço de Neurorradiologia, Hospital de Faro, ULS Algarve; 4 – Serviço de Medicina Interna, Hospital de Faro, ULS Algarve; 5 – Unidade de AVC, Hospital de Portimão, ULS Algarve; 6 – Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas, Universidade do Algarve; 7 – Departamento de Matemática, FCT, Universidade do Algarve

Introdução: O AVC isquémico é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo. Felizmente, têm sido desenvolvidas armas terapêuticas modificadoras de prognóstico, sendo uma destas a trombectomia mecânica. Todavia, a taxa de mortalidade também é acentuada em doentes submetidos a trombectomia mecânica. A identificação dos fatores associados a um risco maior de evolução para a morte é determinante para a definição de estratégias de prevenção, que podem ser específicas a cada região.

Objetivos: Determinar os preditores de mortalidade aos 3 meses em doentes que sofreram um AVC isquémico e foram submetidos a trombectomia mecânica.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo de série consecutiva de doentes com AVC isquémico agudo submetidos a trombectomia mecânica no período compreendido entre junho de 2023 a junho de 2024 no nosso centro. Foram analisados dados demográficos, clínicos e imagiológicos recorrendo a IBM® SPSS® Statistics. Foram comparados dois grupos consoante o seu *outcome*: sobrevivência versus morte passados 3 meses depois do procedimento. As variáveis com p-value $\leq 0,05$ na análise univariada foram consideradas para o modelo de regressão logística. Foi considerado significativo um p-value $\leq 0,05$.

Resultados: Foram incluídos no estudo 82 doentes, sendo que se verificou uma taxa de letalidade de 31,7% (26 doentes) aos 3 meses. A análise univariada dos dados obtidos identificou como preditores da mortalidade a idade avançada, um NIHSS ≥ 17 à admissão, um NIHSS ≥ 11 após 24h, a presença de oclusão da artéria carótida interna intracraniana e administração de anestesia geral. Já a idade avançada (OR 1,121; 95% IC 1,031 – 1,218) e um NIHSS ≥ 17 à admissão (OR 3,821; 95% IC 1,102 – 13,254) foram identificados como preditores de mortalidade, com base na análise multivariada.

Conclusões: Neste estudo verificou-se que a idade avançada e um NIHSS ≥ 17 à admissão são fatores associados com a mortalidade aos 3 meses em doentes com AVC isquémico agudo submetidos a trombectomia mecânica, o que vai de encontro a outros estudos já realizados anteriormente. No entanto, o tamanho da amostra poderá ter reduzido o poder estatístico, impedindo a identificação de outros preditores. Adicionalmente, a incorporação de outras variáveis socioeconómicas e de processos de cuidados poderá ser determinante para uma melhor identificação de preditores de morte após trombectomia mecânica na região.

P90 | TEIA CAROTÍDEA COMO CAUSA DE AVC ISQUÉMICO E AS SUAS IMPLICAÇÕES TERAPÊUTICAS – UMA SÉRIE DE CASOS

Luís Castro Rocha¹, Andrea Cabral¹, Diana Pinho¹, Joana Novo^{1,2}, Mariana Rocha^{1,2}, Ludovina Paredes^{2,3}, Henrique Costa^{2,3}, Tiago Gregório^{2,3}, Miguel Veloso^{1,2}, Pedro Barros^{1,2}, Andreia Carvalho¹

1. Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho, 2. Unidade de AVC, Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho, 3. Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

Introdução: Teias carotídeas (TCa) são uma forma atípica de displasia fibromuscular, com projeções focais da camada íntima para o lúmen arterial, geralmente a partir da parede posterior do bulbo carotídeo, causando estenose do vaso. Por um lado, poderá perturbar o fluxo laminar, promovendo turbulência e catalisando uma resposta pró-agregante. Por outro lado, poderá causar estase sanguínea, com consequente ativação da cascata de coagulação no local. A sua prevalência é baixa na população geral; porém, estão presentes numa percentagem significativa de doentes com ESUS (9,4-37%), sobretudo nos indivíduos com idade <65 anos. A angioTC com cortes oblíquos é a modalidade diagnóstica mais adequada, pela sua ampla disponibilidade e elevada sensibilidade. TCa sintomáticas têm elevado risco de recorrência (20% a 24 meses) sob tratamento médico (antiagregação plaquetária (AAP) ou anticoagulação). O *stenting* e a endarterectomia parecem seguras e altamente eficazes na prevenção da recorrência de AVC (0% aos 18-24 meses). Contudo, não há *guidelines* baseadas na evidência relativas à estratégia de prevenção secundária mais adequada.

