



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA
(ILACVN)**

MEDICINA

**RELATO DE CASO CLÍNICO - SÍNDROME DE VASOCONSTRIÇÃO
CEREBRAL REVERSÍVEL ASSOCIADO A HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE
E TROMBOSE VENOSA CEREBRAL**

**JOÃO VITOR CARVALHO DE
ANDRADE**

Foz do Iguaçu
2025

**RELATO DE CASO CLÍNICO - SÍNDROME DE VASOCONSTRIÇÃO
CEREBRAL REVERSÍVEL ASSOCIADO A HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE
E TROMBOSE VENOSA CEREBRAL**

**JOÃO VITOR CARVALHO DE
ANDRADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Luis Fernando Boff Zarpelon

Foz do Iguaçu
2025

JOÃO VITOR CARVALHO DE ANDRADE

**RELATO DE CASO CLÍNICO - SÍNDROME DE
VASOCONSTRIÇÃO CEREBRAL REVERSÍVEL ASSOCIADO A
HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE E TROMBOSE VENOSA
CEREBRAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Doutor Luis Fernando Boff Zarpelon
UNILA

Prof. Mestre Edgar Manuel Garcete Farina
UNILA

Prof. Antônio Luiz da Costa Martins
UNILA

Foz do Iguaçu, _____ de março de 2025.

RESUMO

Objetivo: relatar o caso de uma paciente internada no Hospital Municipal Padre Germano Lauck, em Foz do Iguaçu, diagnosticada com síndrome de vasoconstrição cerebral reversível (SVCR) associada a uma hemorragia subaracnóidea (HSA) e trombose venosa cerebral superficial, visando ampliar o conhecimento médico sobre o tema e contribuir para a literatura científica.

Método: as informações foram obtidas por meio de prontuário eletrônico, exame físico, entrevistas, registros fotográficos de exames de imagem e revisão de literatura pertinente. **Considerações finais:** as informações obtidas neste relato de caso reforçam o conhecimento médico sobre a SVCR, uma condição rara que afeta aproximadamente 0,02 pacientes a cada 100.000 internações [6]. Comumente associada a fortes dores de cabeça, a SVCR pode levar a diagnósticos errôneos, como enxaqueca ou outras síndromes de cefaleia, o que é prejudicial, pois medicamentos sintomáticos utilizados para essas condições podem desencadear ou intensificar os sintomas dolorosos da SVCR.

Palavras-Chave: Vasoconstrição; Hemorragia Subaracnóide; Trombose Venosa; Relato de caso

RESUMEN

Objetivo: relatar el caso de una paciente internada en el Hospital Municipal Padre Germano Lauck, en Foz do Iguaçu, diagnosticada con síndrome de vasoconstricción cerebral reversible asociada a una hemorragia subaracnoidea y trombosis venosa cerebral superficial, con el objetivo de ampliar el conocimiento médico sobre el tema y contribuir a la literatura científica.

Método: la información fue obtenida a través de un prontuario electrónico, examen físico, entrevistas, registros fotográficos de exámenes de imagen y revisión de literatura pertinente. **Consideraciones finales:** la información obtenida en este relato de caso refuerza el conocimiento médico sobre la SVCR, una condición rara que afecta aproximadamente a 0,02 pacientes por cada 100.000 internaciones [6]. Comúnmente asociada a fuertes dolores de cabeza, la SVCR puede llevar a diagnósticos erróneos, como migraña u otros síndromes de cefalea, lo cual es perjudicial, ya que los medicamentos sintomáticos utilizados para estas condiciones pueden desencadenar o intensificar los síntomas dolorosos de la SVCR.

Palabras Clave: Vasoconstricción; Hemorragia Subaracnoidea; Trombosis Venosa; Relato de caso.

ABSTRACT

Objective: to report the case of a patient admitted to the Padre Germano Lauck Municipal Hospital in Foz do Iguaçu, diagnosed with reversible cerebral vasoconstriction syndrome associated with a subarachnoid hemorrhage and superficial cerebral venous thrombosis, aiming to enhance medical knowledge on the subject and contribute to the scientific literature. **Method:** the information was obtained through an electronic medical record, physical examination, interviews, photographic records of imaging tests, and relevant literature review. **Considerations:** the information obtained in this case report reinforces medical knowledge about RCVS, a rare condition that affects approximately 0.02 patients per 100,000 admissions [6]. Commonly associated with severe headaches, RCVS can lead to erroneous diagnoses, such as migraine or other headache syndromes, which is detrimental, as symptomatic medications used for these conditions can trigger or intensify the painful symptoms of RCVS.

