

QUIZ 469

PERGUNTAS e RESPOSTAS:

1. As artérias cerebrais posteriores nunca estão envolvidas nas alterações patológicas cerebrovasculares em pacientes com doença de moyamoya.
FALSO: As artérias cerebrais posteriores raramente são afetadas em pacientes com MMD, mas isso pode ocorrer.
2. A incidência geral da doença de moyamoya é mais alta no Japão, em comparação à maioria dos outros países.
VERDADEIRO: A incidência geral da doença de moyamoya é maior em asiáticos.
3. As descobertas tanto da angiografia cerebral como da angiografia por ressonância magnética (ARM) podem ser utilizados para diagnosticar a doença de moyamoya.
VERDADEIRO: A angiografia cerebral ou as descobertas acerca da ARM que satisfazem os critérios diagnósticos são considerados adequados para estabelecer um diagnóstico de MMD.
4. Foi relatado que a doença de moyamoya está ligada a tratamentos de irradiação craniana, com uma prevalência próxima de 10-20%.
VERDADEIRO: A irradiação terapêutica craniana é comumente considerada um fator de risco associado ao desenvolvimento da doença de moyamoya, especialmente em caucasianos.
5. Os agentes antiplaquetários são recomendados para pacientes sintomáticos e assintomáticos com doença de moyamoya.
FALSO: Os agentes antiplaquetários só são recomendados em pacientes sintomáticos do tipo isquêmico com elevada mortalidade cirúrgica, não são recomendados para pacientes assintomáticos devido ao risco de precipitar acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos.
6. A revascularização cirúrgica é eficaz na interrupção da progressão da doença de moyamoya.
FALSO: Nenhum método foi teve sua eficácia quanto à interrupção da progressão da MMD comprovada.
7. Para pacientes pediátricos com doença de moyamoya, é mais frequentemente utilizado um procedimento de bypass indireto do que um procedimento de bypass direto.
VERDADEIRO: A cirurgia de bypass indireto é mais frequentemente utilizada em doentes pediátricos, devido ao menor calibre de vasos dos doentes e à maior propensão para uma angiogênese bem sucedida.
8. A neovascularização cerebral leva cerca de duas semanas para se desenvolver após a cirurgia de bypass.
FALSO: A neovascularização cerebral leva de três a quatro meses.
9. Um histórico anterior de TIAs frequentes é um fator preditivo de eventos isquêmicos pós-operatórios.
VERDADEIRO: Os fatores de risco para eventos isquêmicos pós-operatórios incluem o histórico anterior de TIAs frequentes, aqueles que tiveram fatores precipitantes para TIAs e operações de revascularização indireta.
10. A pré-medicação é importante em pacientes pediátricos, para evitar choro e/ou hiperventilação. No entanto, a sedação excessiva também deve ser evitada para impedir a hipercapnia induzida por hipoventilação.
VERDADEIRO: O choro e/ou a hiperventilação podem causar hipocapnia, que pode induzir vasoconstrição cerebral. A sedação excessiva pode levar a hipercapnia o que, por sua vez, pode causar "roubo" da circulação cerebral.
11. Sugere-se uma meta de hematócrito de 20%-30% para a cirurgia de bypass EC-IC, uma vez que é útil para melhorar a viscosidade do sangue.

FALSO: Sugere-se um hematócrito entre 30% e 42%, para manter o equilíbrio entre a capacidade de transporte de oxigênio no sangue e a viscosidade do sangue.

12. Recomenda-se um controle hemodinâmico rigoroso, dentro de 10-20% da pressão arterial inicial, para melhorar os resultados neurológicos pós-operatórios.

VERDADEIRO: O objetivo hemodinâmico intraoperatório situa-se normalmente entre 10% e 20% da pressão arterial inicial, sendo essencial para manter um fluxo sanguíneo cerebral adequado e reduzir os riscos de acidentes vasculares cerebrais isquêmicos ou hemorrágicos.

13. A hipotermia é recomendada como uma intervenção neuroprotetora para a cirurgia de bypass EC-IC direta em pacientes com doença de moyamoya.

FALSO: Não há evidências de que a hipotermia melhore os resultados, e há preocupações quanto à precipitação do vasoespasma.

14. A hipercapnia pode induzir o fenômeno de “roubo” na circulação cerebral em pacientes com doença de moyamoya, causando isquemia cerebral.

VERDADEIRO: Uma vez que os pacientes de moyamoya apresentam colaterais pouco vasoativos, enquanto outros vasos normais podem vasodilatar e, paradoxalmente, drenar o sangue, a hipercapnia pode induzir um fenômeno de “roubo” dos vasos doentes para os sadios e, subsequentemente, precipitar isquemia cerebral.

15. As complicações pós-operatórias mais frequentes são uma nova isquemia e a síndrome da hiperperfusão cerebral.

VERDADEIRO: A morbidade e mortalidade cirúrgicas por hemisfério tratado foram relatadas como 3,5% e 0,7%, respectivamente, para procedimentos de revascularização em pacientes com MMD, sendo as complicações mais comuns a nova isquemia e a síndrome de hiperperfusão cerebral.

16. Um controle rígido da pressão arterial é muito importante para minimizar a síndrome da hiperperfusão cerebral.

VERDADEIRO: O controle rigoroso da pressão arterial é importante para minimizar a síndrome de hiperperfusão cerebral e os acontecimentos hemorrágicos ou isquêmicos pós-operatórios. Uma vez que este é um fator de risco conhecido para hemorragia intracraniana, deve ser enfatizado um controle rígido da pressão arterial no pós-operatório, sendo a pressão arterial alvo discutida com neurocirurgiões e inferior a 120/80 mmHg em caso de suspeita de hiperperfusão.

17. A neuromonitorização, como o eletroencefalograma (EEG), os potenciais evocados somatossensoriais e motores (SSEPs, *Somatosensory Evoked Potentials* e MEPs, *Motor Evoked Potentials*) são monitores intraoperatórios essenciais para a cirurgia de bypass EC-IC direta em pacientes com doença de moyamoya.

FALSO: A cirurgia direta de bypass EC-IC é um procedimento de bypass de baixo fluxo com aumento de fluxo, e nem todos os bypass se beneficiam de neuromonitorização adicional. Em operações em que a anastomose é para uma ramificação mais proximal a ACM, a inserção de um *clip* temporário pode comprometer o fluxo sanguíneo para as partes mais extensas do cérebro. Nestas situações, o EEG, os SSEPs e os MEPs podem, então, ser úteis para o monitoramento de isquemia cerebral.

18. Não existem evidências definitivas que correlacionem a utilização de um agente de manutenção anestésico específico com melhores resultados cirúrgicos.

VERDADEIRO: Não há evidências suficientes que demonstrem que um agente de manutenção seja superior ao outro. O foco deve ser na manutenção de profundidade anestésica apropriada.

19. Convulsões são um possível sintoma de hiperperfusão cerebral pós-operatória.

VERDADEIRO: A hiperperfusão cerebral pós-operatória pode apresentar-se com disartria, disfunção motora manual, disfasia motora ou sensorial ou convulsões.

20. A observação atenta de quaisquer novos déficits neurológicos ou deterioração do estado neurológico anterior é fundamental nos cuidados pós-operatórios.

VERDADEIRO: A hipoperfusão cerebral, o vasoespasma do enxerto ou a hiperperfusão cerebral podem causar deterioração neurológica pós-operatória. Os doentes devem ser mantidos, pelo menos durante uma noite, na unidade de cuidados neurointensivos para observação atenta, a fim de permitir uma intervenção rápida, se necessário.