

O que Pode Esconder uma Hemorragia Cerebral?

What Can a Cerebral Hemorrhage Hide?

Ana Vaz⁽¹⁾ | Tiago Moreira⁽¹⁾ | Ana Isabel Silva⁽¹⁾ | Jennifer Pires⁽¹⁾

| Nilza Pinto⁽¹⁾

Resumo

As hemorragias cerebrais não traumáticas são menos comuns comparativamente a lesões vasculares isquêmicas agudas configurando-se, contudo, com maior mortalidade e número de anos de vida perdidos por incapacidade. Podem condicionar múltiplos défices neurológicos, sendo a intervenção da Medicina Física e de Reabilitação (MFR) essencial para a melhoria clínica e funcional.

Doente do sexo feminino de 59 anos, não hipertensa, previamente autónoma nas atividades de vida diária e cognitivamente íntegra. Foi admitida no Serviço de Urgência no contexto de cefaleia intensa súbita, apresentando um quadro de hemianopsia homónima e hemiparésia esquerda. Na tomografia computadorizada foi identificada uma volumosa hemorragia parenquimatosa cortico-subcortical temporo-fronto-parietal direita. Foi submetida a craniectomia descompressiva emergente. Apresentou, posteriormente, uma evolução clínica e funcional favorável, tendo sido transferida ao 66º dia para enfermaria de MFR. 17 dias depois, iniciou um quadro indolente de deterioração do estado de consciência, com progressiva sonolência e prostração, inviabilizando a participação no programa de reabilitação. Dado o agravamento do estado neurológico, foi realizado novo estudo neuro-imagiológico, o qual identificou uma volumosa lesão expansiva com padrão de realce necrótico-quístico, de provável etiologia neoplásica (primária da série glial ou secundária).

A avaliação, interpretação e orientação de casos de hemorragia intracerebral não traumática com flutuação do estado neurológico e/ou estagnação da evolução funcional na fase subaguda e crónica afigura-se como um desafio diagnóstico. É essencial aumentar a perceção de que quadros de hemorragia intracerebral sem etiologia definida podem ser devidos a neoplasias cerebrais primárias ou

secundárias, os quais necessitam de uma avaliação e orientação precoce e dirigida.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral/etiologia; Hemorragia Cerebral/etiologia; Neoplasias/complicações

Abstract

Non-traumatic cerebral hemorrhages are less common than acute ischaemic vascular lesions but are associated with higher mortality rates and years of life lost due to disability. They may lead to a diversity of neurological deficits, being the intervention of Physical Medicine and Rehabilitation (PMR) essential for clinical and functional improvement.

59 years-old female patient, non-hypertense, previously independent in activities of daily living and cognitively intact. The patient was admitted to the Emergency Department after a sudden severe headache. On admission, the patient presented a left homonymous hemianopsia and hemiparesia. Computed tomography revealed a voluminous parenchymal cortico-subcortical right temporo-fronto-parietal hemorrhage. The patient underwent emerging decompressive craniectomy. During hospitalization, the patient had a positive clinical and functional evolution, and was transferred on the 66th day of hospitalization to the PMR ward. After 17 days, the patient presented an indolent deterioration of the state of consciousness, with progressive somnolence and prostration, making unfeasible to participate in the rehabilitation program. Given the worsening of the neurological status, neuro-imaging study was repeated and a large expansive lesion with necrotic-cystic enhancement pattern, of probable neoplastic etiology (primary glial or secondary series) was depicted.

The evaluation, interpretation and orientation of cases of nontraumatic intracerebral hemorrhage with fluctuation of neurological status and/or stagnation of functional evolution

(1) Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal.

© Autor(es) (ou seu(s) empregador(es)) e Revista SPMFR 2022. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

© Author(s) (or their employer(s)) and SPMFR Journal 2022. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

Autor correspondente: Ana Vaz. email: ana.teixeira.vaz@hotmail.com. Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, Centro Hospitalar de São João, Alameda Professor Hernâni Monteiro, 4200-319 Porto.

Data de submissão: outubro 2021

Data de aceitação: junho 2022

Data de publicação: agosto 2022

in the subacute and chronic phase appears as a diagnostic challenge. It is essential to increase the perception that intracerebral hemorrhage without defined etiology may be due to primary or secondary brain neoplasms, which require early and directed evaluation and guidance.