Keywords: Vasoconstriction; Subarachnoid Hemorrhage; Venous Thrombosis; Case Report

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AINE	Anti-Inflamatório não Esteroidal
AngioTC	Angio Tomografia Computadorizada
APSNC	Angiite Primária do Sistema Nervoso Central
ASA/AHA	American Stroke Association / American Heart Association
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BR	Brasil
DIU	Dispositivo Intrauterino
FAN	Fator Antinuclear
HBPM	Heparina de Baixo Peso Molecular
HSA	Hemorragia Subaracnóide
ILACVN	Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza
INR	Razão Normalizada Internacional
KPTT	Tempo de Tromboplastina Parcial Ativado
PCR	Proteína C-reativa
PY	Paraguai
RM	Ressonância Magnética
SVCR	Síndrome de Vasoconstrição Cerebral Reversível
TAP	Tempo de Atividade da Protrombina
TC	Tomografia Computadorizada
TVC	Trombose Venosa Cerebral
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VHS	Velocidade de Hemossedimentação

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. METODOLOGIA	14
2.1 LOCAL DO ESTUDO	14
3. APRESENTAÇÃO CLÍNICA.....	15
3.1 AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA	20
3.2 INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA	21
3.3 EVOLUÇÃO E DESFECHO	22
4 DISCUSSÃO	24
4.1 IMPLICAÇÕES CLÍNICAS	25
4.2 LIMITAÇÕES.....	26
5. CONCLUSÃO	28
6. REFERÊNCIAS.....	29

1. INTRODUÇÃO

A síndrome de vasoconstrição cerebral reversível (SVCR) é uma condição clínica complexa cuja fisiopatologia e relação com a cefaleia de origem abrupta ainda carecem de compreensão completa. O estreitamento angiográfico reversível observado na SVCR sugere uma anormalidade no controle do tônus cerebrovascular, embora a ligação entre as anormalidades angiográficas e a cefaleia não seja claramente definida, é frequentemente associada à presença de inervação dos vasos sanguíneos cerebrais, mediada por aferentes sensoriais do nervo trigêmeo e da raiz dorsal de C2 [2, 8].

Pacientes com SVCR podem apresentar hemorragias subaracnóideas convexas, presumivelmente decorrentes da ruptura de pequenas artérias superficiais afetadas pelo processo de vasoconstrição-vasodilatação, uma situação observada no caso clínico em questão [3]. Apesar da incidência real da SVCR ser desconhecida, em um estudo realizado em um hospital nos Estados Unidos foi observado que a incidência varia entre 0,2 a 3 casos por milhão de internações, embora a experiência clínica indique que a prevalência real pode ser consideravelmente maior [2]. O aumento na frequência de relatos de SVCR é atribuído à maior conscientização sobre a síndrome, à elevação nas taxas de detecção devido ao uso amplamente disponível de exames de imagem não invasivos, e possivelmente ao aumento do uso de substâncias ilícitas e medicamentos vasoconstritores [1, 2, 8, 9].

A SVCR afeta predominantemente mulheres, com uma relação de 2:1 a 10:1 em comparação aos homens, e a idade média dos pacientes afetados varia de 42 a 48 anos [7, 8]. Essa síndrome ocorre globalmente e está associada a diversas condições, incluindo gravidez, enxaqueca, uso de medicamentos vasoconstritores, procedimentos neurocirúrgicos e trombose venosa cerebral, o que reforça a natureza multifatorial da condição [5, 8].

A apresentação clínica da SVCR é frequentemente dramática, caracterizada por cefaleias súbitas e angustiantes, atingindo intensidade máxima em segundos, descritas na literatura como “*thunderclap headache*” (“dor de cabeça trovejante” em tradução livre) [8, 9]. Esses episódios de cefaleia podem ser desencadeados por fatores como esforço físico, estresse emocional e manobras de valsalva, refletindo a diversidade de gatilhos associados à

condição [8, 9].

Neste relato de caso, busca-se contribuir para o entendimento clínico da SVCR, reforçando sua relação com hemorragia subaracnóidea e trombose venosa cerebral. A análise apresentada tem como objetivo auxiliar no reconhecimento de padrões clínicos e radiológicos que possibilitem um diagnóstico precoce e assertivo, além de oferecer subsídios para o manejo eficaz dessa condição, que permanece um desafio na prática médica devido à sua complexidade e apresentação variável [5, 8, 9].

2. METODOLOGIA

Este relato de caso foi realizado com base na análise detalhada dos sinais e sintomas registrados no prontuário eletrônico de uma paciente diagnosticada com síndrome de vasoconstrição cerebral reversível (SVCR), internada no Hospital Municipal Padre Germano Lauck. A paciente foi recrutada por contato direto, sendo selecionada devido à baixa prevalência da síndrome no serviço de saúde, o que justifica a relevância deste caso na prática clínica.

Os dados clínicos analisados incluíram histórico médico, dados de exame físico, resultados de exames laboratoriais e de imagem (como tomografia computadorizada e angiografia cerebral), além de registros de evolução clínica e terapias realizadas durante o internamento. O diagnóstico e o manejo foram conduzidos com base nos critérios diagnósticos descritos na literatura, incluindo os estabelecidos por Singhal et al. [9], que destacam o estreitamento angiográfico reversível e a presença de cefaleia trovejante como características principais da SVCR.

Para a realização e a publicação deste estudo, foi obtido o consentimento livre e esclarecido da paciente mediante assinatura de um termo específico. O TCLE incluiu a permissão para a divulgação de imagens relacionadas ao caso, garantindo a conformidade com os princípios éticos e legais estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Este relato foi conduzido de acordo com os padrões éticos vigentes, assegurando a confidencialidade e o respeito aos direitos da paciente e de sua família.

2.1 LOCAL DO ESTUDO

Realizado no Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), uma instituição pública de saúde localizada em Foz do Iguaçu, Paraná. Fundado em 2006, o hospital é o maior da região do extremo oeste do Paraná, atendendo aos nove municípios da 9ª Regional de Saúde, além de pacientes da Tríplice Fronteira e turistas brasileiros e estrangeiros. Sendo referência em atendimento de emergência e trauma.

3. APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Paciente do sexo feminino, 28 anos, branca, casada, manicure, natural de Santa Rita/PY e residente em Foz do Iguaçu/BR há 13 anos. Católica, sem plano de saúde privado. Busca atendimento com queixa de “crises fortes de enxaqueca”.

História da doença atual: A paciente relatou que na semana anterior a internação no serviço, apresentou cefaleia intensa, motivo pelo qual procurou atendimento em uma Unidade de Pronto Atendimento. A dor teve início gradual, com sensação de pressão na região frontal e facial, especialmente ao redor dos olhos e nariz, piorando ao inclinar a cabeça para frente, e com sensibilidade aumentada na região fronto-maxilar. Sintoma foi acompanhado por congestão nasal com secreção inicialmente hialina e tosse seca. Negou febre ou calafrios.

No atendimento inicial na UPA, o exame físico revelou sensibilidade aumentada na região dos seios maxilares e frontal, congestão nasal com secreção espessa e amarelada, mucosa nasal eritematosa e hiperemia em orofaringe e amígdalas, sem placas exsudativas. Foi prescrito tratamento sintomático, com melhora progressiva da congestão nasal. Entretanto, a cefaleia persistiu, apresentando piora após o uso de cloridrato de pseudoefedrina (Allexofedrin), associada à astenia, palpitações e incômodo na região occipital, evoluindo para cefaleia intensa (9/10 em escala de dor), fotossensível e em ferroadas.

A paciente buscou novo atendimento devido à refratariedade dos sintomas aos analgésicos orais. Neste novo atendimento, mesmo após administração de morfina, paciente não obteve alívio completo, foi internada e realizada tomografia de crânio para investigação.

História patológica pregressa: Relata cefaleias episódicas desde o nascimento do primeiro filho, associando-as a exercícios físicos intensos, embora crises também ocorram sem fatores desencadeantes aparentes. Apresentou sintomas semelhantes em julho de 2024, após o uso de Tylenol Sinus (paracetamol + cloridrato de pseudoefedrina), diagnosticados como crise de ansiedade, sendo iniciado tratamento com Sertralina 50 mg ao dia,

interrompido na semana anterior à internação. Refere intolerância ao glúten e à lactose, além de histórico familiar de hemorragia subaracnóidea aneurismática em uma tia. Desconhece alergia medicamentosa.

Medicações de uso contínuo: Sertralina 50 mg pela manhã.

Passado ginecológico: G2PC2A0 (7 anos e 4 anos) / Em uso de DIU Mirena, desde 12/04/23. Interrompeu o uso de anticoncepcional oral após a inserção do DIU.

Hábitos de Vida: Etilista social, bebe raramente. Nega tabagismo e uso de substâncias ilícitas. Pratica exercícios físicos regularmente e mantém alimentação balanceada.

Exame físico:

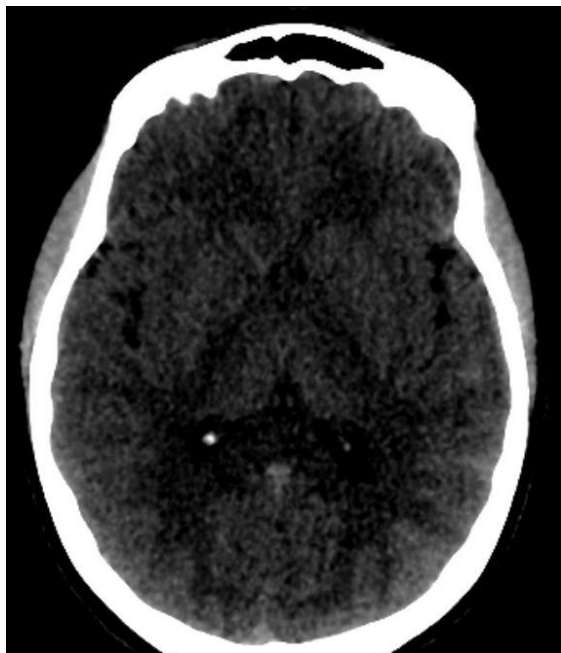
Realizado após alta da UTI e melhora do quadro álgico. Apresentava pápulas hiperemiadas pruriginosas em tórax, costas, membros superiores, face e nádegas, sugerindo reação a contraste iodado. Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes, força muscular preservada e ausência de déficits neurológicos focais.

Propedêutica complementar:

Tabela 1 – Exames laboratoriais

Admissão		Pré alta	
INR	1,0	INR	1,95
Hemoglobina	16,0	KPTT	49,3
Hematócrito	44,7	Hemoglobina	11,6
Leucócitos	31.840	Hematócrito	33,2
Metamielócitos	1%	Leucócitos	6.570
Plaquetas	482.000	Plaquetas	312.000
PCR	< 0,5	TAP	22,7
Ca++	1,17		

