

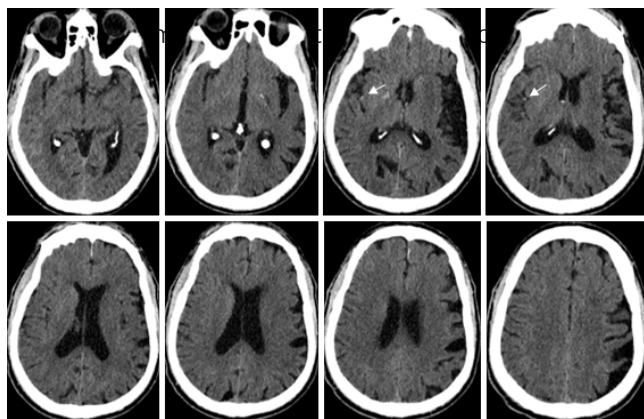
EXPERIÊNCIA INICIAL COM O STENTRIEVER INTERCEPT

Hospital de León
Dr. Sebastián Baldi

Caso clínico 1:

Homem de 67 anos com flutter auricular. Dislipidemia. Internado em julho de 2023 devido a um AVC aterotrombótico no território da artéria cerebral média esquerda, oclusão M1 com trombectomia mecânica. Como sequelas, hemiparesia direita e afasia motora.

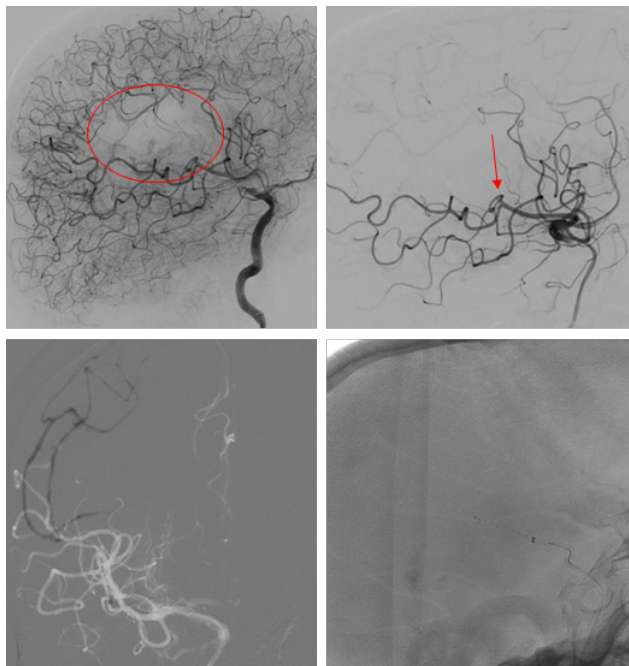
Em tratamento com Adiro 300, sinvastatina e bisoprolol. Com reabilitação e terapia da fala, o doente tinha recuperado quase totalmente o déficit motor, exceto a afasia, embora fosse compreensível. Dirige-se ao Serviço de Urgências por apresentar, desde as 5h00, um agravamento do déficit da linguagem; é realizada uma TC craniana + angiografia por TC. É prescrito Inyesprin por via intravenosa e a evolução é favorável, regressando ao seu estado basal. Na angiografia por TC, observa-se um escore ASPECTS de 10. Oclusão vascular na artéria cerebral média direita (M2). Colateralidade de grau 2.



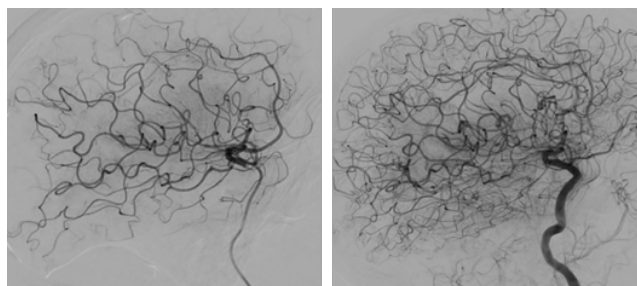
ASPECT de 10. Observa-se o trombo no vale silviano (setas brancas).

