

**TROMBOSE VENOSA CEREBRAL E ALTERAÇÕES COGNITIVAS**

**Luise Fonseca de Oliveira,<sup>1</sup> Felipe Oliveira Costa,<sup>2</sup> Evelyn Moura de Assis,<sup>3</sup> Elís Souza Santos,<sup>4</sup> Antonio de Souza Andrade Filho,<sup>5</sup>**

**ABSTRACT**

**BACKGROUND:** The event to be held it is a patient diagnosed with cerebral venous thrombosis (CVT), with only sudden cognitive impairment preceded by severe headache two months ago. The diagnosis often delayed CTV is due to several signs that it may cause, however, the most reported are headache and motor deficit. Therefore, the importance of case reports with clinical manifestations that differ from the usual. **CASE.** T.O.B., female, 36 years old, brown, coming from the interior of Bahia, teacher, began headache frame (unprecedented), refractory to analgesics and NSAIDs. In June he attended with sudden change of language which lasted all day and was repeated in the next three days, progressing on the third day with limited understanding and recent memory change, looking for medical service. Nega similar previous episode and negative family history. On examination, aphasia characterized by deficits in fluency and comprehension; normal physical examination. Cranial CT scan revealed intracerebral hemorrhage in the left temporal lobe and edema and was hospitalized. skull The MRA showed signs of thrombosis of the superior sagittal sinus, transverse, sigmoid. Mild anemia and thrombocytosis in blood count. Sedentary, obese, hypertensive, in regular use of antihypertensive. TEP two years ago, making irregular use of rivaroxaban 20mg / day since then, I did not use five days before the reported event. A week after admission, showed improvement, regression of cognitive change in use of dexamethasone, phenytoin, warfarin (5 mg / day) and enoxaparin. He was investigated for Thrombophilias but no positive findings. **DISCUSSION.** Headache is the most common symptom of CVT associated with some specific changes. The isolated acute cognitive dysfunction in some cases CVT are described in the literature, few cases. The evolution in general, can be good with complete recovery of symptoms in the early phase of treatment. **CONCLUSION.** Atypical case of CTVs, with aphasia and headache as the only symptoms.

**RESUMO**

**ANTECEDENTES:** o caso a ser relatado se trata de uma paciente com diagnóstico de trombose venosa cerebral (TVC), apresentando apenas alteração cognitiva súbita precedida de cefaleia intensa há dois meses. O diagnóstico muitas vezes tardio da TVC se deve aos vários sinais que ele pode causar, no entanto, os mais relatados são a cefaléia e o déficit motor. Logo, a importância de relatos de casos com manifestações clínicas que diferem das habituais. **CASO.** T.O.B., feminino, 36 anos, parda, procedente do interior da Bahia, professora, iniciou quadro de cefaleia (sem precedente), refratária ao uso de analgésico e AINE. Em junho cursou com alteração súbita da linguagem a qual durou todo o dia e repetiu-se nos três dias seguintes, evoluindo no terceiro dia com dificuldade de compreensão e alteração de memória recente, procurando serviço médico. Nega episódio anterior semelhante e história familiar negativa. Ao exame, afasia caracterizada por déficit na fluência e compreensão; exame físico normal. Tomografia computadorizada de crânio revelou hemorragia intraparenquimatosa em lobo temporal esquerdo e edema, sendo internada. A angio-ressonância de crânio mostrou sinais de trombose dos seios sagital superior, transversos, sigmoides. Discretas anemia e trombocitose no hemograma. Sedentária, obesa, hipertensa, em uso regular de anti-hipertensivo. TEP há dois anos, fazendo uso irregular de rivaroxabana 20mg/dia desde então, não usava cinco dias antes do evento relatado. Uma semana após o internamento, evoluiu com melhora, regressão da alteração cognitiva, em uso de dexametasona, fenitoína,

**Autor para correspondência:** Caroline Solana de Oliveira - carolinesolana@gmail.com

<sup>1</sup> Graduanda de medicina na Universidade do Estado da Bahia – UNEB, Salvador, BA. Estagiária da Fundação de Neurologia e Neurocirurgia Instituto do Cérebro, Salvador, BA.

<sup>2</sup> Especialização, Residência Médica em Neurologia, Universidade Federal da Bahia. Médico. Professor de Disfunções em Neurologia e Imaginologia na Universidade Salvador - UNIFACS, Salvador, BA.

<sup>3</sup> Graduanda de medicina na Universidade do Estado da Bahia – UNEB, Salvador, BA. Estagiária da Fundação de Neurologia e Neurocirurgia Instituto do Cérebro, Salvador, BA.