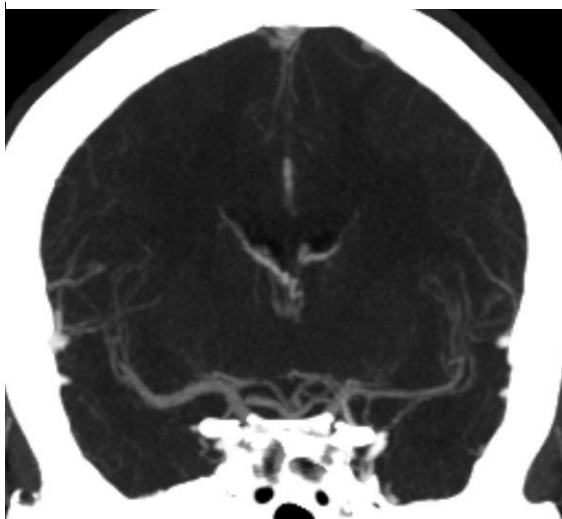
Fonte: Autor

AngioTC de Crânio e pescoço 21/12:**Figura 1: AngioTC de crânio e pescoço (1º exame realizado)***Figura 1A*

Fonte: Autor, 2024

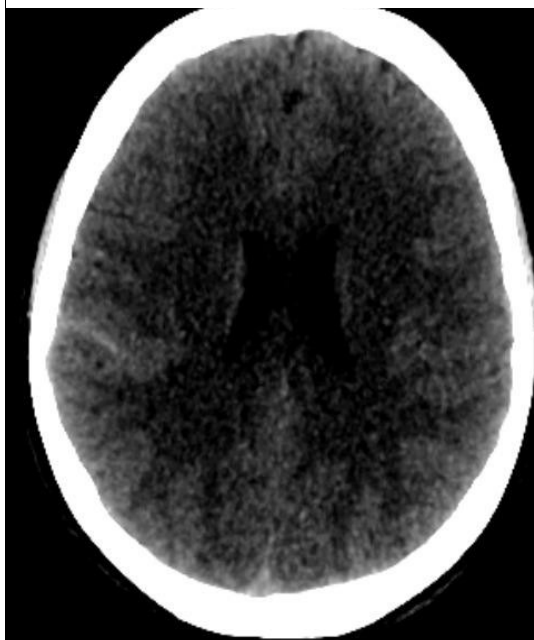
Figura 1B

Fonte: Autor, 2024

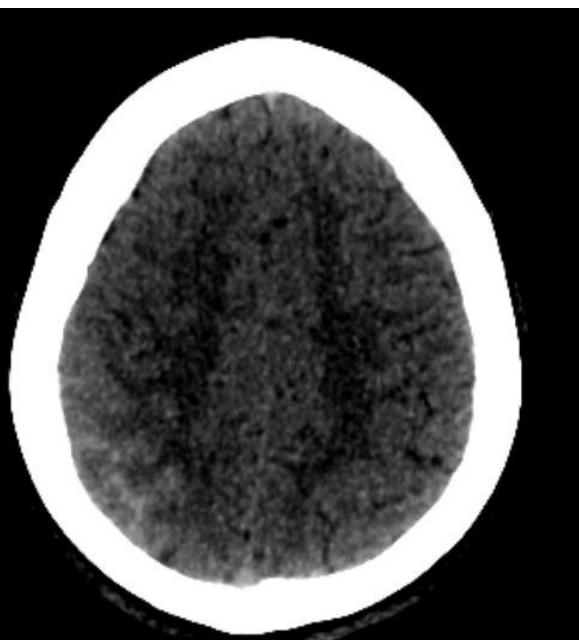
Figura 1C

Fonte: Autor, 2024

Aumento do material hiperatenuante em sulcos corticais parietoccipital à esquerda, sugestivo de hemorragia subaracnoide (Figura 1A e 1B). Afilamento difuso do calibre de todo o segmento M1 e parte do segmento M2 da artéria cerebral média esquerda (Figura 1B). Discretas irregularidades parietais e redução do calibre do segmento P1 da artéria cerebral posterior esquerda (Figura 1B).

TC de Crânio 23/12:**Figura 2:** Tomografia de crânio (após alta da UTI):*Figura 2A*

Fonte: Autor, 2024

Figura 2B

Fonte: Autor, 2024

Nota-se que surgiu hemorragia subaracnóide nos lobos parietal e temporal direito e occipital esquerdo (Figura 2A e 2B).

Angio ressonância Magnética Arterial do Crânio 31/12:

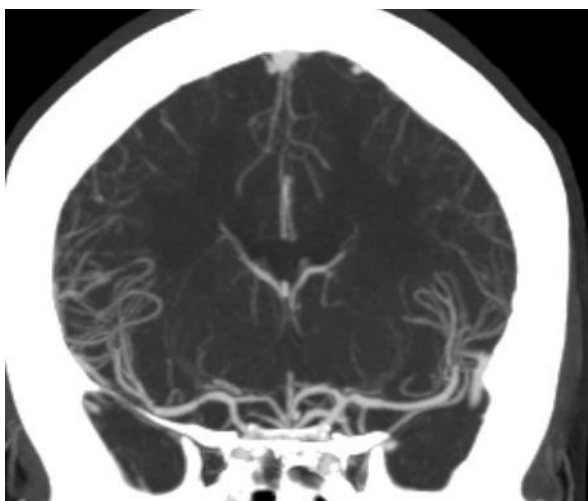
Laudos: Porções extra e intradurais de ambas carótidas internas de calibre e morfologia usuais. Hipoplasia significativa da artéria comunicante posterior direita. Restante das estruturas vasculares que compõem o polígono de Willis de aspecto anatômico. Segmentos principais das artérias cerebrais anteriores, médias e posteriores de aspecto anatômico. Diminuta imagem de adição na topografia da artéria comunicante anterior, medindo 0,1 x 0,2 cm, com orientação inferior, podendo representar pequeno aneurisma sacular, sem evidência de sangramento recente. Segmentos distais de ambas as artérias vertebrais de calibre e trajeto preservados. Apresentam assimetria de calibre, com dominância esquerda. Artéria basilar apresentando área de redução de calibre no seu terço médio, com estenose crítica, mais perceptível na sequência contrastada, o que pode estar relacionado a dissecação ou vasoespasmos. Sugiro correlacionar com

