Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Infarto talâmico bilateral por oclusão da artéria de Percheron: uma etiologia rara de acidente vascular encefálico

Bilateral thalamic infarction due to occlusion of the artery of Percheron: a rare etiology of stroke

Infarto talámico bilateral por oclusión de la arteria de Percheron: una etiología rara de accidente cerebrovascular

Julia de Oliveira do Souto[1], Camila Farenzena Raubach[1], Alana Freitas e Silva[1], Ana Lydia Ruas Samolenko[1], Bruna de Carvalho Santiago[1], Felipe Xavier Caruso[1], Paulo Porto Soares[1], Samuel Santana Corrêa da Silva[1], Tomás Tejerina Sellos Costa Bahia de Almeida[1], Emílio Conceição de Siqueira[1].

RESUMO

Objetivo: Realizar uma revisão da literatura científica sobre o infarto talâmico bilateral causado pela oclusão da artéria de Percheron (AOP), destacando aspectos anatômicos, epidemiológicos, manifestações clínicas, diagnóstico, diagnósticos diferenciais, tratamento e prognóstico. **Revisão bibliográfica:** A AOP é uma rara variação anatômica da circulação cerebral posterior, responsável pela irrigação bilateral da região paramediana dos tálamos e, ocasionalmente, do mesencéfalo rostral. Sua oclusão resulta em um padrão incomum de infarto talâmico bilateral, frequentemente subdiagnosticado devido à inespecificidade dos sintomas, como rebaixamento do nível de consciência, distúrbios oculomotores e déficits de memória. A tomografia pode ser inicialmente normal, enquanto a ressonância magnética é mais sensível, destacando-se o “sinal do V invertido”. Os diagnósticos diferenciais incluem encefalopatias metabólicas, encefalites e trombose venosa cerebral. O tratamento segue os protocolos para AVC isquêmico, com possibilidade de trombólise intravenosa e suporte clínico intensivo. **Considerações finais:** O reconhecimento precoce da AOP é fundamental para o manejo eficaz e a redução de sequelas neurológicas. Profissionais de saúde devem considerar essa rara condição como possível causa de infartos talâmicos bilaterais, especialmente diante de apresentações clínicas atípicas.

Palavras-chave: Acidente vascular encefálico, Tálamo, Artéria cerebral posterior, Variação anatômica.

ABSTRACT

Objective: To review the scientific literature on bilateral thalamic infarction caused by occlusion of the artery of Percheron (AOP), highlighting anatomical, epidemiological, clinical, diagnostic, differential, therapeutic, and prognostic aspects. **Literature review:** The AOP is a rare anatomical variation of the posterior cerebral circulation, supplying the bilateral paramedian thalamic region and, occasionally, the rostral midbrain. Its occlusion leads to an uncommon pattern of bilateral thalamic infarction, often underdiagnosed due to nonspecific symptoms, such as decreased level of consciousness, oculomotor disturbances, and memory deficits. CT scans may initially appear normal, while MRI is more sensitive, with the “V sign” being a

[1] Universidade de Vassouras (UNIVASSOURAS), Vassouras – RJ.

SUBMETIDO EM: 8/2025 | **ACEITO EM: 9/2025** | **PUBLICADO EM: 10/2025**

characteristic finding. Differential diagnoses include metabolic encephalopathies, encephalitis, and cerebral venous thrombosis. Treatment follows protocols for ischemic stroke, including the possibility of intravenous thrombolysis and intensive clinical support. **Final considerations:** Early recognition of AOP is essential for effective management and reduction of neurological sequelae. Healthcare professionals should consider this rare condition as a potential cause of bilateral thalamic infarctions, especially in the presence of atypical clinical presentations.

Keywords: Stroke, Thalamus, Posterior cerebral artery, Anatomical variation.

