

ANEURISMA GIGANTE DE CARÓTIDA: RELATO DE CASO

GIANT CAROTID ANEURYSM: CASE REPORT

JAQUELINE FERNANDES AMARO DOS SANTOS¹, ROSANA LOPES DE SOUZA MIRANDA^{2*},
ROBERTO FREDERICO KOCH³, ADÉLIA MARIA DOS SANTOS REBELATO⁴

1. Médico Residente do Programa de Cirurgia Vascular do HONPAR – Hospital Norte Paranaense; 2. Médica, Coordenadora do Programa de Residência Médica em Cirurgia Vascular do HONPAR – Hospital Norte Paranaense, Médica Especialista em Cirurgia Vascular; 3 Médico, Preceptor do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral do HONPAR - Hospital Norte Paranaense, Mestre em Bioética pela PUCPR - Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Médico Especialista em Cirurgia Geral e Medicina Intensiva; 4. Mestre em Bioética pela PUCPR - Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Enfermeira Especialista em Ensino e Pesquisa e Auditoria em Saúde.

* Rodovia PR-218, km 01, Araçongas, Paraná, Brasil. CEP: 86702-420. residenciamedica02@honpar.com.br

Recebido em 09/12/2022. Aceito para publicação em 02/01/2023

RESUMO

Aneurismas de artérias carótidas são raros. Representam de 0,1% a 2% de todos os procedimentos em carótidas. Embora raros tem uma taxa de mortalidade de aproximadamente 70%. As principais etiologias são aterosclerose e pseudoaneurismas. No entanto pode-se incluir como causas aneurismas micóticos, displasia fibromuscular e outras condições congênitas. Paciente, 58 anos, feminino, com queixa de massa pulsátil em pescoço há tempo indefinido. Arteriografia de carótida que evidenciou “acentuada sinuosidade com acotovelamento na porção proximal e formação aneurismática em adição ao contorno na porção cervical sugerindo saculação aneurismática. Optou-se por reparo cirúrgico aberto devido características anatômicas do aneurisma. O acompanhamento clínico inviável devido ao risco de embolização pelo tamanho do aneurisma. A cirurgia foi realizada com anestesia geral. Procedimento realizado com sucesso. Encerrada a cirurgia a paciente foi encaminhada a unidade terapia intensiva. Alta hospitalar no segundo dia pós-operatório. Paciente deixou o hospital com queixa de dormência em sítio cirúrgico. Em retorno ambulatorial de 15 dias paciente queixou-se apenas de discreta afonia.

PALAVRAS-CHAVE: Aneurisma de carótida; Aneurisma gigante; Arteriografia; Massa pulsátil em pescoço.

ABSTRACT

Carotid artery aneurysms are rare. They represent 0.1% to 2% of all carotid procedures. Although rare, it has a mortality rate of approximately 70%. The main etiologies are atherosclerosis and pseudoaneurysms. However, mycotic aneurysms, fibromuscular dysplasia and other congenital conditions can be included as causes. Patient, 58 years old, female, complaining of a pulsatile mass in the neck for an indefinite period. Carotid arteriography that showed “accentuated sinuosity with kinking in the proximal portion and aneurysmal formation in addition to the contour in the cervical portion suggesting aneurysmal sacculature. Open surgical repair was chosen due to the anatomic characteristics of the aneurysm. Clinical follow-up is not feasible due to the

risk of embolization due to the size of the aneurysm. The surgery was performed under general anesthesia. Procedure performed successfully. After surgery, the patient was transferred to the intensive care unit. Hospital discharge on the second postoperative day. The patient left the hospital complaining of numbness at the surgical site. In a 15-day outpatient follow-up, the patient complained only of mild aphonia.

KEYWORDS: Carotid aneurysm; giant aneurysm; Arteriography; Pulsatile neck mass.

1. INTRODUÇÃO

Aneurismas são dilatações anormais de artérias. Dependendo de sua localização e calibre da artéria são potencialmente fatais, mesmo quando submetidos a tratamento precoce. Aneurismas de carótidas são condições médicas raras. Representam menos de 2% dos procedimentos realizados em artérias carótidas. Quando diagnosticado essa lesão em carótidas a taxa de óbito é superior a 70%.

Em decorrência da baixa prevalência do caso e da sua alta letalidade existem poucos relatos descritos de aneurisma de carótida extracranianos. O diagnóstico precoce é difícil, visto que não é uma condição comum a rotina médica. Além de demandar exames de imagem que normalmente não estão disponíveis de prontidão na atenção básica.

Com o objetivo de aumentar conteúdo científico e propagar a experiência adquirida na condução de um caso de aneurisma de carótida, esse trabalho traz um relato de caso incomum de um aneurisma de gigante de carótida extracraniana.

