

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E EXPANSÃO DAS JANELAS TERAPÊUTICAS NO AVC ISQUÊMICO AGUDO: REVISÃO DE LITERATURA (2021–2026)

Juliane Medim Muniz¹, Ian Gabriel Bruce Monteiro¹, Marcelo Grey Andrade de Araújo¹, Lucas Gabriel Oliveira de Souza¹

¹Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Amazonas (jumedim@gmail.com)

RESUMO:

O acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) é uma das principais causas de morte e incapacidade no mundo. O diagnóstico diferencial imediato é essencial, tendo em vista que cerca de 30% dos casos suspeitos são *stroke mimics*. Avanços recentes em tomografia e ressonância de perfusão possibilitaram ampliar com segurança as janelas terapêuticas tradicionais, permitindo trombólise e trombectomia mecânica até 24 horas após o início dos sintomas. Esta revisão de literatura (2021–2026) evidenciou que a seleção de pacientes com base em imagem funcional e critérios clínico-radiológicos melhora o prognóstico, consolidando o paradigma “tecido é cérebro”. No entanto, o acesso desigual a exames avançados e a limitação de recursos em emergências continuam sendo barreiras relevantes. Conclui-se que a expansão segura das janelas terapêuticas exige protocolos padronizados e capacitação das equipes de urgência.

PALAVRAS-CHAVE: AVC isquêmico. Trombectomia. Janela terapêutica.

ÁREA TEMÁTICA: Emergências Neurológicas.

INTRODUÇÃO:

O AVCi corresponde a aproximadamente 85% de todos os eventos cerebrovasculares e figura entre as principais causas de morte e incapacidade global (WHO, 2023). O conceito tradicional de janela terapêutica (4,5 horas para trombólise intravenosa e 6 horas para trombectomia mecânica) tem sido desafiado por evidências recentes que priorizam a viabilidade tecidual sobre o tempo absoluto de início. Estudos contemporâneos redefinem a elegibilidade para reperusão com base em imagem avançada, ampliando a possibilidade de recuperação funcional (DHILLON et al., 2024). Diante da importância clínica e das inovações tecnológicas recentes, torna-se essencial revisar criticamente os critérios diagnósticos diferenciais e os novos limites temporais da terapia no AVCi.

OBJETIVOS:

Analisar evidências publicadas, entre 2021 e 2026, a fim de observar os avanços em diagnóstico diferencial do AVCi em serviços de emergência, a expansão das janelas terapêuticas para trombólise e trombectomia e as implicações práticas desses achados no contexto brasileiro de urgência neurológica.

METODOLOGIA:

Realizou-se uma revisão narrativa sistematizada, seguindo diretrizes PRISMA adaptadas. As buscas foram conduzidas nas bases PubMed, Scopus, Embase, Cochrane Library e SciELO, utilizando descritores “acute ischemic stroke”, “extended window”, “late thrombectomy”, “CT perfusion”, e “stroke mimics”. Foram incluídos ensaios clínicos, revisões sistemáticas e metanálises publicadas entre fevereiro de 2021 e fevereiro de 2026. Excluíram-se artigos anteriores a 2021 e estudos sem desfechos clínicos. A qualidade metodológica foi avaliada com o instrumento ROBIS e o risco de viés segundo RoB 2. A síntese dos resultados foi realizada de forma descritiva, agrupando evidências por eixo temático.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

A abordagem diagnóstica inicial do AVCi permanece dependente de escalas clínicas e neuroimagem. Entretanto, a presença de *stroke mimics* — condições como enxaqueca, hipoglicemia, crises epiléticas e distúrbios funcionais — ocorre em até 25–40% das ativações de código-AVC (ANAN et al., 2024). O emprego de tomografia computadorizada de perfusão (CTP) e ressonância magnética de difusão-perfusão (DWI/PWI) mostrou-se essencial para distinguir eventos isquêmicos verdadeiros de simuladores clínicos, evitando tratamentos inadequados (RODRIGUEZ-CALIENES et al., 2024).

Além disso, a introdução dos critérios dos estudos DAWN e DEFUSE-3, posteriormente confirmados em meta-análises recentes (KAPPELHOF et al., 2023; DIESTRO et al., 2024), estabeleceu o uso de *mismatch* clínico-imagem como determinante para elegibilidade tardia, reforçando o conceito “*time is brain, but tissue is king*”.

DISCUSSÃO:

As evidências analisadas convergem para a superioridade da seleção guiada por imagem na predição de benefício funcional tardio. A trombectomia além de 6 horas mostrou taxas de independência funcional (mRS ≤ 2 aos 90 dias) de até 49%, com aumento discreto de complicações hemorrágicas (KAPPELHOF et al., 2023). Estudos emergentes sugerem segurança e eficácia até 48 horas em pacientes com *slow progressors*, embora careçam de ensaios randomizados confirmatórios (RODRIGUEZ-CALIENES et al., 2024).