<sup>4</sup> Graduanda de medicina na Universidade do Estado da Bahia – UNEB, Salvador, BA. Estagiária da Fundação de Neurologia e Neurocirurgia Instituto do Cérebro, Salvador, BA.

<sup>5</sup> Prof. Doutor Coordenador de Neurologia na Universidade Federal da Bahia – UFBA, Salvador, BA. Prof. Titular de Neurologia na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMSP. Presidente da Fundação de Neurologia e Neurocirurgia Instituto do Cérebro, Salvador, BA.

varfarina (5mg/dia) e enoxaparina. Foi investigada para Trombofilias, mas sem achados positivos. **DISCUSSÃO.** Cefaleia é o sintoma mais comum da TVC, associada a alterações pouco específicas. A disfunção cognitiva aguda isolada em casos de TVC são pouco descritas na literatura, com casos escassos. A evolução, no geral, pode ser boa com recuperação total dos sintomas na fase inicial de tratamento. **CONCLUSÃO.** Caso atípico de TVC, tendo afasia e cefaleia como únicos sintomas.

**Palavras-chave:** Cefaléia; Trombose; Afasia; Hemorragia.

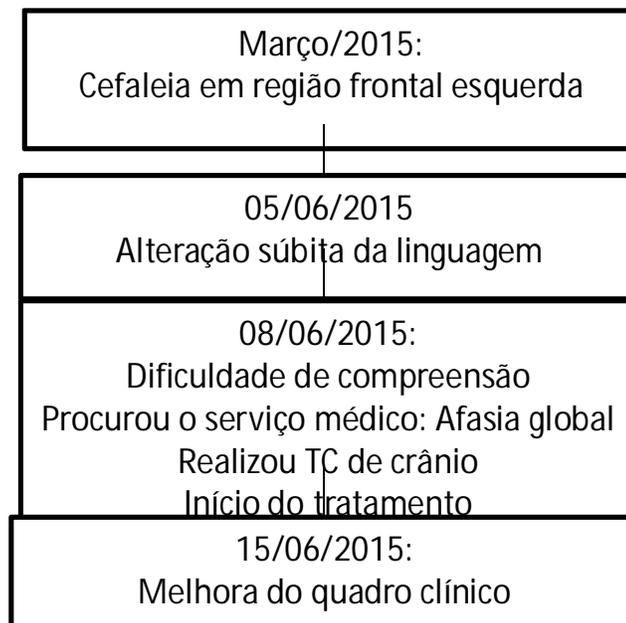
## **INTRODUÇÃO**

A Trombose venosa cerebral (TVC) é uma condição rara, constituindo menos de 1% dos acidentes vasculares cerebrais.<sup>(5)</sup> A sua incidência anual em adultos é 0,22/100.000 e as mulheres são afetadas três vezes mais que os homens.<sup>(1)</sup> O acometimento de mulheres jovens é importante, fato que pode ser atribuído ao uso de anticoncepcionais orais, principal fator de risco associado. Em 15% dos casos, a causa pode não ser identificada.<sup>(5)</sup> Trata-se de uma condição pouco reconhecida, com múltiplas manifestações clínicas, sendo, muitas vezes, subdiagnosticada.<sup>(4)</sup> O diagnóstico pode ser tardio ou negligenciado devido ao grande espectro clínico de sintomas, diversos modos de apresentação inicial e aos sinais inespecíficos de neuroimagem.<sup>(5)</sup> O início dos sintomas pode ser agudo, subagudo e crônico.<sup>(1)</sup> Ao contrário do que acontece no acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI), a cefaleia, difusa ou localizada, é o sintoma mais frequente na TVC (70 – 91%)<sup>(4)</sup> e, na maioria dos casos, associa-se a outros sintomas neurológicos. A apresentação clínica tende a variar de acordo com a região do sistema venoso cerebral acometido, podendo iniciar-se com cefaleia de intensidade variável e sinais de hipertensão intracraniana, ou através de infartos venosos cerebrais, os quais com frequência são hemorrágicos e podem causar crises convulsivas, déficits neurológicos e alterações de consciência.<sup>(8)</sup> O seio sagital superior é o mais comumente afetado (70 – 80% dos casos), seguido pelo seio transversal e sigmoide (70% dos casos), e menos frequentemente o seio cavernoso e o seio reto<sup>1</sup>. Geralmente há progressão de um sistema venoso para outro (s), levando a congestão venosa e ao edema cerebral vasogênico difuso ou local. A trombose pode progredir para as veias cerebrais superficiais ou profundas, culminando em hemorragias intraparenquimatosas.<sup>(4)</sup>