2. RELATO DE CASO

Trata-se de um estudo tipo relato de caso, com delineamento descritivo, retrospectivo, observacional e integrativo sem grupo controle. Com caráter retrospectivo e narrativo-reflexivo da atividade cotidiana do angiologista e cirurgião vascular.

Foi realizada a busca em plataformas científicas – Pubmed, Scielo e Google Acadêmico – para referencial teórico e comparação de procedimentos e resultados. Além de contar com o relato cirúrgico pós-operatório e fotos da arteriografia realizada. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Norte Paranaense (HONPAR), respeitando as premissas das pesquisas em seres humanos pela lei 466/12.

Por se tratar de um relato de caso raro que demandava cirurgia de urgência, antecipadamente foi solicitado a paciente a assinatura de um termo de consentimento e livre esclarecido (TCLE) genérico, visto que se tratava de uma situação de urgência médica. No entanto foi elaborado novo TCLE, esse que foi submetido ao CEP e entregue novamente para consentimento da paciente.

Considerando-se que este é um relato de caso já ocorrido, não houve riscos a saúde do paciente inerente a pesquisa. A integridade moral foi mantida através do sigilo das informações do paciente. Assim expondo somente as informações necessárias ao entendimento do desenrolar do caso.

Os benefícios vêm com a adição ao conhecimento científico. Reforçando assim o suporte a comunidade médica quando se deparar com casos similares. Além de disponibilizar informações relevantes a comunidade em geral a respeito da doença.

O caso foi recebido no HONPAR, nos meses de outubro e novembro de 2021. Entre admissão, alta e reavaliação tardia da paciente decorreu período de 30 dias.

Uma paciente do gênero feminino, 58 anos, caucasiana, trabalha com serviços gerais queixa-se de massa pulsátil em pescoço há tempo indefinido, com piora dos sintomas nos últimos seis meses. A paciente nega problemas cardíacos, fenômenos isquêmicos, nega outras doenças, nega uso de medicações de rotina, nega emagrecimento não intencional. Nega tabagismo e etilismo.

Ao exame físico, a paciente se apresentou calma, colaborativa, comunicativa, em bom estado geral. Eupneica, corada, hidratada, anictérica, acianótica.

A inspeção da região cervical apresentava abaulamento a direita sem sinais flogísticos ou ulcerações. A palpação percebeu-se massa pulsátil, com frêmito, móvel, não aderida a planos profundos, não dolorosa e medindo aproximadamente 5x5cm.

Não observado alterações nos exames dos demais aparelhos.

Solicitada arteriografia de carótida que evidenciou “acentuada sinuosidade com acotovelamento na porção proximal e formação aneurismática em adição ao contorno na porção cervical. Saculação aneurismática com óstio bem definidos, contornos regulares, fluxo interno com acentuado turbilhonamento, luz da formação com 5,3X2,7cm (Figura 1e Figura 2).

Optou-se por reparo cirúrgico aberto devido características anatômicas do aneurisma. O *Kinking* e o tamanho impossibilitavam a cirurgia via endovascular. O acompanhamento clínico foi

descartado devido ao risco de embolização pelo tamanho do aneurisma.

A cirurgia foi realizada com anestesia geral, iniciada pela incisão no esternocleidomastóideo anterior.

