

Ataque isquêmico transitório - uma questão de tempo?

Transient ischemic attack – a matter of time?

Sandra Maximiano de Oliveira ¹, Josenilson Antônio da Silva ¹,
Isabella Cristina Rodrigues Naves Lucas ¹, Aline Ferreira Freitas ¹, Vitorino Modesto dos Santos ²

Universidade Católica de Brasília

Resumo

Ataques isquêmicos transitórios não são eventos cerebrovasculares benignos, mas constituem uma patologia ameaçadora que requer intervenção imediata. Um ataque isquêmico transitório é definido pela resolução completa de um déficit neurológico agudo, sendo o tempo de duração dos sintomas o critério norteador desse conceito. Essa determinação temporal, entretanto, é controversa e, com o advento de novos métodos diagnósticos mais apurados, fez-se necessária uma nova abordagem quanto à definição do termo, tendo agora as alterações teciduais cerebrais como foco principal para conceituação.

Palavras chaves: Ataque isquêmico transitório; Isquemia cerebral; Cerebrovascular.

Abstract

Transient ischemic attacks are not benign cerebrovascular events, but constitute an ominous pathology that requires immediate intervention. A transient ischemic attack is defined by complete resolution of an acute neurologic deficit, and the duration of symptoms is the guiding criterion of this concept. This time-based definition, however, is controversial and, after the advent of new diagnostic methods more sophisticated, it became necessary a new approach to the term's definition, now taking the brain tissue changes as the main focus for its conceptualization.

Key words: Transient ischemic attack; Brain ischemia; Cerebrovascular.

Introdução

Ataques isquêmicos transitórios (AITs) são sinais de alerta para acidentes vasculares cerebrais.¹ Aproximadamente 250.000 a 300.000 episódios ocorrem a cada ano nos Estados Unidos.² Pesquisas sugerem uma incidência ainda maior, com quase um para cada 15 habitantes acima de 65 anos de idade relatando um evento de AIT.³ Estudos prospectivos mostram que o risco precoce de sofrer um acidente vascular cerebral (AVC) após um AIT é de 10 a 15 % dentro de 90 dias,^{4,5} sendo que metade desses AVCs ocorre dentro das primeiras 48 horas após o AIT.³

Portanto, há necessidade de avaliação e tratamento imediatos desses pacientes na tentativa de diminuir substancialmente o risco de derrames cerebrais.⁴

O atendimento e acompanhamento precoces reduzem o risco de um próximo AVC em torno de 80%.¹ Contudo, tanto o atendimento quanto o acompanhamento podem ser difíceis, considerando que os sintomas se resolvem rapidamente e os pacientes podem estar alheios à importância e urgência da necessidade de atendimento médico precoce.¹

1. Acadêmicos do Curso de medicina da Universidade Católica de Brasília

2. Médico, doutor, professor do Curso de medicina da Universidade Católica de Brasília

E-mail do primeiro autor: sandramaximiano@gmail.com

Recebido em 13/02/2012

Aceito, após revisão, em 16/04/2012

Definições

Easton *et al*⁶ definem AITs como “breves episódios de disfunção neurológica, resultantes de isquemia cerebral focal, não associados com infarto cerebral permanente”. Dessa forma, tradicionalmente, o termo *ataque isquêmico transitório* foi por vezes usado para implicar a ausência de lesão isquêmica permanente.⁷

AIT, em uma definição clássica segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), configura “um súbito déficit neurológico focal durando menos de 24 horas, de presumida origem vascular, e confinado a uma área cerebral ou ocular, perfundida por uma artéria específica”.^{1,2,4,6,8}.