RESUMEN

Objetivo: Revisar la literatura científica sobre el infarto talámico bilateral causado por la oclusión de la arteria de Percheron (AOP), destacando aspectos anatómicos, epidemiológicos, clínicos, diagnósticos, diferenciales, terapéuticos y pronósticos. **Revisión de la literatura:** La AOP es una rara variación anatómica de la circulación cerebral posterior, responsable del suministro bilateral a la región talámica paramediana y, ocasionalmente, al mesencéfalo rostral. Su oclusión produce un patrón inusual de infarto talámico bilateral, a menudo subdiagnosticado debido a síntomas inespecíficos, como disminución del nivel de conciencia, alteraciones oculomotoras y déficit de memoria. La tomografía computarizada puede ser inicialmente normal, mientras que la resonancia magnética es más sensible, destacando el “signo de la V invertida” como hallazgo característico. Los diagnósticos diferenciales incluyen encefalopatías metabólicas, encefalitis y trombosis venosa cerebral. El tratamiento sigue los protocolos de ictus isquémico, incluyendo trombólisis intravenosa y soporte clínico intensivo. **Consideraciones finales:** El reconocimiento temprano de la AOP es fundamental para un manejo eficaz y la reducción de secuelas neurológicas. Los profesionales de la salud deben considerar esta rara condición como una posible causa de infarto talámico bilateral, especialmente ante presentaciones clínicas atípicas.

Palabras clave: Accidente cerebrovascular, Tálamo, Arteria cerebral posterior, Variación anatómica.

INTRODUÇÃO

O acidente vascular encefálico (AVE) é uma das principais causas de mortalidade e incapacidade adquirida em todo o mundo, com impacto significativo nos sistemas de saúde e na qualidade de vida dos pacientes acometidos. Estima-se que cerca de 15 milhões de pessoas sofram um AVE a cada ano no mundo, sendo que aproximadamente um terço delas evolui para óbito e outro terço apresenta sequelas permanentes (ZAND R, et al., 2020). Os infartos isquêmicos, responsáveis por mais de 80% dos casos, podem acometer diferentes regiões do encéfalo, incluindo áreas menos comuns como o tálamo. Embora os infartos talâmicos representem uma pequena fração dos casos de AVE, seu impacto funcional é significativo, dada a complexidade anatômica e funcional dessa estrutura (KIM JH, et al., 2014; LIN H, et al., 2019).

O tálamo é um centro integrador essencial do sistema nervoso central, atuando como estação de retransmissão sensorial e desempenhando papéis cruciais na regulação do estado de consciência, da cognição, da coordenação motora e da percepção sensorial. Devido a essa multiplicidade funcional, lesões talâmicas, mesmo pequenas, podem gerar manifestações clínicas amplas e potencialmente incapacitantes, como rebaixamento do nível de consciência, déficits de memória, distúrbios sensoriais e oculomotores (KHEIRALLA OAM, 2020; AMARAL MA, et al., 2021).

Dentre os diversos padrões de irrigação arterial dessa região, destaca-se uma variante anatômica pouco frequente: a artéria de Percheron (AOP). Trata-se de um único ramo arterial que emerge do segmento P1 da artéria cerebral posterior e irriga simultaneamente os tálamos paramedianos de ambos os hemisférios, além de parte do mesencéfalo rostral (UZ A, 2007; KOCAELI H, et al., 2013).

A oclusão dessa artéria singular pode provocar um infarto bilateral do tálamo, com apresentação clínica atípica e frequentemente confusa. A ausência de circulação colateral eficaz no território da AOP contribui

para a gravidade do quadro clínico, e a baixa prevalência dessa variação anatômica contribui para o subdiagnóstico (KHANNI JL, et al., 2018).

A apresentação clínica do infarto da AOP é variada, podendo incluir desde confusão mental leve até coma, sendo muitas vezes confundido com quadros infecciosos, metabólicos ou psiquiátricos. A tríade clássica — rebaixamento da consciência, distúrbios oculomotores e amnésia — está presente em menos de 30% dos casos, o que reforça a necessidade de um alto grau de suspeição clínica (GOMES AP, et al., 2020; SNYDER HE, et al., 2020).

Além disso, a tomografia computadorizada, exame inicial mais utilizado nas emergências, muitas vezes não evidencia alterações precoces, sendo a ressonância magnética com difusão o exame de escolha para a confirmação diagnóstica (LIN H, et al., 2019; LÓPEZ-SANROMÁN A, et al., 2019).