arteriografia. Notas: Hemorragia subaracnóide laminar em sulcos parietais à direita. Adjacente ao sítio de hemorragia subaracnóide, observa-se ectasia venosa com sinais de baixo fluxo, já perceptível na sequência TOF. Após administração do contraste venoso, observa-se falha de enchimento na confluência de veias cerebrais superficiais à direita, adjacente ao seio sagital superior, sugerindo trombose venosa cerebral superficial, provavelmente na porção terminal da veia de Trolard (veia anastomótica superior).

Tomografia computadorizada de crânio com contraste 05/01:

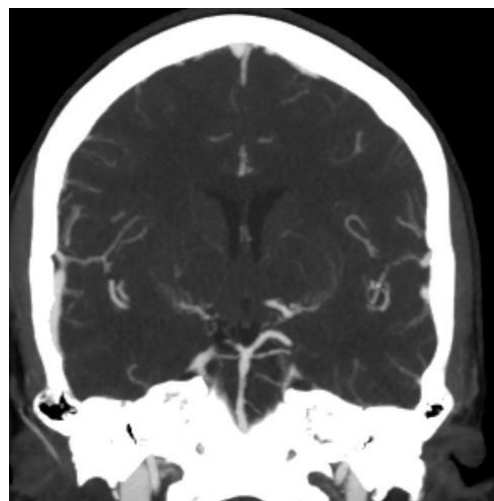
Figura 3: Tomografia de crânio c/ contraste (pré alta)

Figura 1C



Fonte: Autor, 2025

Figura 3B



Fonte: Autor, 2025



Fonte: Autor, 2025

Hipoplasia da artéria comunicante posterior direita (Figura 3C). Assimetria do calibre das artérias vertebrais distais com dominância esquerda (Figura 3A). Artéria basilar apresentando área de redução de calibre no seu terço médio (Figura 3B). Afilamento difuso do calibre de todo o segmento M1 e parte do segmento M2 da artéria cerebral média esquerda (Figura 3C). Discretas irregularidades parietais e redução do calibre do

segmento P1 da artéria cerebral posterior esquerda (Figura 3A e 3C). Não há mais sinais visíveis de sangramento intracraniano (incluindo HSA) neste estudo.

3.1 AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

A paciente em questão apresenta um quadro clínico e de imagem que, à primeira vista, poderia suscitar a ponderação sobre alguns diagnósticos, especialmente considerando a complexidade dos sinais neurológicos e os achados angiográficos.

A hipótese de síndrome de vasoconstrição cerebral reversível (SVCR) foi levantada com base nos sinais e sintomas apresentados pela paciente, bem como nos achados de imagem e na avaliação especializada do neurologista. Diagnóstico esse, confirmado utilizando o escore RCVS-TCH (Tabela 2). A escala varia de -2 a 11 pontos, sendo que pontuações ≥ 7 discriminam SVCR de outras condições com uma sensibilidade de 80% e especificidade de 97%. A paciente do caso obteve a pontuação de 11 pontos. Portanto, podemos presumir o diagnóstico de SVCR.

No item de fator de gatilho, presente no escore RCVS-TCH, embora a paciente tenha sido exposta a múltiplos fatores desencadeantes, incluindo o uso diário de sertralina e a própria rinosinusite aguda que enfrentava, o uso de pseudoefedrina se destaca como a principal hipótese etiológica.

Outros possíveis diagnósticos incluem:

Aneurisma Cerebral, devido a imagem sugestiva na artéria comunicante anterior, entretanto não foi observado sinais de sangramento recente, e por isso descartado essa hipótese;

Angiíte Primária do Sistema Nervoso Central (APSNC), que embora compartilhe manifestações clínicas com a SVCR, a APSNC geralmente apresenta alterações difusas e persistentes na angiografia, ao contrário do padrão dinâmico e segmentar da SVCR. A evolução clínica favorável também contraria esse diagnóstico.

Dissecção de Artéria Cerebral: A redução de calibre na artéria basilar poderia sugerir dissecção, mas a ausência de sinais típicos (hematomas intramurais e isquemia aguda) e a presença de hemorragia subaracnoide laminar

e ectasia venosa indicam maior compatibilidade com SVCR [1, 3].

Dessa forma, a análise minuciosa dos achados clínicos e de imagem da paciente, junto à correlação com a literatura vigente sobre SVCR, aponta para esta síndrome como o diagnóstico mais apropriado.

Tabela 2 – RCVS-TCH score

Critério	Valor
Cefaleia em trovoada recorrente ou única	
presente	5
ausente	0
Estreitamento da artéria carótida	
afetada	-2
não afetada	0
Gatilho vasoconstritivo	
presente	3
ausente	0
Sexo	
feminino	1
masculino	0
Hemorragia subaracnoide	
presente	2
ausente	0

Fonte: Adaptado, UpToDate, 2025

3.2 INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

A base do tratamento teve como objetivo melhorar o controle pressórico, diminuir sintomas álgicos e proporcionar anticoagulação, devido a trombose venosa cerebral, com cautela por conta da HSA. Para isso, foram administradas as seguintes medicações:

Inicialmente, o controle pressórico foi ajustado com o uso de clonidina 0,100 mg, 2 comprimidos a cada 12 horas. Durante a internação na Unidade de Terapia Intensiva, também foi utilizado nipride em bomba de infusão.