Keywords: Cerebral Hemorrhage/etiology; Neoplasms/complications; Stroke/etiology

Introdução

As hemorragias cerebrais não traumáticas, embora menos frequentes do que as lesões vasculares isquêmicas agudas, associam-se a maior mortalidade e número de anos de vida perdidos por incapacidade.¹ Especificamente, estão associadas a uma taxa de mortalidade de até 40%. Idade avançada, toma de anticoagulantes, maior severidade do quadro neurológico e maior volume hemorrágico são fatores preditores de um risco acrescido de mortalidade.¹

Estas lesões podem cursar com uma diversidade de défices neurológicos, dependendo da topografia, volume da hemorragia e potenciais complicações. O tratamento deve ser primariamente dirigido à lesão e suas sequelas, incluindo uma abordagem multidisciplinar na qual a Medicina Física e de Reabilitação (MFR) pode ter um papel modificador na evolução clínica e funcional.

Caso Clínico

Doente do sexo feminino, 59 anos, cognitivamente íntegra, com antecedentes pessoais de dislipidemia, alopecia e ansiedade, previamente autónoma nas atividades de vida diária básicas e instrumentais.

Foi admitida no Serviço de Urgência (SU) no contexto de cefaleia intensa, de início súbito durante a condução, que resultou num acidente de viação de baixa cinética, sem traumatismo crânio-encefálico.

À admissão no SU apresentava-se com defeito de campo visual (hemianopsia homónima esquerda) e hemiparésia esquerda de domínio braquiofacial. Foi realizado estudo com tomografia computadorizada (TC) que revelou uma volumosa hemorragia parenquimatosa cortico-subcortical temporo-fronto-parietal direita com extensão intraventricular. Adicionalmente, foi realizado estudo angiográfico no qual não foram encontradas alterações da vasculatura encefálica (*nidus* vascular, alterações aneurismáticas ou outras).

Dado o agravamento clínico, com progressivo afundamento do estado de consciência, e a evidência neuro-imagiológica de uma hemorragia volumosa, a doente foi submetida a

craniectomia descompressiva emergente (Fig. 1A), tendo ficado posteriormente internada na Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos (UCIN) por 33 dias, com necessidade de ventilação mecânica invasiva durante 19 dias.

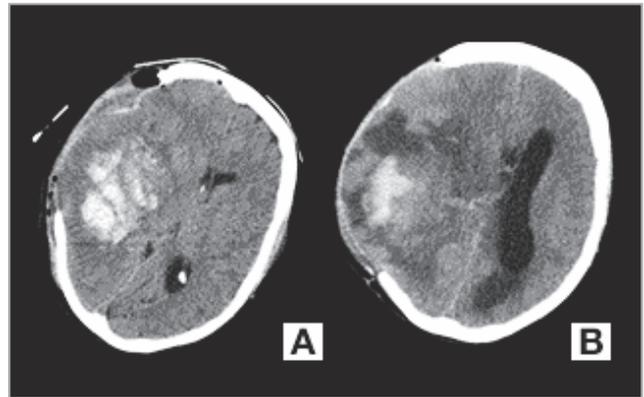


Figura 1 - A) Neuro-imagem (TC) após a primeira intervenção cirúrgica; B) Neuro-imagem (TC) após agravamento do estado neurológico

Na primeira avaliação por MFR na UCIN, no 21º dia de internamento, a doente apresentava uma pontuação na escala de *Richmond-Agitation-Sedation-Scale* (RASS) de -5 (coma), encontrava-se hemodinamicamente estável, sob ventilação espontânea com suporte de oxigenoterapia, sem alterações de relevo à auscultação pulmonar. Do ponto de vista neuro-motor, apresentava uma paralisia facial central esquerda, hipotonia no membro superior esquerdo e sinal de *Babinski* à esquerda, não tendo sido constatadas limitações na mobilização passiva polissegmentar. Iniciou programa de cinesiterapia respiratória e reeducação neuro-motora, designadamente com técnicas de ventilação segmentar e drenagem postural para mobilização das secreções traqueobrônquicas e mobilização polissegmentar dos membros com vista à manutenção de amplitudes articulares e à prevenção de retrações mio-tendinosas.

Foi reavaliada pela Especialidade 25 dias depois, em enfermaria de Neurocirurgia, encontrando-se nessa altura consciente, capaz de dirigir o olhar, cumprir ordens e responder a questões simples. A doente apresentava mau controlo cefálico com a elevação da cabeça e moderada descoordenação da motricidade oro-facial. Do ponto de vista da fala e da linguagem, apresentava hipofonia marcada e discurso espontâneo algo confuso, mas com fluência preservada. Apresentava também moderada descoordenação da motricidade oro-facial. No que se refere à deglutição, pontuava 1 na escala de FOIS, com alimentação por via entérica com sonda naso-gástrica. Não apresentava alterações aparentes na oculo-motricidade, mas mantinha o defeito campimétrico e apresentava hemi-