Diante da relevância clínica e da escassez de diagnósticos precoces, o presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão da literatura sobre o infarto bilateral do tálamo causado pela oclusão da artéria de Percheron, abordando aspectos anatômicos, epidemiológicos, manifestações clínicas, diagnóstico, diagnósticos diferenciais, tratamento e prognóstico, com foco na importância da familiaridade do profissional de saúde com essa entidade rara para a melhora dos desfechos clínicos.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Anatomia

A artéria de Percheron (AOP) é uma variação anatômica incomum, mas clinicamente significativa, do suprimento vascular da região talâmica paramediana. Essa configuração arterial foi descrita inicialmente por Gérard Percheron em 1973, e se caracteriza por um único tronco arterial originado de um dos segmentos P1 das artérias cerebrais posteriores (ACP), responsável por irrigar simultaneamente os tálamos paramedianos de ambos os hemisférios cerebrais, podendo também suprir o mesencéfalo rostral (UZ A, 2007; KIM JH, et al., 2014).

Em indivíduos sem essa variação, os tálamos paramedianos costumam ser irrigados por múltiplos ramos talamoperfurantes que emergem bilateralmente e de forma independente de cada artéria cerebral posterior. No entanto, quando há presença da AOP, uma única artéria suprime essa bifurcação bilateral, tornando o território irrigado especialmente vulnerável a eventos isquêmicos. A AOP representa uma das quatro variantes descritas para a irrigação dessa região, sendo a menos frequente, com prevalência estimada entre 4% e 11% na população geral (KOCAELI H, et al., 2013; KHEIRALLA OAM, 2020).

O trajeto da AOP se inicia na porção proximal da ACP (geralmente no segmento P1), segue pela cisterna interpeduncular e se ramifica para ambos os lados ao nível dos tálamos paramedianos. Em algumas apresentações, essa artéria pode também perfundir estruturas do mesencéfalo rostral, como o núcleo rubro, a substância cinzenta periaquedutal e o colículo superior, o que amplia ainda mais a gama de sintomas clínicos associados à sua oclusão (LAMOTTE GJ, et al., 2015; LIN H, et al., 2019).

A compreensão dessa anatomia é essencial para os profissionais que atuam na área neurológica, especialmente radiologistas e neurologistas, pois o reconhecimento precoce de alterações nessa configuração vascular pode ser decisivo para o diagnóstico e prognóstico dos pacientes. A dificuldade de visualização direta da AOP por métodos angiográficos convencionais — devido ao seu pequeno calibre e à raridade da sua presença — também contribui para o subdiagnóstico (KHANNI JL, et al., 2018).

A ausência de irrigação colateral significativa no território da AOP explica a gravidade e simetria dos achados clínico-radiológicos em casos de oclusão. Como não existem vias alternativas de suprimento arterial, a interrupção do fluxo sanguíneo nesse único vaso leva a infarto bilateral simultâneo, o que contrasta com a maioria dos AVEs, que costumam ser unilaterais (MUSA J, et al., 2021; GOMES AP, et al., 2020).

O conhecimento aprofundado da anatomia da artéria de Percheron é crucial para a identificação de uma condição rara e frequentemente negligenciada. A compreensão dessa variante não só melhora a acurácia diagnóstica como também direciona condutas terapêuticas mais precisas, com impacto direto na recuperação funcional dos pacientes.

Epidemiologia

O infarto talâmico bilateral por oclusão da artéria de Percheron (AOP) é uma condição rara, representando menos de 1% de todos os acidentes vasculares encefálicos (AVEs) da circulação posterior (ZAND R, et al., 2020). Apesar disso, seu impacto clínico é significativo, uma vez que o tálamo está envolvido em funções críticas como cognição, sensibilidade e regulação do estado de vigília. A baixa incidência relatada pode ser atribuída à dificuldade diagnóstica e à inespecificidade clínica, sugerindo que a condição é subdiagnosticada (LAMOTTE GJ, et al., 2015).

Estudos mostram que os infartos talâmicos compreendem entre 11% e 14% dos AVEs da circulação posterior. Destes, a AOP representa apenas uma pequena fração, variando entre 0,1% e 0,6% de todos os AVCs isquêmicos (SNYDER HE, et al., 2020). A escassez de registros clínicos e relatos de caso limita a compreensão ampla dessa condição.

O perfil dos pacientes é variado, predominando em adultos entre 50 e 70 anos, mas podendo acometer também indivíduos jovens (KHANNI JL, et al., 2018; GOMES AP, et al., 2020). A distribuição entre os sexos é equilibrada (PÉREZ DL, et al., 2014; PEI L, et al., 2018). Fatores de risco comuns incluem hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, fibrilação atrial, aterosclerose e tabagismo (MARTINS RS, et al., 2017; WU L, et al., 2016). Casos isolados também foram associados a estados de hipercoagulabilidade, dissecções arteriais e uso de contraceptivos orais (KHEIRALLA OAM, 2020; MUSA J, et al., 2021).