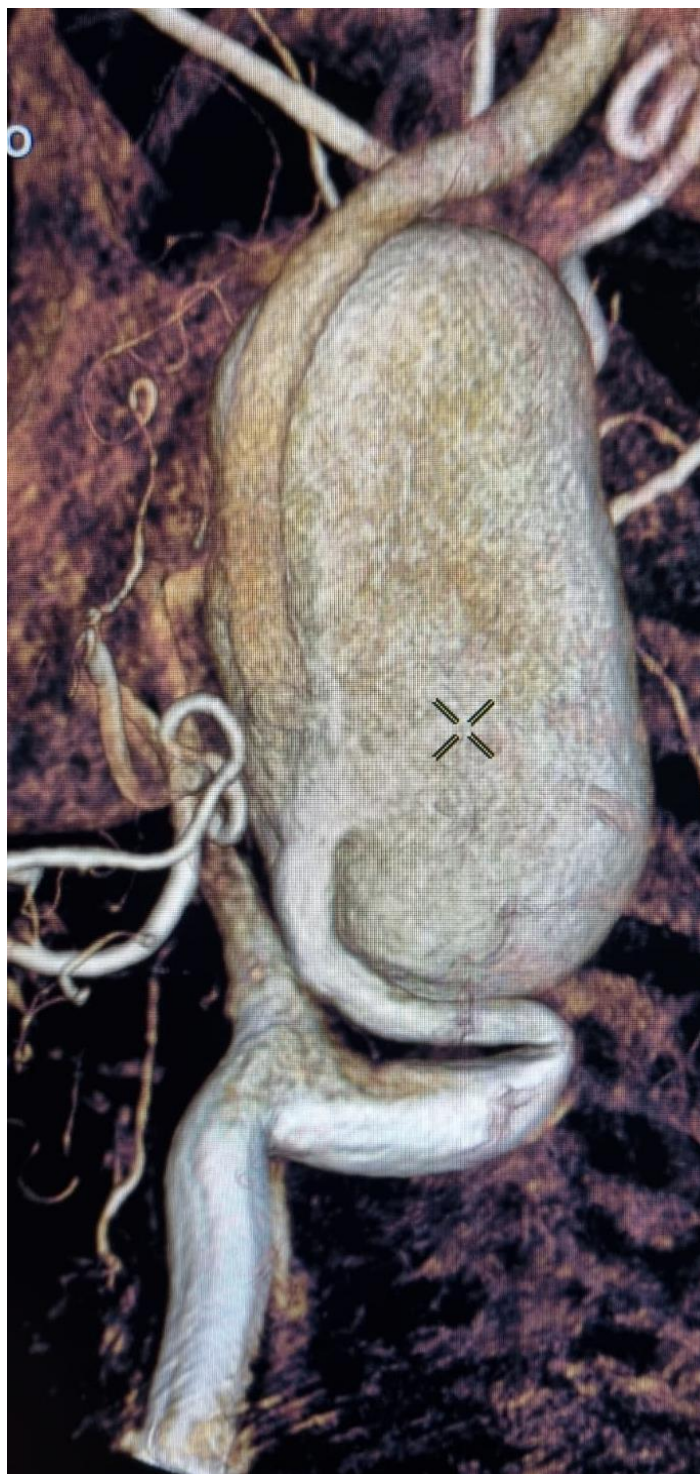


Figura 1. Reconstrução em 3D da dilatação aneurismática de carótida extracraniana a direita obtida através de arteriografia.

Seguido de dissecação por planos até artéria carótida interna distal. Durante a dissecação do aneurisma houve rompimento com sangramento importante. Optou-se então por ligadura e ressecção do aneurisma. Procedimento realizado com sucesso. Encerrada a

cirurgia a paciente foi encaminhada a unidade terapia intensiva.

Recebeu de alta para a enfermaria no primeiro dia do pós-operatório. Alta hospitalar no segundo dia pós-operatório. Paciente deixou o hospital com queixa de dormência em sítio cirúrgico. Em retorno ambulatorial de 15 dias paciente queixou-se apenas de discreta afonia.



Figura 2. Arteriografia mostrando dilatação aneurismática de carótida extracraniana a direita.

3. DISCUSSÃO

Aneurismas são dilatações do diâmetro de um vaso maior que 50% constituído ou não pelas três túnicas arteriais. Qualquer segmento arterial pode ser acometido por essa condição¹.

Os aneurismas de artéria carótida extracraniana (AAE) são definidos por apresentarem diâmetro arterial correspondente a 150% ao da artéria nativa¹.

Os aneurismas de carótidas extracranianas são raros. Esses correspondem a cerca de 1% de todos os aneurismas^{1,2,3,5,7,11}. São condições raras e muito pouco relatadas em literatura, como consequência não há diretrizes bem estabelecidas para tratamento^{1,8,9}. Pouco se sabe sobre sua evolução natural, incidência, fatores de risco, e desfechos^{9,10}.

Existe uma maior prevalência em homens que mulheres, numa relação 2:1^{5,6}. Sendo mais frequente em pacientes entre 50-70 anos^{5,10}.

Dos aneurismas de carótida a localização mais comum são artéria carótida comum próximo a bifurcação, seguida pela artéria carótida interna^{8,10}. Podendo ser unilateral ou bilateral.

O aneurisma de artérias carótidas extracranianas podem ser considerados verdadeiros ou falsos. Os verdadeiros têm como etiologia principal a aterosclerose. Mas também podem ocorrer por infecção de parede arterial, arterites inespecíficas, radioterapia, displasia fibromuscular e doença do tecido conjuntivo^{5,6,8,10}. Os aneurismas falsos ocorrem principalmente por trauma ou iatrogênicos^{8,10}.

Atualmente observa-se aumento no número de casos. No entanto, deve-se provavelmente ao aumento nos diagnósticos de pacientes assintomáticos. Possivelmente devido a maior acessibilidade de exames de imagem^{9,11}.

É mostrado que paciente portadores de aneurismas extracranianos tem elevado risco para acidente vascular cerebral (AVC) e aumento mortalidade quando não tratados^{2,4}. Nos exames de imagem é frequente identificar que os AAE se apresentam trombosados parcial ou totalmente. Isso podendo causar embolização distal ou mesmo compressão de estruturas ou ainda sofrer rompimento⁶. O prognóstico de AAE sem tratamento é geralmente desastroso, cerca de 50% evoluem para AVE por conta da embolização intra-aneurisma¹⁰.