Métodos: Caracterização dos doentes com TCa sintomáticas internados na Unidade de AVC ou no Serviço de Neurologia do nosso centro hospitalar entre janeiro/2021 e novembro/2024. Incluímos doentes internados por AIT ou AVC isquémico cuja investigação etiológica não revelou outra etiologia além da TCa.

Caso 1: Homem, 64, FRV (tabagismo, dislipidemia e HTA). TACI direito, NIHSS 17, com oclusão da ACI direita supraclinoideia e TCa ipsilateral. Trombólise e trombectomia eficaz com NIHSS 0. Iniciada dupla AAP, seguida de *stenting* da TCa. Manteve dupla AAP durante 3 meses, seguida de AAP simples. 36 meses de *follow-up*, sem novos eventos.

Caso 2: Homem, 60, FRV (fumador, dislipidemia). AIT com parésia braquial esquerda. TC-CE com sequelas isquémicas córtico-subcorticais frontais e parietais bilaterais, e enfarte agudo semioval direito. AngioTC com trombo suboclusivo em M2-M3 direito e TCa ipsilateral. Sem tratamento de fase

aguda. Iniciada dupla AAP seguida de stenting da TCa. 13 meses de *follow-up* sob AAP simples, sem novos eventos.

Caso 3: Mulher, 57, FRV (fumadora, dislipidemia) e AIT prévio (PACI esquerdo; ESUS. PACI direito, NIHSS 14, com oclusão de M1 direito e TCa bilaterais. Trombectomia eficaz com NIHSS 1. 6 meses de follow-up sob dupla AAP, sem novos eventos, proposta para *stenting* da TCa direita.

Conclusão: As TCa devem ser ativamente procuradas nos doentes com ESUS, em particular nos indivíduos com idade <65 anos. A sua prevalência é maior nesta faixa etária, onde é uma causa relevante de eventos cerebrovasculares com elevado risco de recorrência. Na nossa pequena amostra, dois doentes foram tratados trombectomia mecânica seguida de *stenting* carotídeo, e um com dupla AAP; em nenhum se verificou recorrência de eventos.. A literatura sugere a superioridade do tratamento cirúrgico (*stenting* carotídeo ou endarterectomia) face ao tratamento apenas médico. No entanto, carecemos de estudos randomizados que comparem as diferentes estratégias de prevenção secundária e que forneçam a evidência necessária à elaboração de *guidelines* relativas às TCa.

P91 | HIPERTENSÃO INTRACRANIANA E TROMBOSE VENOSA CEREBRAL - SINTOMAS CRUZADOS E ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS EMERGENTES

Leonor Francisco¹, Luís Rufo Costa¹, Daniel Ferreira¹, Pedro Correia¹, Sérgio Castro², Rosa Lobato¹

¹Unidade de Neurologia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, ²Serviço de Neurorradiologia, Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho

Introdução: A hipertensão intracraniana idiopática (HII) é caracterizada por cefaleia refratária, papiledema, sintomas visuais, tinnitus e aumento da pressão intracraniana (PIC), sendo um diagnóstico diferencial importante de trombose venosa cerebral (TVC). O tratamento tem como objetivos principais alívio dos sintomas e preservação da visão. Recentemente, destaca-se como opção terapêutica a angioplastia com colocação de stent nos seios venosos.

