

em que quanto maior a pontuação, maior a dificuldade; o protocolo Zarit, que avalia a sobrecarga, variando de 0 a 35 pontos, quanto maior a pontuação, maior a sobrecarga. Foram coletados dados do prontuário dos pacientes como sexo, idade e tempo de doença. Resultados: Foram incluídos 20 cuidadores de pacientes com DA. 60% eram do sexo feminino, com tempo como cuidador de 4,4 ($\pm 1,87$) anos. Em relação aos pacientes, 55% eram do sexo feminino com idade de 76,8 ($\pm 7,25$) e com tempo de doença de 4,15 ($\pm 2,60$) anos. Das questões analisadas, 50% dos cuidadores referem que frequentemente o paciente necessita de supervisão constante durante a refeição. Ela refere-se à necessidade de acompanhar e monitorar todo período da refeição do paciente e realizar reforço verbal de comando se necessário. 40% dos cuidadores afirmam a necessidade frequente de ajuda física para alimentar o paciente. Essa ajuda refere-se à preparação do alimento, como cortar e/ou amassar e ofertá-lo na boca do paciente durante toda a refeição. O escore total do protocolo Zarit foi 23,7 ($\pm 5,29$), apontando um nível de sobrecarga grave. Conclusão: Tarefas referentes à alimentação do paciente, como a supervisão e ajuda física durante as refeições podem estar relacionadas com o alto nível de sobrecarga dos cuidadores, mesmo com pouco tempo de doença.

2285

ACIDENTE VASCULAR HEMORRÁGICO TALÂMICO BILATERAL: RELATO DE CASO

CATEGORIA DO TRABALHO: RELATO DE CASO ÚNICO

Augusto Mádke Brenner, Armando Schmidt Cardoso, Marlise de Castro Ribeiro, Paulo Valdeci Worm
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE

Introdução: hemorragias intraparenquimatosas cerebrais (HIC) são responsáveis por de 6,5 a 19,6% de todos os casos de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs), com incidência de 24,6 a cada 100.000 pessoas/ano. HIC simultâneas primárias são raras e responsáveis por 0,7% a 3% das HIC. As HIC talâmicas são infrequentes quando unilaterais e ainda mais raras quando bilaterais, como no presente caso. Nos casos de HIC bilaterais, o prognóstico é consideravelmente pior do que naqueles de lesões únicas. Descrição do caso: paciente do sexo feminino de 53 anos de idade se apresentou com queixa de hemiparestesia à esquerda e de cefaleia, seguidas por perda da consciência. Ela possuía diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica (HAS) não tratada e AVC isquêmico há 6 meses, sem sequelas. Ela chegou ao nosso departamento com afasia global, hêmiplegia à esquerda, pupilas fotorreativas e desvio da rima labial para à esquerda. Sua pressão arterial era de 210/110 mmHg. Foi realizada uma tomografia computadorizada de crânio que evidenciou focos bilaterais de hemorragias nos tálamos. O hematoma intracerebral aparentemente comprimiu o terceiro ventrículo, com dilatação sutil dos ventrículos laterais, mas não havia sinais de sangramento intraventricular nem de hidrocefalia. Não havia desvio significativo de linha média. Em função da rápida deterioração clínica e do rebaixamento da consciência, avaliada pela Escala de Coma de Glasgow, o manejo da paciente incluiu intubação orotraqueal, transferência para a unidade de tratamento intensivo e ventilação mecânica, associados com manejo agressivo da pressão arterial. Durante a hospitalização, a paciente contraiu infecções, que foram resolvidas com antibioticoterapia. Por fim, foi realizada gastrostomia na paciente para sua alta hospitalar. Conclusão: neste relato, nós descrevemos uma paciente com prejuízos importantes, que podem ter sido agravados pelas infecções adquiridas, causa significativa de mortalidade. Ao nosso conhecimento, apenas cinco outros casos de HIC talâmicas bilaterais foram relatados na América Latina, nenhum deles no Brasil. Além disso, essa paciente é a mulher mais nova descrita na América Latina com HIC talâmicas bilaterais simultâneas.