A subnotificação também decorre da limitação da tomografia computadorizada em detectar lesões precoces nos tálamos, principalmente quando restritas ao território paramediano (KHEIRALLA O, et al., 2021; WOLFE T, et al., 2019). A ampliação do uso da ressonância magnética com sequência de difusão (DWI) tem contribuído para o aumento no diagnóstico dessa condição (LIN H, et al., 2019). Embora a mortalidade seja relativamente baixa, muitos pacientes evoluem com sequelas neurológicas, especialmente se houver atraso no diagnóstico (SNYDER HE, et al., 2020).

Manifestações clínicas

O quadro clínico decorrente do infarto por oclusão da artéria de Percheron (AOP) é notoriamente variável, o que representa um grande desafio diagnóstico, especialmente nas fases iniciais da apresentação. Essa diversidade de manifestações se deve à topografia específica da irrigação realizada pela AOP, que pode acometer bilateralmente os tálamos paramedianos e, em alguns casos, o mesencéfalo rostral (KHANNI JL, et al., 2018; LIN H, et al., 2019). Por esse motivo, os sinais e sintomas neurológicos são altamente dependentes das estruturas envolvidas e da extensão da lesão isquêmica.

A tríade clássica frequentemente associada ao infarto da AOP inclui rebaixamento do nível de consciência, distúrbios oculomotores e déficit de memória. No entanto, essa tríade está presente em menos de um terço dos pacientes (GOMES AP, et al., 2020; SNYDER HE, et al., 2020).

O rebaixamento do nível de consciência pode variar desde sonolência leve até coma profundo, dependendo do grau de comprometimento dos núcleos intralaminares e da região paramediana do tálamo, responsáveis pela regulação da vigília e do estado de alerta (WOLFE T, et al., 2019; MUSA J, et al., 2021).

Alterações oculomotoras estão frequentemente presentes quando o mesencéfalo rostral é acometido. Os achados podem incluir paralisia do olhar vertical, nistagmo, anisocoria, oftalmoplegia internuclear e até sinais de paralisia do nervo oculomotor. A presença de paralisia do olhar vertical conjugado é considerada particularmente sugestiva de acometimento mesencefálico bilateral (LAMOTTE GJ, et al., 2015; KIM JH, et al., 2014). Essas alterações são decorrentes do envolvimento de estruturas como o núcleo intersticial de Cajal e a área pré-tectal.

As alterações mnêmicas são também muito prevalentes, com destaque para a amnésia anterógrada, sendo que em alguns casos também se observa amnésia retrógrada ou amnésia global transitória. Esse comprometimento da memória ocorre em decorrência da interrupção dos circuitos talâmico-hipocampais, como o fascículo mamilotalâmico e as conexões com o giro do cíngulo e o hipocampo, estruturas fundamentais para a consolidação de memórias (WU L, et al., 2016; PEI L, et al., 2018).

Além da tríade clássica, uma variedade de outros sinais e sintomas neurológicos pode ser observada. Déficits motores como hemiparesia e tetraparesia podem ocorrer quando há extensão da lesão ao

mesencéfalo ou quando os núcleos motores talâmicos são acometidos. Alterações na sensibilidade, principalmente hipoestesia e parestesias, também são comuns, podendo ter distribuição bilateral ou assimétrica (KHEIRALLA O, et al., 2020; PÉREZ DL, et al., 2014). A presença de disartria, ataxia, tremores e crises convulsivas também está descrita na literatura, embora com menor frequência (ZAND R, et al., 2020).

Distúrbios psiquiátricos e comportamentais, como apatia, desinibição, agressividade, labilidade emocional e sintomas psicóticos, foram relatados em alguns casos e tendem a ser mais evidentes nos estágios subagudos ou crônicos. Esses sintomas podem dificultar a adesão à reabilitação e impactar negativamente a qualidade de vida do paciente (MARTINS RS, et al., 2017; KHANNI JL, et al., 2018).