Caso clínico: Mulher, dezoito anos, antecedentes de síndrome do ovário poliquístico, tabagismo e obesidade, medicada com anticoncepcional oral, recorre ao serviço de urgência por cefaleia frontal em aperto, de intensidade ligeira a moderada, com cinco dias de evolução, associada a hipostesia da hemiface direita. Relata um episódio transitório de afasia e défice sensitivomotor do membro superior direito (MSD). Ao exame neurológico apresenta alteração do comportamento, desorientação, discurso repetitivo e fofobia. É incapaz de cumprir ordens mais complexas, repetir frases longas e apresenta parafasias fonéticas, paralisia facial central direita *minor* e discreta pronação do MSD. Regista-se um pico febril isolado. Realiza: estudo analítico com aumento de D-Dímeros; TC-CE e Venó-TC, com ausência de preenchimento na região posterior do seio sagital superior. Na avaliação por Oftalmologia, é observado papiledema bilateral, iniciando-se acetazolamida. Posteriormente, realiza: RM-CE e Venó-RM, que confirmam ausência de preenchimento da porção proximal do seio longitudinal superior com hipersinal em T1 e FLAIR, suportando o diagnóstico de TVC. A punção lombar apresenta pleocitose de predomínio linfocítico no LCR. Assumindo a concomitância de trombose do seio longitudinal superior, HIC e infeção viral do SNC, inicia levetiracetam, ceftriaxone, aciclovir e enoxaparina. Por estabilização clínica, inicia o desmame da acetazolamida, mas por novo agravamento da cefaleia, com náuseas e vômitos, reinicia novamente o fármaco. A nova avaliação oftalmológica revela agravamento do papiledema, parésia do nervo abducente e diplopia, motivando um novo aumento da dose de acetazolamida. Os exames de neuroimagem são novamente revistos, constatando-se estenoses segmentares de novo dos seios transversos e nos aspetos distais dos seios sagital superior e reto, colocando-se como nova hipótese mais provável uma hipertensão intracraniana por estenose extrínseca dos seios venosos durais, em possível relação com uma infeção do SNC prévia. Dado o agravamento clínico, é realizada nova RM-CE, evidenciando redução do calibre dos seios venosos, motivo pelo qual se decide a realização de angioplastia com colocação de stent no seio lateral direito. A doente inicia dupla antiagregação com ácido acetilsalicílico e ticagrelor. Apresenta evolução clínica favorável, com resolução completa da cefaleia e discreta diplopia nos extremos das sacadas horizontais. É medicada com acetazolamida, topiramato e dupla antiagregação e inicia o desmame do levetiracetam. Um mês após o procedimento, o controlo imagiológico mostrou normal patência do stent e melhoria significativa das estenoses dos seios durais.

Conclusões: O diagnóstico clínico e neurorradiológico de condições associadas ao aumento da PIC nem sempre é linear, dada a sobreposição de sintomas e fatores de risco. A angioplastia com colocação de stent nos seios venosos tem emergido como opção terapêutica promissora em casos de HII com estenose venosa, quer intrínseca, quer extrínseca, resultando na redução da PIC e melhoria clínica, como evidenciado neste caso.

P92 | DESAFIOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS NA GESTÃO DE COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS A DIVERSOR DE FLUXO – CASO CLÍNICO

José Fins¹, Francisca Costa¹, Daniela Dinis¹, Viriato Alves², José Pedro-Rocha² e Ricardo Varela¹

¹Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto, Portugal, ²Serviço de Neurorradiologia, Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto, Portugal

Introdução: O *stent* diversor de fluxo é um dispositivo que se coloca na artéria parente ao nível do colo de um aneurisma de modo a perturbar o fluxo intra-aneurismático, favorecendo a sua trombose. Apesar da sua eficácia, não é isento de complicações peri e pós-colocação, estando descritas complicações embólicas, oclusão de ramos, lesão/rutura de vaso e má colocação ou migração do *stent*.

Caso Clínico: Mulher de 58 anos, previamente autónoma, internada eletivamente para tratamento de aneurisma sacular parcialmente trombosado e calcificado da artéria carótida interna direita através de colocação de *stent* diversor de fluxo no segmento supraclinoideu da artéria. O procedimento decorreu sem complicações imediatas e a doente teve alta com dupla antiagregação com ácido acetilsalicílico (AAS) e ticagrelor. Ao quinto dia pós-procedimento deu entrada no serviço de urgência por quadro súbito de disartria, assimetria facial e défice de força muscular no membro superior esquerdo (NIHSS=5). Realizou TC-CE sem alterações de novo, contudo, estudo subsequente por RM-CE demonstrou área de restrição à difusão estriato-capsular e insular direita, assim como múltiplos focos de restrição à difusão justacorticais frontais, parietais, temporais e occipital direitos compatíveis com lesões isquémicas recentes em território da artéria cerebral média (ACM) direita. Apresentava sinais de transformação hemorrágica nos núcleos da base. Por apresentar transformação hemorrágica, foi alterada a estratégia de antiagregação para AAS e clopidogrel. O estudo subsequente por ecoDoppler transcraniano (DTC) demonstrou assimetria fluxométrica importante entre as ACMs, com rácio direita/esquerda de 0.31, a sugerir significativa atenuação fluxométrica na ACM direita. Por esse motivo repetiu TC-CE, que demonstrou hipodensidade de novo cortico-subcortical temporal superior direita. Perante a evidência de agravamento imagiológico, reverteu-se a estratégia de prevenção secundária para a original com involução completa e precoce de achados de DTC e estabilização de agravamento clínico.

