

“Definition and Evaluation of Transient Ischemic Attack.” *Donald Easton J et al. ASA/AHA Scientific Statement. Stroke 2009;40:2276-2293.*

O termo ataque isquêmico transitório (AIT) é classicamente definido como um episódio de déficit neurológico focal, secundário a isquemia, com duração inferior a 24 horas. O AIT é uma condição com elevada taxa de incidência e prevalência: nos EUA é estimada uma incidência de 83 casos por 100.000 habitantes por ano e uma prevalência de 2,3% da população, o que corresponde a 4,9 milhões de pessoas (Kleindorfer *et al.* *Stroke* 2005;36:720-723; Johnston *et al.* *Neurology* 2003;60:1429–1434).

Cerca de 15 a 26% dos acidentes vasculares cerebrais (AVC) isquêmicos são precedidos por AITs. O risco a curto prazo de AVC isquêmico em pacientes com AIT é alto, aproximadamente 10% em 90 dias, porém chegando até 15% em alguns estudos populacionais (Kleindorfer *et al.* *Stroke* 2005;36:720-724). Cerca de metade dos AVCs subsequentes ocorre nos primeiros dois dias após o AIT (Lisabeth *et al.* *Stroke* 2004;35:1842-1846). O risco é ainda mais elevado em alguns subgrupos de pacientes com AIT, como por exemplo naqueles com estenose carotídea ou intracraniana, com AITs de repetição ou com uma pontuação elevada no escore ABCD². O escore ABCD² foi desenvolvido para estimar a ocorrência de AVC após o AIT, e por ser baseado apenas em características clínicas, é de fácil utilização, (ver Johnston *et al.* *Lancet* 2007; 369: 283–92.). Estudos recentes sugerem que a administração precoce de antiagregantes e estatinas e o controle mais rígido da pressão arterial podem diminuir o risco de AVC nos pacientes com AIT.

A definição temporal do AIT de 24 horas foi estabelecida há mais de três décadas, de forma arbitrária, firmada na hipótese de que eventos dessa duração não levariam a injúria cerebral permanente. Porém, nas últimas duas décadas, houve um importante avanço nos métodos de neuroimagem, em especial da ressonância magnética (RM) nas sequências ponderadas em difusão (DWI, do inglês *diffusion-weighted imaging*). Os estudos de difusão são capazes de detectar isquemia na fase hiperaguda, apenas 30 minutos após o início do evento isquêmico (Srinivasan *et al.* *RadioGraphics* 2006; 26:S75–S95). Uma análise combinada de estudos que utilizaram RM em pacientes com AIT mostrou que um em cada três pacientes que apresentaram AIT de acordo com a definição clássica tinham lesão aguda na difusão e que a duração média dos AITs sem lesão na difusão foi de 30 minutos (Shah SH *et al.* *Stroke* 2007;38:463).

Diante deste cenário, um grupo de estudo da *American Stroke Association*, divisão da

American Heart Association responsável pelas doenças cerebrovasculares, apresentou uma nova proposta de definição e manejo do AIT. A nova definição é baseada na lesão tissular em detrimento da definição tradicional abalizada no tempo de duração dos sintomas. Portanto, pela nova definição, o AIT constitui qualquer episódio de disfunção neurológica transitória causada por isquemia focal cerebral, da medula espinhal ou retiniana, **sem** evidências de infarto agudo nos exames de neuroimagem.

Se a nova definição de AIT for utilizada, ou seja, se considerarmos a alteração nos estudos de difusão para definirmos AIT em detrimento à definição clássica, firmada no tempo de duração dos sintomas, estima-se com base em dados epidemiológicos dos EUA que a incidência anual de AIT seria reduzida em 33% e, por conseqüência, a incidência de AVC isquêmico aumentada em 7% (Ovbiagele *et al.* Stroke 2003;34:919-924).

O documento da *American Stroke Association* sugere ainda que pacientes com suspeita de AIT sejam submetidos a estudos de neuroimagem nas primeiras 24 horas do início dos sintomas, preferencialmente RM de crânio, incluindo as sequências ponderadas em difusão. Além disso, devem ser realizados exames não invasivos das artérias cervicais e intracranianas, eletrocardiograma, exames laboratoriais de rotina (hemograma completo, bioquímica, coagulograma e lipidograma) e, em subgrupos específicos, monitorização cardíaca prolongada e ecocardiograma. A nova proposta também recomenda a hospitalização dos pacientes com AIT com maior risco de AVC (pontuação no escore ABCD² ≥ 3) ou dos pacientes que não possam ser avaliados de forma rápida e adequada a nível ambulatorial no prazo de dois dias, mesmo se apresentarem uma pontuação baixa no escore ABCD².

Essa nova proposta de definição e abordagem dos pacientes com AIT reflete a mudança no conceito do tratamento agudo do AVC isquêmico após a demonstração da eficácia dos trombolíticos. Se hoje é conhecido que a cada minuto transcorrido após um evento isquêmico as chances de salvar o tecido cerebral em risco declinam potencialmente (Saver, Stroke 2006;37:263-266), seria obsoleto manter a definição clássica de 24 horas para definir um AIT, uma vez que isso estimularia uma conduta mais conservadora nos pacientes com AVC candidatos ao tratamento trombolítico. Além disso, alguns estudos sugerem que uma internação breve dos pacientes com AIT tenha uma boa relação custo-benefício, já que a introdução mais precoce de medidas preventivas pode diminuir a chance de AVC e que em alguns pacientes pode-se administrar rt-PA de forma muito mais rápida se os mesmos apresentarem um evento isquêmico subsequente durante a hospitalização. (Johnston *et al.* Neurology 2004;62[Suppl 5]:A220).

Concluindo, é fundamental o diagnóstico precoce e preciso do AIT, além de sua

abordagem adequada. Campanhas de alerta aos sinais e sintomas do AIT/AVC devem ser veiculadas na grande mídia. Os serviços de emergência públicos e privados precisam se estruturar para atender e investigar rapidamente pacientes com AIT.

Luiza Lopes Azevedo

Gabriel R. de Freitas