Para o controle da dor, foi administrada codeína 60 mg, associada a 1g de dipirona, ambas administradas de 6 em 6 horas. Medicações associadas a morfina intravenosa durante os momentos de pico de dor.

Com o intuito de melhorar a perfusão cerebral, foi associado o uso de nimodipino 60 mg a cada 4 horas, que também auxiliava no controle pressórico.

Além disso, foram utilizadas medicações sintomáticas, como laxativos (lactulose) e corticoides tópicos (para tratamento de reação alérgica ao uso de contraste iodado).

Em relação à trombose venosa cerebral, a paciente foi submetida a uma intervenção que priorizou a anticoagulação com enoxaparina por 6 dias em dose plena de 60 mg a cada 12 horas, seguida por varfarina. A varfarina foi introduzida com uma dose inicial de 5 mg, e realizado ajustes progressivos, até o máximo de 10 mg por dia, com o objetivo de manter o INR dentro da faixa terapêutica de 2,0 a 3,0. Após 48 horas do início da terapia com anticoagulantes, foi realizada uma tomografia computadorizada (TC) de controle, com a finalidade de avaliar a se houve aumento da HSA.

3.3 EVOLUCAO E DESFECHO

Durante a internação, após a primeira alta da UTI, a paciente apresentou pico pressórico refratário à administração de anti-hipertensivos orais, concomitante queixa-se de cefaleia de instalação abrupta e de alta intensidade (10/10 na escala de dor, referiu como a pior dor que já sentiu em sua vida) e um episódio de convulsão tônico-clônica generalizada. Diante da evolução desfavorável, a paciente foi transferida *novamente* para a Unidade de Terapia Intensiva e quando estabilizada, submetida à tomografia computadorizada de crânio, que revelou o aparecimento de nova área de hemorragia subaracnoíde nos lobos parietal e temporal direitos, bem como no lobo occipital esquerdo (figura 2A e B).

Paciente refere que após esse episódio, notou visão turva, dificuldade para realizar leitura e sensação de formigamento em região frontal de crânio. *Relatou* melhora quase total 2 dias após evento, onde já não apresentava déficits visuais perceptíveis ao exame físico.

No momento da alta, a paciente foi encaminhada a um hematologista e neurologista para acompanhamento e investigação mais abrangente sobre a presença de condições trombofílicas ou outra causa etiológica para SVCR. Estava em uso de codeína e dipirona via oral, mas sem queixas de cefaleia nas últimas 48 horas.

Orientações sobre fatores desencadeantes da síndrome de

vasoconstrição cerebral reversível, bem como os sinais de alarme e precauções pelo uso da varfarina, também foram fornecidas. Foi aconselhado, principalmente durante fase aguda da crise, evitar exposição a quaisquer fatores precipitantes potenciais, como maconha, cocaína, estimulantes do exercício, anfetaminas e triptanos, antidepressivos serotoninérgicos ou outros medicamentos vasoconstritores que poderiam piorar o curso clínico. Também foi orientado que nas primeiras semanas a paciente evitasse esforços físicos, atividade sexual, manobra de Valsalva e outros gatilhos conhecidos de cefaleias recorrentes. Bem como orientado o uso de laxantes e/ou amolecedores de fezes se necessário, afim de evitar a constipação (pelo risco de desencadear a manobra de Valsalva), especialmente no caso da paciente que foi de alta com receita de opioides.

4 DISCUSSÃO

A paciente apresentou um quadro clínico complexo e desafiador, com manifestações neurológicas significativas, achados angiográficos sugestivos de estreitamento difuso e segmentar nas artérias cerebrais, além de alterações compatíveis com hemorragia subaracnoídea (HSA) em angiotomografia. Esses achados, aliados à evolução clínica, levaram à hipótese diagnóstica de síndrome de vasoconstrição cerebral reversível (SVCR). A utilização da escala RCVS-TCH, com pontuação de 11, reforça essa hipótese, considerando sua alta sensibilidade (80%) e especificidade (97%) para o diagnóstico, conforme descrito por Singhal et al. [8, 9].

A SVCR é uma condição rara, caracterizada por cefaleia trovejante, alterações angiográficas reversíveis e ausência de inflamação nos vasos sanguíneos. Embora seja frequentemente associada a puérperas, este caso se destaca por envolver uma mulher não gestante, sem histórico de condições associadas, como eclâmpsia ou pré-eclâmpsia. Essa característica torna o relato relevante, pois amplia o entendimento sobre os diferentes perfis de pacientes que podem ser afetados por essa síndrome [9].

Entre os fatores precipitantes, o uso de pseudoefedrina merece destaque, dado o descrito na literatura sobre seu papel como agente vasoconstritor, que pode desencadear crises em pacientes predispostos [8]. No entanto, é importante ressaltar que a paciente também estava ou foi exposta a outros potenciais gatilhos, como histórico de cefaleia episódica e estresse emocional e uso prévio de contraceptivos hormonais. Essa multiplicidade de fatores sugere que a manifestação da síndrome pode ter sido resultado de uma interação entre eles, dificultando a identificação de um único elemento causal.