negligência esquerda. Não foram constatadas limitações nas amplitudes articulares passivas polissegmentares. Na avaliação da força muscular não apresentava movimentos ativos dos membros esquerdos (grau 0 segundo Medical Research Council (MRC)), sendo que nos membros direitos era possível realizar movimento contra gravidade não completando o arco nos diversos segmentos (grau 2 segundo MRC). Foi constatado um tônus globalmente flácido no hemicorpo esquerdo. Neste sentido, foi decidido manter tratamentos de reeducação neuro-motora, incluindo nesta fase alongamentos em padrão anti-espástico dos membros esquerdos, mobilização ativa-assistida dos membros direitos, reeducação do equilíbrio cefálico e treino de mobilidade no leito. Associadamente, foi iniciada intervenção de terapia da fala, com reeducação da fonação, articulação verbal, e treino de deglutição utilizando técnicas indiretas.

Foi constatada uma paulatina melhoria do estado neurológico e ao 66º dia de internamento a doente foi transferida para enfermaria de MFR. Manteve, nesta enfermaria, uma intervenção multimodal, com fisioterapia, terapia da fala e da deglutição e enfermagem de reabilitação, com aumento progressivo da intensidade dos tratamentos com vista à recuperação da funcionalidade e autonomia.

Apresentou inicialmente uma evolução favorável, contudo ao 17º dia de internamento nesta enfermaria iniciou um quadro indolente de deterioração do estado de consciência, com progressiva sonolência e prostração, inviabilizando a

participação no programa terapêutico.

Dado o agravamento do estado neurológico, foi realizado estudo analítico que se revelou sem alterações e estudo neuro-imagiológico com TC. Na neuro-imagem foram evidenciadas áreas adicionais de edema em planos cortico-subcorticais da região temporo-parieto-occipital e na região caudado-lentículo-capsular à direita, associando-se a acentuação da herniação do parênquima encefálico através do defeito ósseo da craniectomia (Fig. 1B). Após discussão multidisciplinar (MFR, Neurologia e Neurocirurgia), decidiu-se realizar estudo adicional por ressonância magnética (RM) para melhor caracterização da lesão. Na RM observou-se uma volumosa lesão expansiva com padrão de realce necrótico-quístico, de provável etiologia neoplásica (primária da série glial ou secundária) –Fig. 2. Considerando os achados imagiológicos a doente foi novamente transferida para a enfermaria de Neurocirurgia, onde se optou, após discussão multidisciplinar (Neurocirurgia e Oncologia), por uma abordagem paliativa dada o estado clínico e funcional da doente e as características da lesão.

Discussão

A avaliação, interpretação e orientação de casos de hemorragia intracerebral não traumática com flutuação do estado neurológico e/ou estagnação da evolução funcional na fase subaguda e crónica afigura-se como um desafio diagnóstico, especificamente no contexto de internamento de MFR.