São citados como fatores preditores de morte ou dependência na doença trombótica dos seios cerebrais a idade maior que 37 anos, estado mental alterado, coma, hemorragia cerebral à admissão, trombose de veias profundas, entre outros.<sup>(5)</sup> A tomografia computadorizada (TC) é normalmente o primeiro método de investigação utilizado em emergência e ajuda a afastar afecções que se assemelham com a TVC, como hemorragia intracerebral e abscesso, mostrando-se normal em 10% a 30% dos pacientes com TVC<sup>1</sup>. O

exame de imagem “padrão ouro” para o diagnóstico é a angiografia cerebral. Vários estudos têm demonstrado aumento do risco de trombose venosa cerebral em pacientes usuárias de anticoncepcional oral e trombofilias, particularmente na presença de hiper-homocisteinemia, mutação do fator V de Leiden e mutação do gene da protrombina. Na presença de trombofilia, a suspensão de anticoncepcionais é mandatória.<sup>(10)</sup> Na maior série de TVC já descrita (*International Study on Cerebral Vein and Dural Sinus thrombosis*), trombofilia foi detectada em 34% dos pacientes.<sup>(7)</sup> Os objetivos do tratamento antitrombótico são a recanalização do seio ou da veia ocluída, prevenção da propagação do trombo e tratamento do estado prótrombótico subjacente, prevenindo a trombose em outra parte do corpo, tal como embolia pulmonar, e a recorrência da TVC.<sup>(5)</sup> O tratamento deve ser sistemático e iniciado precocemente.<sup>(1)</sup> Está associada a um bom prognóstico quando tratada precocemente.<sup>(4)</sup>

Figura 1 - Fluxograma do relato de caso



## RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 36 anos, parda, procedente do interior da Bahia, professora, iniciou quadro de cefaleia sem precedente em região frontal esquerda, sem irradiação, em aperto, escore 10 na escala álgica, não associadas a náuseas, vômitos ou outros sintomas e refratária ao uso de analgésico e AINE. Manteve quadro de cefaleia por dois meses, cursando em junho com alteração súbita da linguagem, a qual durou todo o dia e

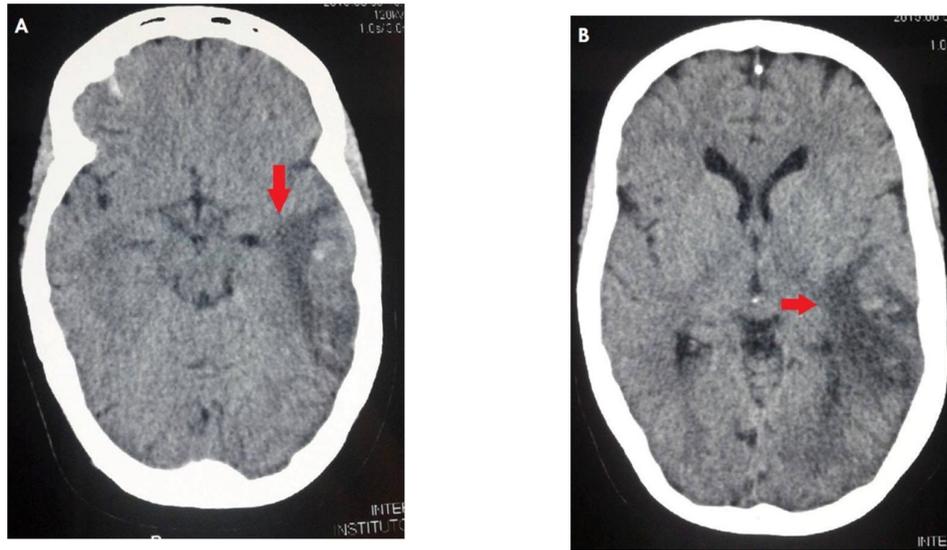
repetiu-se nos três dias seguintes, evoluindo no terceiro dia com dificuldade de compreensão. Nega episódio anterior semelhante e história familiar negativa. Procurou o serviço médico e ao exame foi notada afasia caracterizada por déficit na fluência e compreensão. O exame físico estava normal. A tomografia computadorizada de crânio revelou hemorragia intraparenquimatosa em lobo temporal esquerdo e edema, sendo internada. A angiorressonância de crânio mostrou sinais de trombose dos seios sagital superior, transversos e sigmoides. Os exames laboratoriais (Tabela 1) mostraram discretas anemia e trombocitose e os demais estavam normais. Sedentária, obesa, hipertensa, em uso regular de anti-hipertensivo. Já apresentou episódio de TEP há dois anos, fazendo uso irregular de rivaroxabana 20mg/dia desde então, sendo que não estava em uso cinco dias antes do presente evento relatado. Uma semana após o internamento, evoluiu com melhora do quadro, regressão da alteração cognitiva e da cefaleia, fazendo uso de dexametasona, fenitoína, varfarina (5mg/dia) e enoxaparina. Foi investigada para Trombofilias, mas não foram encontrados achados positivos.