Em idosos, a apresentação clínica pode ser ainda mais atípica, com predomínio de confusão mental, delírio, flutuações do nível de consciência e hiporresponsividade a estímulos, podendo ser erroneamente atribuída a demência aguda ou encefalopatia tóxica (KHEIRALLA OAM, 2020; LIN H, et al., 2019). O reconhecimento dessas manifestações clínicas não convencionais é essencial para que o profissional de saúde mantenha alto grau de suspeição diagnóstica diante de quadros neurológicos agudos inexplicáveis.

Uma característica marcante do infarto por oclusão da AOP é a sua simetria anatômica, tanto clínica quanto radiológica, o que o distingue de outros tipos de infarto isquêmico, que geralmente apresentam comprometimento unilateral. Essa simetria pode confundir clínicos pouco familiarizados com o padrão e levar a hipóteses diagnósticas alternativas, como encefalites virais, encefalopatias metabólicas ou doenças neurodegenerativas (SNYDER HE, et al., 2020; WOLFE T, et al., 2019).

Diagnóstico

O diagnóstico do infarto talâmico bilateral por oclusão da artéria de Percheron (AOP) apresenta desafios substanciais, exigindo a integração de dados clínicos, neuroanatômicos e de imagem. A variabilidade e inespecificidade do quadro clínico, aliadas à raridade da variante anatômica, frequentemente resultam em atraso na identificação da patologia (KHANNI JL, et al., 2018; ZAND R, et al., 2020). Por isso, o diagnóstico é considerado um desafio para os profissionais de saúde envolvidos no atendimento neurológico agudo.

O primeiro passo é o reconhecimento da síndrome clínica compatível. Diante de um paciente com rebaixamento inexplicado do nível de consciência, distúrbios oculomotores bilaterais e alterações de memória súbitas, especialmente sem sinais de lateralização neurológica evidente, deve-se suspeitar de infarto bilateral talâmico. A associação desses sintomas a um contexto de risco cardiovascular aumenta ainda mais a probabilidade diagnóstica (MARTINS RS, et al., 2017; LIN H, et al., 2019).

A tomografia computadorizada (TC) de crânio, exame amplamente disponível nas emergências, é frequentemente utilizada como método de triagem inicial. No entanto, sua sensibilidade é limitada nas fases precoces do infarto talâmico, especialmente quando a lesão é de pequeno volume ou não há acometimento mesencefálico associado (PÉREZ DL, et al., 2014; WOLFE T, et al., 2019). Mesmo quando alterações são visíveis, podem ser sutis, como hipodensidades bilaterais na região talâmica paramediana, facilmente confundidas com artefatos ou alterações crônicas.

Diante da suspeita clínica, a ressonância magnética (RM) com difusão (DWI) torna-se o exame de escolha. Ela é altamente sensível para detectar áreas de isquemia aguda e permite a visualização das lesões simétricas e bilaterais nos tálamos, típicas da oclusão da AOP (LIN H, et al., 2019; GOMES AP, et al., 2020). A lesão bilateral com restrição à difusão nas regiões paramedianas é considerada praticamente diagnóstica quando acompanhada da clínica compatível. Quando há envolvimento do mesencéfalo, é comum observar o chamado “sinal do V”, uma hipersinal simétrica nas regiões tegmentares do mesencéfalo nas imagens axiais, o que fortalece ainda mais a hipótese diagnóstica (LAMOTTE GJ, et al., 2015).

A confirmação anatômica da AOP por angiorressonância ou angiotomografia é difícil na maioria dos casos devido ao seu pequeno calibre e à sua origem profunda. Mesmo em aparelhos de alta resolução, a identificação direta da artéria é limitada, sendo mais comum a inferência diagnóstica indireta, por exclusão de outras causas e pela distribuição simétrica das lesões (UZ A, 2007; KHEIRALLA O, et al., 2021). Ainda assim, a angio-RM e a angio-TC são úteis para excluir oclusões proximais de grandes vasos ou aneurismas, bem como para avaliar a anatomia da circulação posterior.

Exames laboratoriais e complementares devem ser realizados para excluir causas mimetizadoras. O painel inclui hemograma, eletrólitos, função renal e hepática, glicemia, provas inflamatórias, gasometria arterial e pesquisa de toxinas, que são úteis para afastar encefalopatias metabólicas ou tóxicas (SNYDER HE, et al., 2020; PEI L, et al., 2018). A punção lombar pode ser considerada quando houver suspeita de encefalite ou meningite, especialmente se o quadro clínico incluir febre, rigidez de nuca ou alterações no líquor.