A definição temporal surgiu nos anos 60, bem antes dos exames de imagem cerebrais estarem disponíveis, e o critério de 24 horas foi escolhido arbitrariamente.⁸ Tal conceito foi corroborado pelo *National Institute of Neurological Disorders and Stroke*, na III Classificação de Doenças Cerebrovasculares, que definiu ataques isquêmicos transitórios como “breves episódios de perda funcional cerebral focal, durando menos de 24 horas, provavelmente devido à isquemia, que podem usualmente ser localizados em uma porção cerebral nutrida por um sistema vascular (carótida direita ou esquerda ou sistema vertebrobasilar), e para os quais nenhuma outra causa pode ser encontrada”.⁹

Porém, quão breves seriam esses episódios? Estudos de larga-escala mostraram que a maioria dos AITs resolve-se dentro de 10 a 60 minutos em vez de várias horas como se cogitava.⁷ Ademais, com o advento dos exames de imagem, em especial a imagem de difusão por ressonância magnética em sequências ponderadas (DWI), observou-se que muitos pacientes com a definição clínica de AIT já apresentavam pequenos infartos cerebrais nessas imagens.⁴

Cerca de 30 a 50% dos pacientes com AIT clinicamente definido apresentam evidência de anormalidades isquêmicas na DWI, com a maioria dessas anormalidades tornando-se infartos permanentes.²

Paradoxalmente, a rápida recuperação dos sintomas indica uma fisiopatologia mais instável e uma história natural menos favorável, pois o tecido isquêmico que se recuperou permanece sob risco de lesões¹⁰. Notou-se dessa forma que lesão cerebral permanente de fato ocorria em uma proporção de pacientes com AITs definidos tradicionalmente,¹⁰ e fez-se necessária uma reavaliação da definição baseada no tempo.

Uma nova definição baseada nas alterações teciduais foi proposta em 2002, pelo *TIA Working Group*, na qual AIT “é um breve episódio de disfunção neurológica causado por isquemia cerebral focal ou da retina, com sintomas clínicos durando tipicamente menos de uma hora, e sem evidências de infarto agudo”.^{2-4,6,8,11-13}

Evidências mostram que sintomas com duração de 24 horas não demarcam com precisão pacientes com ou sem infarto tecidual e definir um ataque isquêmico transitório com a duração máxima de 24 horas potencialmente atrasa o início de terapias antitrombóticas efetivas.⁶

Outro argumento que favorece a nova definição enfatiza que a frequência de distribuição da duração de eventos cerebrais isquêmicos sintomaticamente transitórios não guarda nenhuma relação especial com o ponto de corte em 24 horas. Não há justificativa biológica para que se continue a tratar o ponto de corte de 24 horas como particularmente digno de importância. Uma definição baseada em alterações teciduais harmoniza a nosologia cerebrovascular com outras condições isquêmicas e direciona adequadamente a atenção diagnóstica para identificar a causa da isquemia e esclarecer se ocorreu ou não lesão cerebral permanente.⁶

Essa nova definição proposta pelo *TIA Working Group* foi bem recebida, mas não totalmente aceita. A mesma apresenta alguns pontos conflitantes como, por exemplo, a necessidade de exames de imagem cerebral para o diagnóstico de AIT. Sabe-se que essa tecnologia nem sempre está disponível nas unidades de saúde, qualquer que seja a sua complexidade. Médicos atuantes na atenção básica podem se confundir quanto a designar

um presumido evento cerebral isquêmico transitório em AVC ou AIT se não há acesso imediato a exames de neuroimagem ou outros meios diagnósticos.⁶

Não obstante, a literatura reitera que o diagnóstico de AIT é primariamente clínico, com base em uma detalhada história clínica, colhida tanto do paciente quanto de possíveis testemunhas.^{1,4,10} Ademais, o conceito “durando tipicamente menos de uma hora”, utilizado na nova definição, não é útil, pois assim como o ponto de corte em 24 horas, não distingue precisamente pacientes com ou sem infarto cerebral agudo.

Evidências sugerem que, embora a probabilidade de infarto cerebral aumente em pacientes com sintomas de longa duração, o decurso do tempo das manifestações clínicas é apenas um modesto determinante dos infartos cerebrais. Portanto, não é possível definir um ponto de corte temporal com alta sensibilidade e especificidade que possa diferenciar se um evento isquêmico sintomático resultará em dano cerebral.⁶

Pelo exposto, a *American Stroke Association*, uma divisão da *American Heart Association* (AHA), aprovou em 2009 a definição de AIT como “um episódio transitório de disfunção neurológica causado por isquemia cerebral focal, da medula espinhal ou da retina, sem infarto agudo”^{1,6}. Em suma, um ataque isquêmico transitório deve ser caracterizado por sintomas isquêmicos sem evidências de infarto.⁶

Conclusão

AITs são eventos cerebrovasculares comumente mal diagnosticados. Um AIT deve ser encarado com a mesma seriedade de um AVC, já que ambos envolvem isquemia cerebral e podem causar sequelas graves.