Tabela 1 - Exames laboratoriais hematológicos

Exame	Resultado	Valor de Referência
Hemoglobina	7,4 g/dL	12,0 a 16,0 g/dL
Hematócrito	26%	35 a 50%
Leucócitos <sup>&amp;</sup>	8420 /mm <sup>3</sup>	3.500 a 10.500 / mm <sup>3</sup>
Plaquetas	481 mil / mm <sup>3</sup>	150 a 400 mil / mm <sup>3</sup>
TP*	82,5%	70 a 110%
Proteína S*	48,60%	60 a 130%
VHS*	7 mm <sup>3</sup>	3 a 10 mm <sup>3</sup>
Proteína C	75%	70 a 140%
T3	91 ng/nL	80 a 200 ng/dL
TSH	2,85 ?UI/MI	0,27 a 4,20 ?UI/dL
T4	5,9 mcg/dL	4,6 a 12 mcg/dL
Anticoagulante lúpico	Ausência	?
Homocisteína	11,6 ?mol/L	5,0 a 12,0 ?mol/L
Anti Cardiolipina IgG	3,8 U GPL/mL	Inferior a 20,0 U GPL/mL
Anti Cardiolipina IgM	< 2,0 U MPL/mL	Inferior a 13,0 U MPL/mL

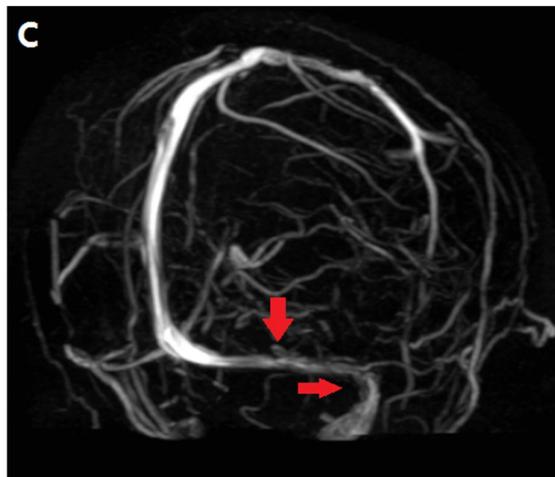
\* TP = Tempo de Protrombina; \*VHS = Velocidade de Hemossedimentação; \*Proteína S: exame revisto e confirmado pelo laboratório; <sup>&</sup>: Diferenciais dos leucócitos sem alterações.

Figura 2



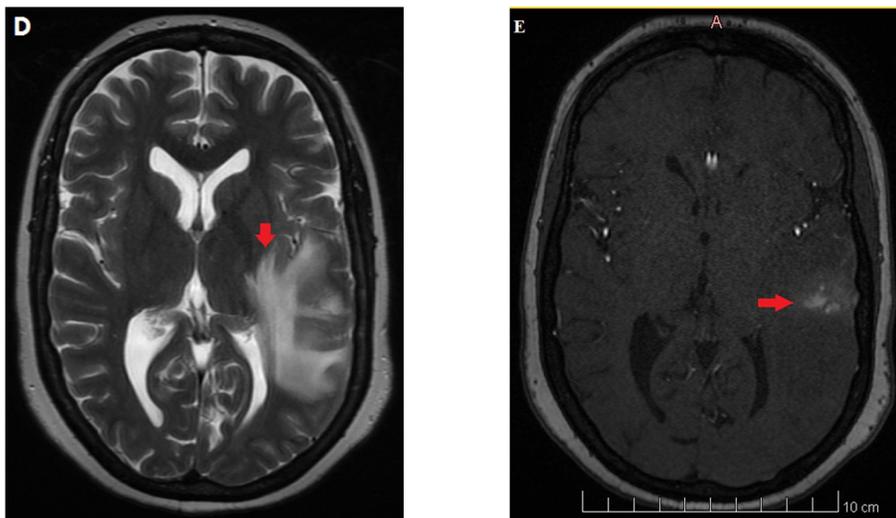
**Imagens A e B.** Imagens de TC de crânio, mostrando área de hemorragia intracerebral e edema em lobo temporal esquerdo, promovendo deslocamento das estruturas vasculares adjacentes indicados pelas setas vermelhas.