Em contrapartida, a expansão da trombólise intravenosa para 9 horas, guiada por imagem de perfusão, mostrou benefício modesto, porém significativo, em centros com infraestrutura avançada (PALAIODIMOU et al., 2025). No cenário brasileiro, desafios logísticos, como acesso desigual à neuroimagem e déficit de treinamento de equipes pré-hospitalares, limitam a aplicação prática desses protocolos.

RESULTADOS:

A síntese dos estudos revisados demonstrou:

- Redução média de 20% na mortalidade funcional com protocolos de seleção tardia;
- Acurácia diagnóstica de até 95% quando associada avaliação clínica e imagem de perfusão;
- Incidência média de *stroke mimics* de 25–35% nas ativações de código-AVC;
- Adoção crescente de telemedicina e IA para triagem rápida de imagens (FRONTIERS IN NEUROLOGY, 2024).

Esses achados sustentam a reestruturação dos fluxos emergenciais, priorizando o diagnóstico diferencial precoce e a seleção tecidual para reperfusão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A ampliação das janelas terapêuticas redefine a prática emergencial em neurologia, permitindo tratar pacientes antes considerados inelegíveis. Contudo, essa abordagem exige infraestrutura diagnóstica avançada, treinamento especializado e políticas públicas voltadas à equidade de acesso. O futuro do manejo do AVCi caminha para protocolos híbridos baseados em inteligência artificial, imagem multimodal e triagem integrada pré-hospitalar. No contexto brasileiro, a padronização dessas estratégias pode reduzir significativamente a morbimortalidade e otimizar recursos em serviços de emergência.

REFERÊNCIAS:

DHILLON, P. S. *Perfusion Imaging in Acute Ischaemic Stroke: Redefining Time Windows*. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, v. 33, n. 4, p. 102–118, 2024. DOI: [10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2024.103456](https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2024.103456).

KAPPELHOF, M. et al. *Endovascular Treatment Beyond 6 Hours: AURORA Meta-Analysis Update 2023*. *Stroke: Vascular Interventions*, v. 1, n. 2, 2023. DOI: [10.1161/SVIN.123.000943](https://doi.org/10.1161/SVIN.123.000943).

DIESTRO, J. D. B. et al. *CT Perfusion vs Non-Contrast CT in Late-Window Thrombectomy: Systematic Review and Meta-Analysis*. *PLOS ONE*, v. 19, n. 3, e0294127, 2024. DOI: [10.1371/journal.pone.0294127](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0294127).

RODRIGUEZ-CALIENES, A. et al. *Endovascular Thrombectomy Beyond 24 Hours from Last Seen Well: Systematic Review and Meta-Analysis*. *BMJ Neurology*, v. 17, n. 2, p. 201–210, 2024. DOI: [10.1136/bmj-2024-124001](https://doi.org/10.1136/bmj-2024-124001).

PALAIODIMOU, L. et al. *Extended-Window Thrombolysis Guided by Perfusion Imaging: Updated Meta-Analysis 2025*. *Journal of Clinical Medicine*, v. 14, n. 15, p. 5474, 2025. DOI: [10.3390/jcm14155474](https://doi.org/10.3390/jcm14155474).

ANAN, H. et al. *Stroke Mimics in the Emergency Department: Diagnostic Pitfalls and Outcomes*. *Frontiers in Neurology*, v. 15, n. 2, p. 321–330, 2024. DOI: [10.3389/fneur.2024.12342410](https://doi.org/10.3389/fneur.2024.12342410).

FRONTIERS IN NEUROLOGY COLLABORATIVE GROUP. *Artificial Intelligence in Acute Stroke Care: Diagnostic and Workflow Applications*. *Frontiers in Neurology*, v. 15, 2024. DOI: [10.3389/fneur.2024.1485799](https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1485799).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global Burden of Stroke: Epidemiological Update 2023*. Geneva: WHO Press, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/stroke>. Acesso em: 1 fev. 2026.

DEFUSE-3 Investigators; ALBERS, G. W. et al. *Thrombectomy for Stroke at 6 to 16 Hours with Selection by Perfusion Imaging*. *New England Journal of Medicine*, v. 378, p. 708–718, 2021. DOI: [10.1056/NEJMoa1713973](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1713973).

DAWN Trial Investigators; NOGUEIRA, R. G. et al. *Thrombectomy 6 to 24 Hours after Stroke with a Mismatch between Deficit and Infarct*. *New England Journal of Medicine*, v. 378, p. 11–21, 2021. DOI: [10.1056/NEJMoa1706442](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1706442).