A investigação etiológica também é essencial para orientar o tratamento secundário e prevenir recorrências. Devem ser incluídos exames como eletrocardiograma, monitoramento ambulatorial prolongado (Holter) para avaliação de arritmias, ecocardiograma transtorácico e transesofágico para identificação de fontes cardíacas de embolia, além de ultrassonografia Doppler de vasos cervicais e avaliação de trombofilias em casos selecionados (WU L, et al., 2016; KHEIRALLA OAM, 2020).

Adicionalmente, é fundamental realizar uma avaliação cognitiva e neuropsicológica nos estágios subagudos, com o objetivo de documentar déficits de memória, atenção, linguagem ou função executiva, auxiliando tanto no diagnóstico quanto no planejamento da reabilitação (MUSA J, et al., 2021).

Diagnósticos diferenciais

Os diagnósticos diferenciais do infarto talâmico bilateral decorrente da oclusão da artéria de Percheron (AOP) exigem uma análise cuidadosa, devido à sua apresentação clínica frequentemente inespecífica e à raridade da condição. A diversidade de manifestações neurológicas torna essencial a distinção com outras enfermidades que podem afetar os tálamos de forma bilateral ou causar rebaixamento do nível de consciência (KHEIRALLA OAM, 2020; KHANNI JL, et al., 2018).

Entre as principais condições a serem consideradas está a encefalopatia metabólica, que pode ocorrer em contextos de disfunção hepática, hipoglicemia, hiponatremia, uremia ou intoxicação exógena. Essas alterações são comuns em pacientes idosos ou com múltiplas comorbidades e o padrão de imagem difusa e simétrica auxilia na diferenciação (SNYDER HE, et al., 2020; LIN H, et al., 2019).

As encefalites virais, como a causada pelo vírus do herpes simples tipo 1 (HSV-1), e a encefalite límbica autoimune também devem ser consideradas, especialmente quando associadas a distúrbios comportamentais, amnésia e febre. No entanto, o acometimento bilateral paramediano do tálamo é menos típico nesses casos e o padrão de restrição à difusão ajuda a distinguir as patologias (WOLFE T, et al., 2019; KHEIRALLA O, et al., 2021).

A encefalopatia de Wernicke, associada à deficiência de tiamina, apresenta-se com a clássica tríade de confusão mental, oftalmoplegia e ataxia, além de acometimento talâmico, hipotalâmico e periaquedutal. A resposta clínica rápida à administração de tiamina é uma importante pista diagnóstica (UZ A, 2007; LAMOTTE GJ, et al., 2015).

A trombose venosa profunda do sistema venoso cerebral profundo, envolvendo as veias cerebrais internas ou o seio reto, também pode levar ao edema talâmico bilateral. Contudo, essa condição geralmente cursa com sinais de hipertensão intracraniana, convulsões e alterações visuais (AMARAL MA, et al., 2021).

Doenças desmielinizantes, como esclerose múltipla e neuromielite óptica, podem simular o quadro da AOP, especialmente quando há envolvimento do tronco encefálico. A evolução subaguda e a presença de lesões disseminadas no tempo e espaço favorecem esse diagnóstico (PEI L, et al., 2018).

Tratamento

O tratamento do infarto decorrente da oclusão da artéria de Percheron segue os mesmos princípios de abordagem do acidente vascular encefálico isquêmico. A prioridade é a intervenção rápida para restaurar o fluxo sanguíneo e prevenir danos irreversíveis ao tecido cerebral. A janela terapêutica para administração de trombólise intravenosa com alteplase é de até 4,5 horas após o início dos sintomas, desde que não haja contraindicações (PEI L, et al., 2018; LAMOTTE GJ, et al., 2015).