Figura 2



**Imagem C:** Imagem de Angio-Ressonância Magnética Venosa do crânio revela sinais de trombose, com recanalização parcial, dos seios transversos e sigmóides indicados pelas setas vermelhas.

Figura 2



**Imagens D e E:** A imagem de ressonância nuclear magnética, pesada em T1, revelando área de hemorragia parenquimatosa e edema em lobo temporal esquerdo indicada pela seta vermelha.

## DISCUSSÃO

A cefaleia é o sintoma mais comum na trombose venosa cerebral (TVC), correspondendo a 90% dos pacientes na fase aguda e 64% na subaguda, podendo ser localizada ou holocraniana e, em alguns casos, pode lembrar a cefaleia sentinela da hemorragia subaracnoide.<sup>(9)</sup> Cefaleia pode ser a única manifestação clínica no início e durante o curso da doença porém em mais de 90% dos casos está associada com sinais focais (déficits neurológicos ou convulsões).<sup>(2)</sup> São escassas as descrições na literatura sobre a associação cefaleia e afasia como únicos sintomas na TVC, sendo mais comum encontrar relatos sobre associação com déficits focais. Déficit motor, principalmente a hemiparesia, é o achado mais frequente, visto em 40% dos casos. Um estudo único centro revelou que o comprometimento cognitivo foi menos frequente no TVC que no acidente vascular arterial.<sup>(3)</sup> Alguns pacientes evoluem com recuperação completa ou déficits mínimos no longo prazo.<sup>(9)</sup> Por conseguinte, Koopman et al mostrou que mais de 75% dos pacientes com aparente bom resultado apresentaram sequelas a longo prazo, como dificuldade de concentração, dores de cabeça, depressão e fadiga. Em uma meta-análise incluindo 1488 pacientes com TVC, a mortalidade nos primeiros 30 dias foi de 5,6%.<sup>(6)</sup> O caso relatado no presente artigo ratifica a variabilidade clínica da TVC, reforçando a não existência de um quadro clínico padrão, o que destaca a

importância de ter essa suspeita diagnóstica em pensamento. Além disso, reforça a importância do tratamento precoce para remissão dos sintomas.

## REFERÊNCIAS

1. ADRY, R.A.R.C., Lins, C.C., BRANDÃO, M.C.M. Trombose Venosa Cerebral: Relato de Casos e Revisão de Literatura. *Jornal Brasileiro de Neurocirurgia* 23 (2): 160 – 165.
2. AGOSTINI, E. Headache in cerebral venous thrombosis. *Journal of Neurological Science*. 25: S206 – S210.
3. BUGNICOURT, J.M. et al. Cognitive Impairment After Cerebral Venous Thrombosis: a two-center study. *Journal of Neurology* 2013 260:1324 – 1331.
4. CAMARGO, E.C.S., BACHESCHI, L.A. Trombose Venosa Cerebral: Como identifica-la? *Revista da Associação Médica Brasileira* 2001; 47(4): 269 – 95.
5. CHRISTO, P.P., CARVALHO, G.M., NETO, A.P.G. Trombose de Seios Venosos Cerebrais: Estudo de 15 Casos e Revisão de Literatura. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2010; 56(3): 288 – 92.
6. DENTALI F, GIANNI, M.; CROWTHER, M.A.; AGENO, W. Natural history of cerebral vein thrombosis: A systematic review. *Blood* 2006; 108:1129-1134.
7. FERRO, J.M.; CANHAO, P.; STAM, J; BOUSSER, M.G.; BARINAGARREMENTERIA, F. Prognosis of cerebral vein and dural sinus thrombosis: Results of the international study on cerebral vein and dural sinus thrombosis. *Stroke*. 2004; 35: 664-670.
8. GASPARETTO, E.L. Trombose Venosa Cerebral. *Revista Brasileira de Radiologia*. 2006; 39 (5):III.
9. KIRCHHOFF, D.F.B., KIRCHHOFF, D.C., SILVA, G.S. Espectros Clínicos da Trombose Venosa Cerebral. *Revista de Neurociências* 2013; 21(2): 258 – 263.
10. TUTHILL, J.I.; KHAMASHTA, M.A. Management of antiphospholipid syndrome. *J Autoimmun*. 2009; 33(2):92-8.