Este caso ilustra a importância do reconhecimento precoce da SVCR, que, apesar de sua natureza autolimitada, apresenta risco significativo de complicações, como infarto cerebral e HSA convexa. Além disso, reforça a necessidade de investigar fatores precipitantes e de considerar a síndrome mesmo em pacientes fora do perfil típico, como puérperas, sobretudo diante de apresentações clínicas complexas e atípicas.

4.1 IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

As principais implicações clínicas desse caso incluem o diagnóstico diferencial da SVCR, o uso de nimodipino e a utilização de anticoagulantes mesmo na presença de HSA. Como o diagnóstico diferencial já foi discutido anteriormente, partimos a discutir o uso do nimodipino e da anticoagulação no manejo da paciente.

O nimodipino foi utilizado com duas finalidades principais: primeiramente, como um fármaco auxiliar no controle da pressão arterial e, em segundo lugar, para o tratamento da vasoconstrição cerebral. Ainda não há consenso sobre o uso de agentes farmacológicos para o tratamento da vasoconstrição, a literatura médica afirma que a SVCR, na maioria dos casos, apresenta resolução espontânea, sem necessidade de intervenção médica em aproximadamente 90% dos pacientes [8]. Dessa forma, o manejo da condição é baseado em dados observacionais e na opinião de especialistas.

Evidências advindas de séries de casos prospectivas sugerem que a nimodipina não altera o curso natural da vasoconstrição cerebral [8, 9]. Ainda assim, esse fármaco pode reduzir a frequência e a intensidade das cefaleias e exercer efeitos na microvasculatura, que não são facilmente visualizados na angiografia [8]. No caso relatado, a paciente apresentou melhora na intensidade da dor após a introdução do nimodipino, mas a correlação entre esse efeito e o medicamento permanece incerta devido à subjetividade do sintoma.

Já em relação ao uso de anticoagulantes para o tratamento da TVC, mesmo na presença de HSA, este representa um verdadeiro desafio clínico, pois há um risco inerente de hemorragia associado ao uso desses fármacos [1, 5]. Entretanto, a literatura médica sugere que, mesmo na presença de hemorragia cerebral, a anticoagulação pode ser benéfica e, em muitos casos, é recomendada, desde que administrada com cautela [5,10]. O objetivo principal da terapia anticoagulante é estabilizar a condição do paciente, prevenir a progressão do trombo, tratar fatores de risco subjacentes e manejar complicações associadas [5,10].

A conduta terapêutica adotada no caso da paciente seguiu as diretrizes da American Heart Association e American Stroke Association (AHA/ASA), que recomendam a utilização de heparina não fracionada em dose plena ou heparina

de baixo peso molecular (HBPM) como terapia inicial, com posterior transição para anticoagulantes orais, como a varfarina [5]. No presente caso, optou-se por realizar tomografias computadorizadas seriadas para monitorar a evolução da hemorragia e avaliar a segurança da anticoagulação.

Quanto à duração do tratamento anticoagulante oral, a literatura sugere que, em casos de TVC com fatores de risco transitórios, a terapia deve ser mantida por um período de 3 a 6 meses. Já para pacientes com fatores de risco desconhecidos, o tratamento pode durar de 6 a 12 meses [5,10]. Em situações de alto risco, como trombofilia hereditária ou TVC recorrente, a anticoagulação pode ser mantida indefinidamente [5]. No caso relatado, a decisão foi de manter a terapia por um período de um ano, pensando que a investigação da causa etiológica não foi esgotada e por isso os fatores de risco ainda são desconhecidos. Associado a isso foi ofertado um acompanhamento especializado com hematologista, para a investigação de possíveis causas subjacentes. No geral, o prognóstico da TVC é favorável, com a maioria dos pacientes alcançando boa recuperação, embora alguns possam apresentar complicações ou necessitar de tratamento prolongado [5,10].

4.2 LIMITAÇÕES

Este relato de caso apresenta algumas limitações metodológicas que devem ser consideradas. A dependência de registros de prontuários eletrônicos constitui uma limitação importante, uma vez que a qualidade e a completude das informações podem variar conforme o profissional responsável pelo atendimento. O caráter retrospectivo do estudo também restringiu a análise clínica inicial, impossibilitando a identificação precoce de déficits neurológicos transitórios, que são descritos na literatura como manifestações comuns da síndrome de vasoconstrição cerebral reversível (SVCR) [8, 9].

Além disso, a ausência das imagens de angiressonância no prontuário limitou a análise dos achados radiológicos, restringindo a apresentação ao laudo escrito. Isso pode ter impactado a confirmação visual dos estreitamentos vasculares segmentares característicos da SVCR, reduzindo a possibilidade de uma discussão mais aprofundada sobre os achados angiográficos.

Outro fator relevante foi a falta de neurologistas clínicos de livre demanda no serviço, o que pode ter atrasado o diagnóstico e a instituição do tratamento ideal dentro da janela terapêutica recomendada. Essa limitação reflete um desafio sistêmico encontrado em muitos serviços de saúde, especialmente em regiões com recursos limitados.