Conclusão: Com este caso clínico pretendemos ilustrar os desafios de diagnóstico e terapêutica de complicações associáveis aos diversores de fluxo. Consideramos que a complicação sub-aguda possa estar associada à ineficácia do esquema de antiagregação plaquetária. Saliencia-se igualmente a utilidade do DTC na caracterização longitudinal de fenómenos hemodinâmicos associados a estes dispositivos em contexto agudo.

P93 | FRATURA DE STENT CAROTÍDEO: UMA COMPLICAÇÃO RARA

Maria Teresa Durães¹, André Miranda², Sérgio Castro², Sofia de Figueiredo³

¹Unidade Local de Saúde de São João, ²Unidade de Neurorradiologia de Intervenção Cerebrovascular- Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho, ³Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa

Introdução: O tratamento endovascular da estenose carotídea tem-se afirmado como uma alternativa segura e eficaz para doentes com elevado risco cirúrgico para a realização de endarterectomia carotídea. A colocação de *stent* carotídeo demonstra eficácia e resultados clínicos a médio prazo comparáveis aos da endarterectomia, com menor incidência de lesões iatrogénicas, como lesões de nervos cranianos e complicações locais, incluindo infeções ou hematomas. Com o aumento da realização de tratamento endovascular, cresce também a frequência de complicações, destacando-se a fratura do *stent*, fenómeno já descrito noutras localizações vasculares. A maioria das fraturas de *stent* ocorre pela exposição a tensões biomecânicas, que levam à fadiga do material e sua eventual

ruptura. As consequências clínicas podem ser variadas, incluindo trombose intrastent, re-estenose, embolização distal, formação de pseudoaneurismas e migração do stent, com implicações clínicas a curto e longo prazo.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 71 anos, com antecedentes pessoais de obesidade, dislipidemia, hipertensão arterial, tabagismo, hiperuricemia, doença arterial periférica, insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada e miosite necrotizante. A medicação habitual incluía micofenolato de mofetil, atorvastatina, ezetimiba, ramipril, pantoprazol, clopidogrel, aspirina, furosemida e vitamina D, com boa adesão terapêutica. Em março de 2020, o doente recorreu ao SU por clínica de vertigem e ataxia. O estudo efetuado revelou uma lesão isquémica aguda cortico-subcortical na região superior do hemisfério cerebeloso esquerdo, de provável etiologia ateroembólica. Adicionalmente foi identificada uma estenose grave assintomática da artéria carótida interna direita. O doente manteve posteriormente seguimento em consulta de Neurologia, com vigilância da estenose carotídea assintomática, com Doppler Cervical e Angio-TC dos Troncos Supra Aórticos. Em julho de 2023, o estudo com Doppler Cervical identificou agravamento da estenose carotídea bilateralmente. Dado o risco elevado de AVC associado à estenose carotídea, foi realizada revascularização endovascular com colocação de stent na artéria carótida direita. Três meses após a realização do procedimento, o Doppler Cervical de controlo identificou sinais hemodinâmicos de re-estenose intra-stent, com uma estenose de cerca de 50-69%, assintomática. A angiografia identificou fratura do stent com estenose significativa na porção bulbar da artéria carótida interna direita. Foi realizado novo procedimento endovascular com colocação de stent intra-stent e angioplastia intra-stent. O doente teve alta sem défices neurológicos.

Conclusão: A fratura de stent carotídeo é uma complicação rara, mas potencialmente grave, que se pode associar a múltiplas complicações. A avaliação periódica e deteção precoce através de métodos de imagem, como o Doppler cervical e a Angio-TC dos Troncos Supra-Aórticos, é fundamental para a prevenção de complicações, permitindo uma intervenção atempada e a otimização dos resultados clínicos.