Estes pacientes em sua grande maioria se apresentam-se de forma assintomática ou com sintomas inespecíficos. Geralmente esse quadro é associado com sintomas como: cefaleia, vertigem, hipoacusia, outros sinais compatíveis com disfunção neurológica periférica dos nervos cranianos, edema cervical pulsátil ou não^{1,7}. Quando identificado déficit em decorrência à AVC, síndrome de Horner. E se rotura pode evoluir com déficits neurológicos súbitos, otorragia, epistaxe^{7,10}.

Para o diagnóstico a angiografia convencional é o padrão ouro⁷. Mas outros métodos diagnósticos também podem ser usados como tomografia computadorizada, ressonância magnética ou ultrasonografia com Doppler é importante saber e avaliar o tamanho e extensão exata do AAE, pois será definidor de conduta.

A literatura mostra que na maioria dos casos é indicada a intervenção cirúrgica para AAE para se evitar consequências desastrosas⁵. A taxa de morbimortalidade de pacientes não operados por AAE chega a 70%^{1,6}. O tratamento cirúrgico aberto ainda é considerado padrão ouro desde a operação inicial de Cooper em 1805^{8,11}.

O método de cirurgia aberta consiste em extirpação completa do saco aneurismático seguido de reconstrução arterial com a anastomose término-terminal quando possível^{7,10}.

A técnica endovascular apesar de crescente ainda apresenta limitações devido o grau de tortuosidade da artéria carótida interna, possibilidade de *endoleak*, fratura de *stent*, embolização, vazamento endovascular, e efeito de compressão em aneurismas grandes.

Com o objetivo de aumentar conteúdo científico e propagar a experiência adquirida na condução de um

caso de aneurisma de carótida, esse trabalho traz um relato de caso incomum de um aneurisma de gigante de carótida extracraniana.

4. CONCLUSÃO

Casos raros como o relatado nesse estudo necessitam de exposição à comunidade médica/acadêmica.

A escassa literatura sobre o assunto pode retardar o diagnóstico e a abordagem em casos semelhantes. Haja vista a gravidade e o risco iminente a vida do paciente fazendo-se necessário evidenciar casos como esses, ainda mais quando bem-sucedidos, para dar celeridade e suporte a decisões terapêuticas de outros profissionais quando se depararem com situações similares.

5. REFERÊNCIAS

- [1] Leng NI, Huiling W, Zuo PU, *et al.* Open surgery versus endovascular approach in treatment of extracranial carotid artery aneurysms. *Journal of Vascular Surgery*. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2017.08.093>
- [2] Kaouel K, Mechergui S, Mradj IB, *et al.* Surgical management of extracranial carotid artery aneurysm. *Journal of Vascular Surgery*. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jmv.2012.04.001>
- [3] Galyfos G, Eleftheriou F, Theodoropoulos C. Open versus endovascular repair for extracranial carotid aneurysms. *Journal of Vascular Surgery*. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2021.04.03>
- [4] Feridooni T, Ojeda CC, Lee M, *et al.* Comprehensive Network Meta-Analysis of Outcomes for the Treatment of Extracranial Carotid Artery Aneurysms. *Journal of Vascular Surgery*. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2022.03.167>
- [5] Sabrout R, Coole DA. Extracranial carotid artery aneurysms: Texas Heart Institute experience. *Journal of Vascular Surgery*. 2000. DOI: <https://doi.org/10.1067/mva.2000.104101>
- [6] Lotina S, Davidović L, Kostić D, *et al.* Aneurysms of the carotid arteries. *Srp Arh Celok Lek*. 1997;125(5-6):141-53.
- [7] Darbari A, Arora RK, Sharma R, *et al.* Bilateral Extra-Cranial Internal Carotid Artery Aneurysms in a Young Adult: A Rare Entity. *Cereus*. 2021. Doi: <https://doi.org/10.7759/cereus.16551>
- [8] Pandey AK, Pitchai S, Nair HR. Gargantuan internal carotid artery aneurysm—a surgical challenge. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2021. doi: <https://doi.org/10.1093/icvts/ivab041>
- [9] Vries EE, Laarhoven CIH, Kuijff HJ, *et al.* Volumetric assessment of extracranial carotid artery aneurysms. *Scientific Reports*. 2019. doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-019-44553-0>
- [10] Welleweerd JC, Borst GJ. Extracranial Carotid Artery Aneurysm: Optimal Treatment Approach. *European Journal of Vascular et Endovascular Surgery*. 2015; 49(3). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2014.11.007>
- [11] Fankhauser GT, Stone WM, Fowl RJ, *et al.* Surgical and medical management of extracranial carotid artery aneurysms. *Journal of Vascular Surgery*. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2014.07.092>