Por fim, a natureza descritiva do relato de caso implica em uma baixa generalização dos achados, uma vez que os resultados apresentados não podem ser extrapolados para outros pacientes sem cautela. Adicionalmente, o manejo ético de dados sensíveis extraídos do prontuário eletrônico exigiu atenção rigorosa à proteção da privacidade e da confidencialidade da paciente, conforme recomendações éticas vigentes.

5. CONCLUSÃO

A Síndrome de Vasoconstrição Cerebral Reversível (SVCR) permanece um desafio diagnóstico e terapêutico, dada a sua fisiopatologia complexa e a variabilidade de apresentações clínicas. O presente estudo de caso reforça a importância da suspeita clínica em pacientes com cefaleia do tipo “*thunderclap headache*”, especialmente na presença de fatores de risco como o uso de vasoconstritores e o sexo feminino. A paciente apresentada desenvolveu complicações graves, incluindo trombose venosa cerebral e hemorragia subaracnoídea, condições que ilustram o espectro de gravidade da SVCR e a importância de um manejo rigoroso e individualizado.

A conduta terapêutica neste caso, que incluiu a anticoagulação criteriosa e o controle pressórico, mostrou-se eficaz, resultando em uma evolução clínica favorável e na ausência de déficits neurológicos residuais. Esse desfecho reforça a importância de um diagnóstico precoce e de uma abordagem terapêutica multidisciplinar para minimizar as complicações e otimizar o prognóstico.

Embora a apresentação clínica e os achados angiográficos do caso estejam alinhados com o descrito na literatura, este relato contribui ao documentar a SVCR em um contexto clínico distinto, fora do perfil clássico associado a puérperas. Além disso, a associação de fatores precipitantes, como o uso de pseudoefedrina, reforça a necessidade de investigação cuidadosa de possíveis gatilhos em cada caso.

Por fim, a revisão da literatura evidencia a necessidade de estudos adicionais para elucidar os mecanismos fisiopatológicos subjacentes à SVCR, bem como para otimizar estratégias diagnósticas e terapêuticas. A padronização de protocolos clínicos é essencial para garantir o melhor desfecho possível para pacientes acometidos por essa síndrome, especialmente em cenários com recursos limitados.

6. REFERÊNCIAS

1. FERRO, José M.; CANHÃO, Patrícia. Cerebral venous thrombosis: treatment and prognosis. *UptoDate*, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/cerebral-venous-thrombosis-treatment-and-prognosis?search=trombose%20venosa%20cerebral%207&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2. Acesso em: 22 jan 2025.
2. GOLDSTEIN, B. K.; KIM, D. H.; MATCHAR, D. B.; et al. Reversible Cerebral Vasoconstriction Syndrome: A Population-Based Study of Incidence, Risk Factors, and Outcomes. *Neurology*, v. 93, n. 17, p. 1623-1630, out. 2019. DOI: 10.1212/WNL.0000000000001326.
3. HOH, Brian L. et al. 2023 Guideline for the Management of Patients With Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, v. 54, n. 7, p. e1-e50, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000436>. Acesso em: 26 jan 2025.
4. Hou K and Yu J (2022) Current status of perimesencephalic nonaneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Front. Neurol.*13:960702. DOI: 10.3389/fneur.2022.960702. Acesso em: 02 fev 2025.
5. KEN-Dror, G.; SHARMA, P. Pathophysiology, diagnosis and management of cerebral venous thrombosis: A comprehensive review. *Medicine*, v. 102, n. 48, e36366, 2023. DOI: 10.1097/MD.0000000000003636. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10695550/pdf/medi-102-e36366.pdf>. Acesso em: 24 jan 2025.
6. PATAEL, Smit D. et al. Outcomes Among Patients With Reversible Cerebral Vasoconstriction Syndrome: A Nationwide United States Analysis. *Stroke*, v. 52, n. 8, p. 2559-2567, 2021. DOI: 10.1161/STROKEAHA.121.034424. Disponível em:

<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.121.034424>. Acesso em: 26 jan 2025.

7. SIDDIQ, Farhan. Nonaneurysmal subarachnoid hemorrhage. UpToDate, [s.l.], 02 out. 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/nonaneurysmal-subarachnoid-hemorrhage>. Acesso em: 20 fev 2025.
8. SINGHAL, A.; KASNER, S. E.; RABINSTEIN, A. A.; TUNG, G. A.; GODDEAU, R. P. Jr. Reversible cerebral vasoconstriction syndrome. UpToDate, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/reversible-cerebral-vasoconstriction-syndrome?search=Reversible%20cerebral%20vasoconstriction%20syndrome&source=search_result&selectedTitle=1%7E36&usage_type=default&display_rank=1#H185045489. Acesso em: 22 jan. 2025.
9. SINGHAL, Aneesh B.; HAJJ-ALI, Rula A.; TOPCUOGLU, Mehmet A.; FOK, Joshua; BENA, James; YANG, Donsheng; CALABRESE, Leonard H. Reversible cerebral vasoconstriction syndromes: analysis of 139 cases, 2011. *Archives of Neurology*, v. 68, n. 8, p. 1005-1012, 2011. DOI: 10.1001/archneurol.2011.68. Acesso em: 02 fev 2025.
10. SINTON, John; WIEBERS, David O.; WITT, Benjamin J.; et al. Diagnosis and management of cerebral venous thrombosis: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, v. 42, n. 4, p. 1158-1192, 2011. DOI: 10.1161/STR.0b013e31820a8364. Acesso em: 02 fev 2025