O AIT, contudo, oferece uma grande oportunidade para se iniciar abordagens terapêuticas que podem evitar o possível começo de um infarto cerebral. Avaliação e tratamento inicial precoces podem reduzir o risco de um AVC subsequente, potencialmente reduzindo custos e favorecendo melhor prognóstico. Percebe-se que parte da dificuldade no diagnóstico e

manejo dessa condição deve-se à falha na conceituação do termo. Sugere-se, portanto, que a comunidade médica adote integralmente a nova definição proposta pela AHA, a qual não delimita o tempo tampouco está restrita a limitações de exames de imagem específicos, constituindo uma conceituação de fácil entendimento e aplicação na prática médica diária.

A questão central levantada pelo presente artigo – seria o AIT uma questão de tempo? – permanece em aberto, visto que as definições que utilizaram o tempo como critério principal para conceituação do termo revelaram-se problemáticas. Embora tradicionalmente empregadas, não há evidência científica que suporte o limite de menos de 24 horas (ou, mais recentemente, de menos de uma hora) como determinantes de um ataque isquêmico transitório.

Referências

1. Leung SE, Hamilton-Bruce MA, Koblar SA. Transient ischemic attacks – assessment and management. *Aust Fam Physician*. 2010; 39(11): 820-824.
2. Johnston SC. Short-term prognosis after a TIA: A simple score predicts risk. *Cleve Clin J Med*. 2007; 74(10): 729-736.
3. Shah KH, Edlow JA. Transient Ischemic Attack: Review for the Emergency Physician. *Ann Emerg Med*. 2004; 43(5): 592-604.
4. Sylaja PN, Hill MD. Transient ischemic attacks – Definition, risk prediction and urgent management. *Neurol India*. 2009; 57(3): 252-256.
5. Klendorfer D, Panagos P, Pancioli A, Khoury J, Kissela B, Woo D, *et al*. Incidence and Short-Term Prognosis of Transient Ischemic Attack in a Population-Based Study. *Stroke*. 2005; 36(4): 720-723.
6. Easton JD, Saver JL, Albers GW, Alberts MJ, Chaturvedi S, Feldmann E, *et al*. Definition and Evaluation of Transient Ischemic Attack: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American

- Stroke Association Stroke Council; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on cardiovascular Nursing; and the Interdisciplinary Council on Peripheral Vascular Disease Stroke. 2009; 40(6): 2276-2293.
7. Kidwell CS, Alger JR, Salle F, Starkman S, Villablanca P, Bentson J, *et al.* Diffusion MRI in Patients With Transient Ischemic Attacks. Stroke. 1999; 30(6): 1174-1180.
 8. Krieger DW. Should patients with TIAs be hospitalized? Cleve Clin J Med. 2005; 72(8): 722-724.
 9. Weimar C, Kraywinkel K, Rödl J, Hippe A, Harms L, Kloth A, *et al.* Etiology, Duration, and Prognosis of Transient Ischemic Attacks. Arch Neurol. 2002; 59(10): 1584-1588.
 10. Johnston SC. Clinical practice: transient ischemic attack. N Engl J Med. 2002; 347(21): 1687-1692.
 11. Kessier C, Thomas KE. An Examination of Economic Outcomes Associated With Misdiagnosis or Undertreatment of TIA. Am J Manag Care. 2009; 15(6): S170-S176.
 12. Albers GW, Caplan LR, Easton JD, Fayad PB, Mohr JP, Saver JL, *et al.* Transient ischemic attack: proposal for a new definition. N Engl J Med. 2002; 347(21): 1713-1716.
 13. Johnston SC. Transient Ischemic Attack: An Update. Stroke Clin Updates. 2007; 17(2): 1-5.