À chegada ao serviço, o doente apresenta agravamento clínico, com disartria moderada a grave, déficit na produção da linguagem, com parafasias abundantes e compreensão preservada. Paresia facial central do lado esquerdo. Hemiparesia esquerda com escore de 4/5, distal em MSI 4-/5. Extinção sensorial do lado esquerdo, reflexo de extensão bilateral. NIHSS: 6.

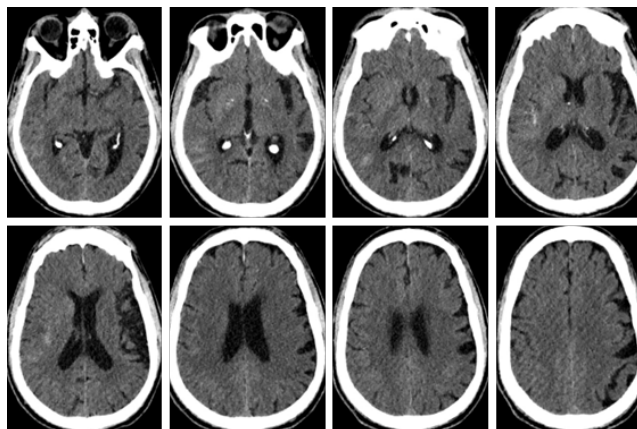
Decide-se realizar uma trombectomia mecânica.



Na imagem superior, a arteriografia revela uma oclusão de um ramo parietal (seta), deixando uma área de hipoperfusão (zona dentro do círculo). Na imagem inferior, observa-se a implantação do stentriever INTERCEPT de 3 x 20 mm, em combinação com um cateter de aspiração Catalyst 5.



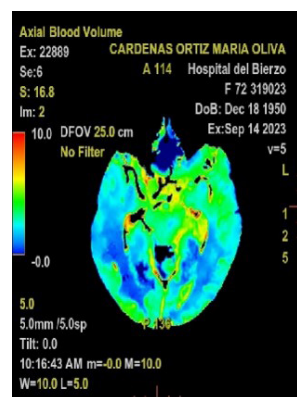
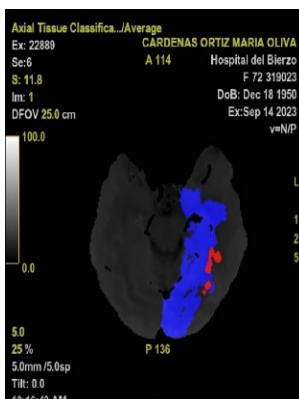
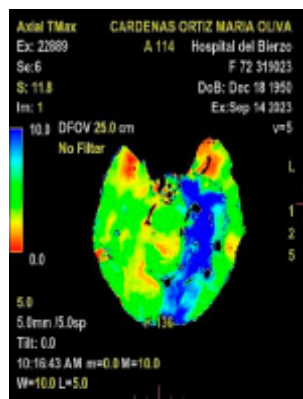
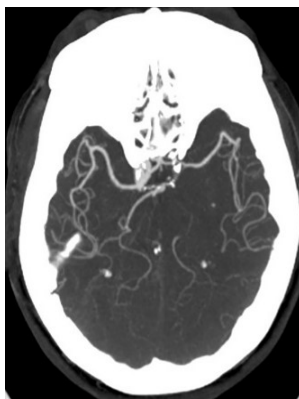
Avaliação final: observa-se a recanalização da artéria ocluída. TICI 3.



A evolução clínica foi favorável, com um NIHSS de 0 às 24 horas. Persiste a dificuldade em falar, como sequela do seu AVC hemisférico anterior esquerdo.