Embora a visualização direta da AOP em exames angiográficos seja tecnicamente desafiadora devido ao seu pequeno calibre, a suspeita clínica, aliada aos achados em ressonância magnética, justifica a indicação

de trombólise nos casos elegíveis. A trombectomia mecânica, por sua vez, é indicada em situações de oclusão de grandes vasos proximais, mas sua aplicabilidade na AOP é rara (RAYCHEV R, et al., 2013). Nos casos em que o diagnóstico é realizado fora da janela terapêutica ou a trombólise não é indicada, o manejo clínico deve focar no suporte hemodinâmico, controle rigoroso dos fatores de risco vascular, prevenção de complicações neurológicas e infecções secundárias, além de iniciar precocemente a reabilitação (GOMES AP, et al., 2020; MARTINS RS, et al., 2017).

A reabilitação neurológica tem papel central na recuperação funcional dos pacientes acometidos. Equipes multiprofissionais devem atuar em conjunto, com planos individualizados de fisioterapia motora, reabilitação cognitiva, terapia ocupacional e apoio psicológico. A intensidade e duração da reabilitação variam conforme a gravidade do quadro e a extensão da lesão (WU L, et al., 2016; MUSA J, et al., 2021).

A profilaxia secundária inclui o uso de antiagregantes plaquetários, como ácido acetilsalicílico, e anticoagulantes orais nos casos em que for detectada uma fonte cardioembólica, como fibrilação atrial. A etiologia do evento isquêmico deve ser completamente investigada com exames complementares como Holter, ecocardiograma transesofágico e angiotomografia de vasos cervicais (UZ A, 2007; KIM JH, et al., 2014). Por fim, o acompanhamento ambulatorial contínuo é indispensável, com enfoque na adesão às terapias, controle rigoroso da pressão arterial, glicemia e colesterol, e educação do paciente e familiares quanto à prevenção de recorrências.

Prognóstico

O prognóstico do infarto da artéria de Percheron é altamente variável, dependendo de diversos fatores clínicos e temporais. A extensão da lesão, o tempo decorrido até o início da terapêutica e a presença de envolvimento mesencefálico são determinantes para o desfecho funcional do paciente (ZAND R, et al., 2020; KHANNI JL, et al., 2018). Pacientes tratados precocemente, especialmente aqueles que receberam trombólise, tendem a apresentar maior chance de recuperação funcional completa ou parcial. Por outro lado, o atraso diagnóstico, comum devido à inespecificidade clínica e dificuldade de visualização da AOP, está relacionado a maiores taxas de sequelas neurológicas (KHEIRALLA OAM, 2020; SNYDER HE, et al., 2020).

As sequelas mais frequentes incluem distúrbios de memória, alterações comportamentais, distúrbios do sono, oftalmoplegia persistente, déficit motor e dependência funcional parcial ou total (MARTINS RS, et al., 2017; PEI L, et al., 2018). Estudos apontam que até 50% dos indivíduos não retornam completamente às suas atividades habituais, principalmente quando há envolvimento bilateral extenso. Apesar disso, há relatos de evolução favorável em pacientes com lesões restritas e manejo precoce e adequado. A resposta positiva à reabilitação intensiva, especialmente em pacientes mais jovens e com maior reserva funcional, reforça a importância do acompanhamento multidisciplinar contínuo (MUSA J, et al., 2021; AMARAL MA, et al., 2021).

A evolução clínica deve ser monitorada de forma longitudinal, pois a recuperação neurológica pode ocorrer de forma lenta e progressiva ao longo de meses. Além disso, o suporte familiar e social impacta significativamente na qualidade de vida pós-AVE, devendo ser considerado como parte essencial da abordagem terapêutica global.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O infarto talâmico decorrente da AOP representa uma condição neurológica rara, mas com impacto clínico expressivo. O seu reconhecimento exige conhecimento anatômico detalhado, suspeição clínica e uso adequado de métodos de imagem, especialmente a ressonância magnética com difusão. A variabilidade das manifestações clínicas impõe desafios ao diagnóstico precoce. O tratamento deve ser instituído o mais rapidamente possível, incluindo estratégias de reperfusão quando indicadas e reabilitação intensiva. Apesar do caráter incomum da AOP, sua identificação precoce pode modificar significativamente o prognóstico do paciente, reduzindo sequelas e otimizando a recuperação funcional. Dessa forma, a disseminação do conhecimento sobre essa condição clínica contribui para a melhoria do manejo dos pacientes acometidos por esse subtipo específico de acidente vascular encefálico.