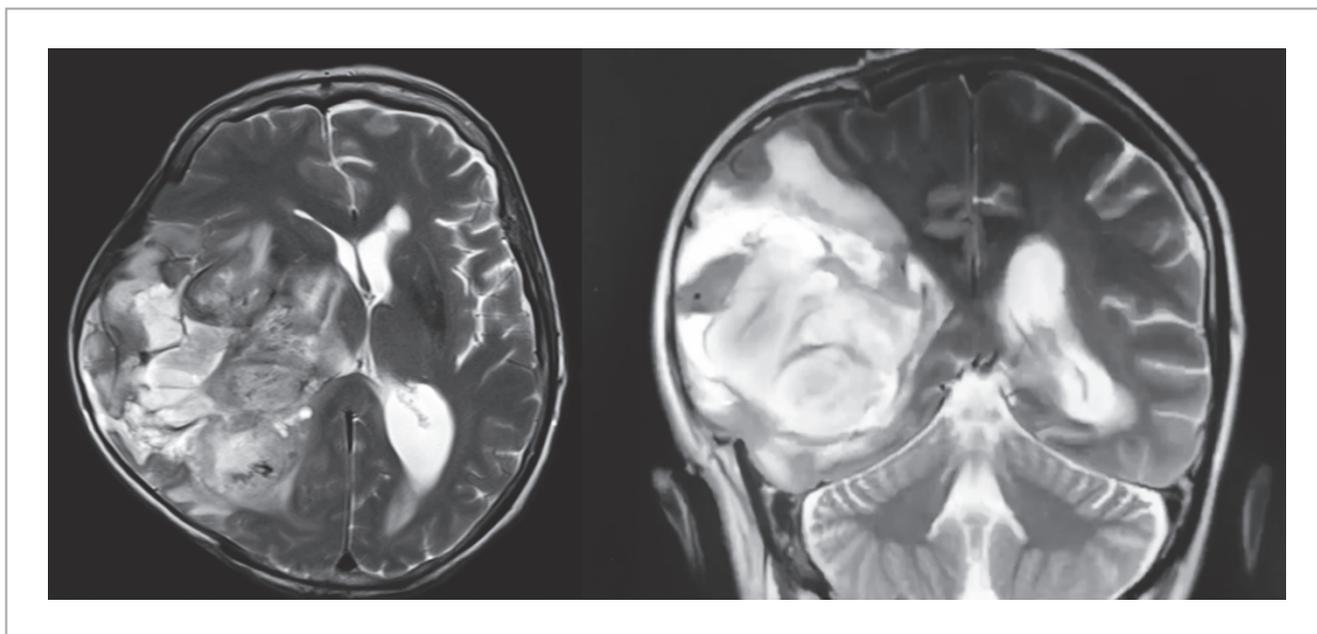


Figura 2 - Neuro-imagem (RM) após agravamento do estado neurológico.

Efetivamente, as vasculopatias estruturais e a hipertensão são as causas mais frequentes de hemorragia intracerebral não traumática.² Contudo, em < 5% dos casos, estes quadros podem dever-se a neoplasias cerebrais.^{3,4} Este fenómeno é mais frequente em lesões metastáticas comparativamente com tumores primários, e em lesões supra-tentoriais em comparação com infra-tentoriais.⁵ A patogénese das hemorragias de etiologia tumoral relaciona-se com fatores locais e sistémicos, não se encontrando ainda totalmente caracterizada e esclarecida.⁶

No diagnóstico de uma neoplasia como causa de hemorragia cerebral, a avaliação da evolução clínica e neuro-imagiológica é fundamental no diagnóstico definitivo. É essencial aumentar a perceção de que quadros de hemorragia intracerebral sem etiologia definida podem ter origem em neoplasias cerebrais (primárias ou secundárias), os quais necessitam de uma avaliação e orientação precoce

e dirigida. Adicionalmente, aquando de um diagnóstico de uma neoplasia como causa de hemorragia cerebral, a abordagem ao doente deve ser multi-disciplinar e multi-profissional, visando não só abordar do ponto de vista terapêutico a lesão primária, mas também as suas sequelas e potenciais implicações para o doente, especificamente nas esferas da estrutura/função, autonomia e participação. Por outro lado, especificamente nos casos sem indicação para uma intervenção terapêutica (farmacológica ou cirúrgica) dirigida, pelas características do doente e/ou da lesão, a intervenção por MFR pode também ser importante, uma vez que poderá reduzir os efeitos deletérios da imobilidade, auxiliar no controlo da dor, melhorar a participação e autonomia do doente, bem como manter competências funcionais preservadas, evitando deteriorações adicionais.

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho. *Fontes de Financiamento:* Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo. *Confidencialidade dos Dados:* Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes. *Consentimento:* Consentimento do doente para publicação obtido. *Proveniência e Revisão por Pares:* Não comissionado; revisão externa por pares.

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare. *Financing Support:* This work has not received any contribution, grant or scholarship. *Confidentiality of Data:* The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients. *Patient Consent:* Consent for publication was obtained. *Provenance and Peer Review:* Not commissioned; externally peer reviewed.

Referências / References

1. Pinho J, Costa AS, Araújo JM, Amorim JM, Ferreira C. Intracerebral hemorrhage outcome: A comprehensive update. *J Neurol Sci.* 2019;398:54-66. doi: 10.1016/j.jns.2019.01.013.
2. Chen CY, Lin PT, Wang YH, Syu RW, Hsu SL, Chang LH, et al. Etiology and risk factors of intracranial hemorrhage and ischemic stroke in young adults. *J Chin Med Assoc.* 2021;84:930-6. doi: 10.1097/JCMA.000000000000598.
3. Wakai S, Yamakawa K, Manaka S, Takakura K. Spontaneous intracranial hemorrhage caused by brain tumor: its incidence and clinical significance. *Neurosurgery.* 1982;10:437-4.
4. Lieu AS, Hwang SL, Howng SL, Chai CY. Brain tumors with hemorrhage. *J Formosan Med Assoc.* 1999;98:365-7.
5. Reichenenthal E, Rubinstein AB, Cohen ML. Infratentorial intratumoral hemorrhage. *Mt Sinai J Med.* 1989;56:309-14.
6. Liwnicz BH, Wu SZ, Tew JM, Jr. The relationship between the capillary structure and hemorrhage in gliomas. *J Neurosurg.* 1987;66:536-41. doi: 10.3171/jns.1987.66.4.0536.