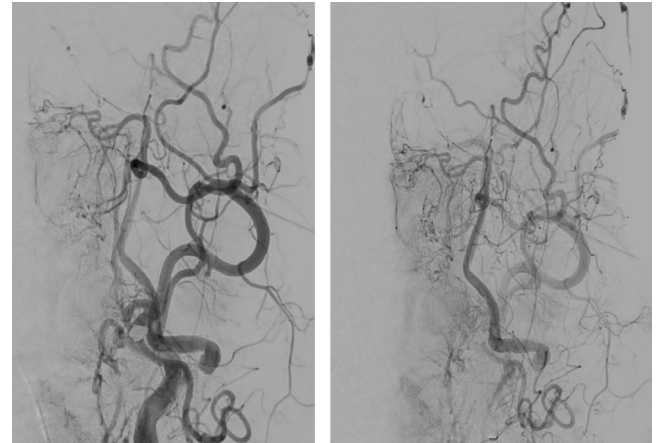
Caso clínico 2:

Mulher de 72 anos que, às 9h30, apresentou, pela primeira vez, tonturas, fraqueza na metade direita do corpo e disartria. No exame físico, constatou-se hemianopsia homônima direita, hipoestesia facial direita, paralisia facial inferior direita, hemiapraxia direita grave, com paralisia do braço e da perna, e hipoestesia grave do lado direito. NIHSS: 16. Na angiotomografia computadorizada, observa-se oclusão da artéria cerebral interna esquerda e da artéria cerebral posterior de origem fetal. ASPECTS 10. Colateralidade Grau 2-3.



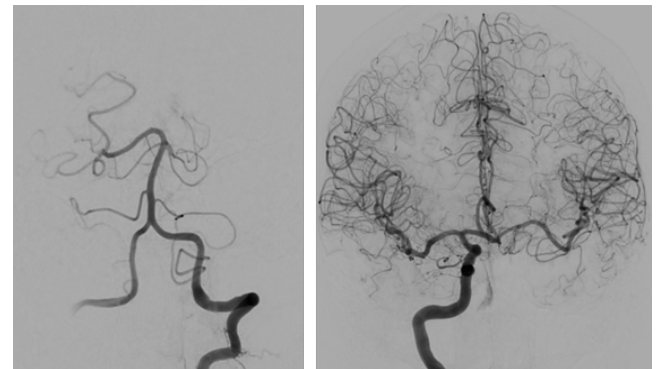
Aumento do tempo médio de trânsito e diminuição do fluxo sanguíneo cerebral na região occipital esquerda, com mapa de volume preservado. Desfasamento de 100%.

A doente é transferida para a sala de angiografia 4 horas depois (transferida de outro hospital a 100 km), onde se constata uma estenose crítica da artéria coronária esquerda com abrandamento do fluxo.

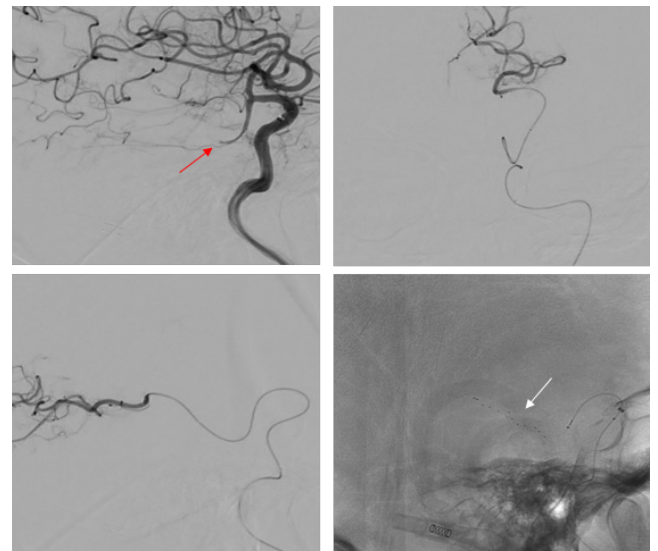


Arteriografia da carótida esquerda.

A nível intracraniano, observa-se uma boa perfusão do hemisfério direito através da artéria CoA. No entanto, não se observa perfusão no território da artéria cerebral posterior esquerda. Verifica-se a ausência do P1 esquerdo.



Observa-se também uma oclusão da artéria cerebral posterior com origem na ACI (origem fetal). A oclusão é recanalizada com um microcateter e, em seguida, é implantado um stentriever Intercept de 3 x 20 mm ao nível da oclusão.