2300

METÁSTASE CEREBRAL DE CARCINOMA FOLICULAR DE TIREÓIDE SIMULANDO UM MENINGIOMA: RELATO DE CASO

CATEGORIA DO TRABALHO: RELATO DE CASO ÚNICO

Armando Schmidt Cardoso, Augusto Mádke Brenner, Eduardo Anzolin, Deborah Lumi Shuha, Paulo Valdeci Worm
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Introdução: metástases intracranianas de qualquer tipo histológico costumam envolver o parênquima cerebral e raramente se manifestam como exclusivamente durais. Essas lesões podem mimetizar meningiomas em exames de imagem. Carcinomas foliculares de tireóide apresentam metástases intracranianas em cerca de 1% dos casos, usualmente consistindo em lesões intraparenquimatosas. O prognóstico para carcinomas de tireóide com metástases distantes é ruim, especialmente quando afetam o cérebro, sendo a média de sobrevida menor do que um ano. A disseminação provavelmente ocorre por via hematológica, com metástases durais correspondendo a menos de 10% dos casos. A ocorrência de metástases distantes levando ao diagnóstico de carcinoma folicular de tireóide, como no presente caso, é raro. O tratamento deve ser individualizado e pode incluir ressecção da lesão cerebral, terapia ablativa com iodo radioativo 131, radioterapia de crânio ou quimioterapia sistêmica. **Descrição do caso:** uma mulher de 37 anos apresentando queixa de cefaleia severa há 6 meses e abaulamento progressivo da calota craniana procurou assistência médica no nosso serviço. Ressonância magnética craniana revelou uma massa expansiva intra e extracraniana extra-axial na área frontoparietal esquerda, que estava causando um desvio de linha média grave. A lesão era isointensa em T1, levemente hiperintensa em T2, apresentou realce homogêneo após administração de gadolínio e um halo mínimo de edema ao redor do tumor em FLAIR, sugestivo de meningioma. Ela foi submetida à exérese tumoral intracraniana e recebeu alta hospitalar 5 dias após, em bom estado geral e sem déficits neurológicos. Análise anatomopatológica reportou metástase em calvária de carcinoma de padrão folicular, confirmado pela imuno-histoquímica, que delimitou o sítio primário como a tireóide. A paciente foi submetida à tireoidectomia e à terapia com radioiodo cerca de 1 mês depois. Após 8 meses, ela foi submetida a cranioplastia, sem intercorrências. **Conclusão:** como o subtipo folicular de metástases dos carcinomas tireoidianos tende a ser mais agressivo, este paciente teve um excelente desfecho, com sua terapia de ressecção cirúrgica bem sucedida.

2317

A CRANIOPLASTIA MELHORA O DESEMPENHO COGNITIVO DOS PACIENTES

CATEGORIA DO TRABALHO: PESQUISA

Deborah Lumi Shuha, Armando Schmidt Cardoso, Augusto Mädke Brenner, Paulo Valdeci Worm
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Introdução: Defeitos de crânio que demandam reconstrução óssea são comuns devido à frequência de lesões na cabeça que requerem neurocirurgia urgente. Apesar do sucesso em reduzir mortalidade, estes pacientes experienciam desfechos mórbidos. Do ponto de vista do paciente, a razão para o reparo pode ser cosmética, mas, além disso, o osso craniano fornece proteção, restaurando a normalidade do fluxo do líquor e da perfusão cerebral, corrigindo os efeitos da pressão atmosférica e melhorando a reabilitação cognitiva. Estudos prévios têm focado muito mais nas complicações e no desenvolvimento de novos materiais para cranioplastia ao invés do seu impacto na qualidade de vida, ignorando a potencial elevação cognitiva. **Objetivo:** Avaliar a resposta cognitiva em pacientes com defeitos ósseos cranianos moderados e grandes antes e depois da cranioplastia. **Métodos:** Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo primário que incluiu 62 pacientes com defeitos cranianos e reconstrução com polimetilmetacrilato e/ou osso autólogo. Nós avaliamos a melhora cognitiva através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) no período pré-operatório e nos 3, 6 e 12 meses pós-operatório. O projeto foi aprovado nos seus aspectos éticos e metodológicos pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** A causa da craniectomia descompressiva (CD) foi principalmente acidentes de trânsito (58%), agressões (22,6%) e acidentes vasculares cerebrais (9,6%). A média de Glasgow na admissão foi 9 ± 3 . A CD foi feita no lado direito em 47% dos pacientes e 39% no lado esquerdo. O tamanho médio dos defeitos do crânio foi $127,5 \pm 34,1$ cm² e a média de tempo entre o trauma e a cranioplastia foi de 25 ± 15 meses. Houve uma melhora substancial na cognição após 12 meses ($p=0,002$), 58% dos pacientes evidenciaram MEEM alterado na fase pré-operatória em contraste com 28% no último período de avaliação. Não houve diferença significativa na evolução do MEEM entre sexos e causas de lesão cerebral. **Conclusão:** cranioplastia tem um impacto significativo sobre a cognição das vítimas de lesões cerebrais que sobreviveram a imparidade primária e possuem defeitos ósseos cranianos moderados ou grandes.