REFERÊNCIAS

1. AMARAL MA, et al. Infarto talâmico bilateral por oclusão da artéria de Percheron: apresentação clínica e achados de imagem. Revista Brasileira de Neurologia, 2021; 57(2): 71-75.
2. CAPLAN LR. Posterior circulation ischemia: then, now, and tomorrow. The Thomas Willis Lecture-2000. Stroke, 2000; 31(8): 2011–2023.
3. FURLAN JC, et al. Bilateral thalamic infarction: report of three cases and review of the literature. Stroke, 1996; 27(11): 2110–2114.
4. GOMES AP, et al. Infarto bilateral do tálamo: Artéria de Percheron. Rev Neurociênc, 2020; 28(3): 1- 4.
5. KHANNI JL, et al. Posterior circulation stroke presenting as bilateral thalamic infarcts: case report and literature review. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 2018; 27(6): e92-e95.
6. KHEIRALLA O, et al. Bilateral thalamic infarction due to occlusion of the artery of Percheron: case report and review. Journal of Clinical Neuroscience, 2020; 72: 477–480.
7. KHEIRALLA O, et al. Diagnosis and management of artery of Percheron infarcts: a contemporary review. Clinical Neurology and Neurosurgery, 2021; 204: 106622.
8. KHEIRALLA OAM. Percheron artery infarction: a rare but important differential diagnosis. Current Neurology, 2020; 18(4): 211-217.
9. KIM JH, et al. Bilateral thalamic infarction associated with artery of Percheron occlusion. Radiology Case Reports, 2014; 9(2): 868.
10. KOCAELI H, et al. Variations in the arterial supply of the thalamus and the midbrain: a microsurgical anatomical study. Clinical Anatomy, 2013; 26(7): 823–832.
11. LAMOTTE GJ, et al. Bilateral paramedian thalamic infarcts due to the artery of Percheron occlusion: A case report and literature review. Radiology Case Reports, 2015; 10(2): 6–9.
12. LIN H, et al. Artery of Percheron infarction: a review of imaging findings. Acta Neurologica Belgica, 2019; 119(2): 173–180.
13. LÓPEZ-SANROMÁN A, et al. Bilateral thalamic stroke secondary to artery of Percheron occlusion: Clinical and neuroimaging findings. J of Stroke and Cerebrovasc Diseases, 2019; 28(6): 1524–1529.
14. MARTINS RS, et al. Infarto bilateral do tálamo: relato de caso e revisão da literatura. Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia, 2017; 36(4): 267-270.
15. MUSA J, et al. Bilateral thalamic infarction due to artery of Percheron occlusion: diagnostic challenges and clinical implications. Stroke Research and Treatment, 2021; Article ID 6620439.
16. PEI L, et al. Clinical spectrum and long-term outcomes of artery of Percheron infarcts: a multicenter study. Stroke, 2018; 49(5): 1290–1296.
17. PÉREZ DL, et al. Bilateral thalamic infarcts: a diagnostic dilemma. Neurohospitalist, 2014; 4(1): 32–35.
18. RAYCHEV R, et al. Bilateral thalamic infarcts: clinical and radiological features. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 2013; 22(7): e344–e348.
19. SARIKAYA B, et al. Artery of Percheron infarction: imaging findings and clinical correlation. Journal of Neuroimaging, 2010; 20(3): 319–322.
20. SCHMAHL C, et al. Bilateral paramedian thalamic infarcts: clinical findings and differential diagnosis. Stroke, 1999; 30(4): 714–719.
21. SNYDER HE, et al. Artery of Percheron infarcts: diagnosis, management, and outcomes. Journal of Neurology and Neurosurgery, 2020; 91(6): 612–617.
22. STINO AM, et al. Artery of Percheron infarction: a rare cause of coma. Journal of Clinical Neuroscience, 2017; 42: 90–91.
23. UZ A. Aneurysms and variations of the artery of Percheron: a report of two cases. Surgical and Radiologic Anatomy, 2007; 29(7): 663–667.
24. WOLFE T, et al. A case of artery of Percheron infarct presenting with severe amnesia and vertical gaze palsy. Journal of Medical Case Reports, 2019; 13: 1-4.
25. WU L, et al. Artery of Percheron infarction: a review of clinical and radiological findings. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 2016; 25(7): 1501–1510.
26. ZAND R, et al. Bilateral thalamic stroke secondary to artery of Percheron infarction: a case series and review of literature. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 2020; 29(2): 104452.