Cardivagroup



Cardivagroup



Cardiva



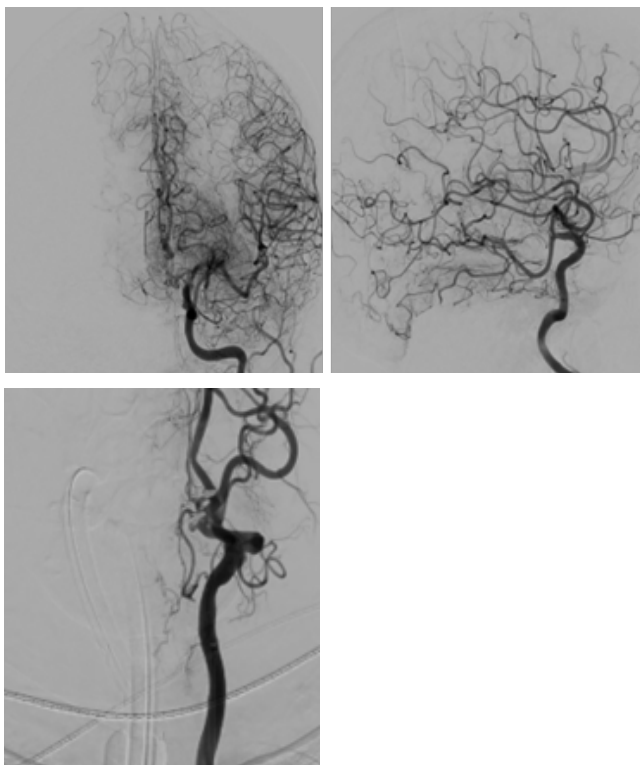
Cardiva

Experiência inicial com o Stentriever Intercept



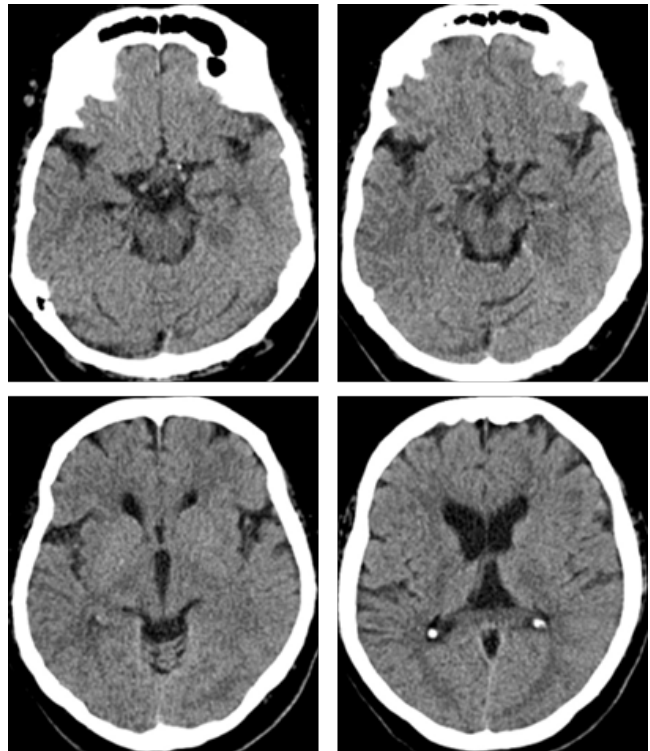
Trombo recuperado.

Obteve-se a recanalização completa do território afetado (TICI 3). Anteriormente, foi realizada uma angioplastia da estenose carotídea, tendo-se obtido uma boa abertura do vaso, sem necessidade de colocação de um stent. Foram administrados 900 mg de aspirina.



A tomografia computadorizada realizada 24 horas depois não revelou lesões isquêmicas.

A doente teve uma evolução favorável, apresentando um NISSH de 1 às 48 horas.



TC de controlo às 24 horas.

Conclusão:

A experiência inicial no nosso hospital com o dispositivo INTERCEPT foi muito satisfatória, com recanalização completa em ambos os casos e uma evolução neurológica muito boa em ambos os doentes. Quanto ao stentriever, apresenta boa navegabilidade e é bem visível uma vez desdobrado.