

TUMOR DE GLOMUS CAROTÍDEO – RELATO DE CASO

AUTORES

Manno, R S
Maciel G N C
Gabriel, S A
Salicio, F B
Discentes UNILAGO

ABSTRACT

Carotid glomus tumors are rare neoplasms, with a less than 0,5% of incidence. They are derivatives of paraganglionic system, and are located on the carotid bifurcation. They are highly vascularized, and the growth is slow, in the majority they show benign aspects. They can be unilateral or bilateral. Usually occur, between the third and sixth decade of life, predominantly affects women. This article reports the case of a patient that was diagnosed with this neoplasm, and submitted to surgical treatment.

KEYWORDS

Paraganglioma, carotid structure, carotid glomus

Tumores de glomus carotídeo são neoplasias raras, com incidência inferior a 0,5%. Derivados do sistema paraganglionar e localizados na bifurcação carotídea. São altamente vascularizadas, e de crescimento lento, apresentando aspectos benignos em sua grande maioria. Podem ser unilaterais ou bilaterais. Ocorrem geralmente, entre a terceira e sexta década de vida, acometendo predominantemente o sexo feminino. Este artigo relata o caso de uma paciente que foi diagnosticada com essa neoplasia, e submetida ao tratamento cirúrgico.

Paraganglioma; Corpo carotídeo; Glomus carotídeo.

1. INTRODUÇÃO

O corpo carotídeo é uma estrutura ovóide, derivado de elementos ectodérmicos da crista neural e mesodérmicos do arco braquial. Situado no tecido periadventicial da bifurcação carotídea, suas dimensões concentram-se entre 5 a 7 mm de comprimento e 2,5 a 4 mm de diâmetro. Está em íntimo contato com os nervos: glossofaríngeo, laríngeo superior e vago. Sua irrigação depende dos *vasa vasorum* de ramos das artérias vertebrais e carótida externa. (Brito et al, 2014, Gad et al, 2014).

Os tumores de corpo carotídeo, também denominados de quimiodectomas, tumores glômico, paragangliomas. São neoplasias raras, com incidência menor que 0,5%. Habitualmente ocorrem entre a terceira e a sexta década de vida predominando sobre o sexo feminino. São benignos em sua grande maioria 60 – 70%, bem delimitados e altamente vascularizados. Sua etiologia ainda é desconhecida, mas fatores ambientais, como a hipoxemia crônica, em pessoas que vivem em altas altitudes, e hereditários, como as mutações em genes do complexo succinato desidrogenase foram descritas como possíveis causas de seu desenvolvimento. (Brito et al, 2014; Hua, Xu& Jiang, 2017; Fruhmann et al, 2013).

A presença de massa cervical pulsátil, assintomática, com mobilidade latero-lateral e fixo na vertical (Sinal de Fontaine), e de crescimento lento, constitui sua apresentação mais comum. Os aneurismas de artéria carótida, nódulos linfáticos, cistos branquiais e as neoplasias da tireóide são diagnósticos diferenciais que devem ser excluídos durante o exame físico e a investigação complementar. Sua proximidade com nervos cranianos, em

especial o nervo glossofaríngeo, pode levar a disfagia, disfonia, tosse e síndrome de Horner, decorrentes da compressão tumoral. (Brito et al, 2014; Ma et al, 2010).

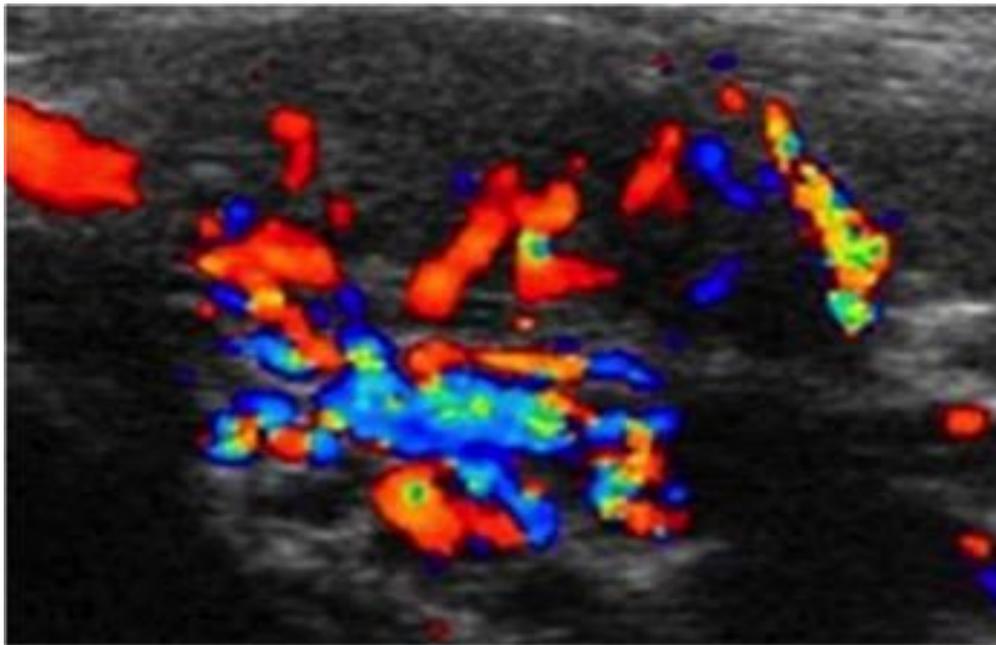
compressão tumoral. (Brito et al, 2014; Ma et al, 2010).

O objetivo do trabalho foi relatar, de modo descritivo, o caso de um paciente diagnosticado com Tumor de Glomus Carotídeo, o qual foi submetido ao tratamento cirúrgico.

2. RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 68 anos, chega em nosso serviço apresentando massa cervical de crescimento lento, pulsátil a direita. Nega histórico de aneurisma. Ao exame físico: Massa pulsátil com mobilidade latero-lateral (Sinal de Fontaine), e ausência de mobilidade vertical. Foi submetida ao ultrassom doppler que evidenciou perviedade do sistema carotídeo com presença de massa hipervascularizada entre a carótida interna e a carótida externa, sugestivo de tumor de glomus carotídeo.

Figura – 1: Ultrassom Doppler Colorido de Artérias Carótidas. Massa hipervascularizada de baixa resistência sugestiva de tumor de glômus carotídeo.

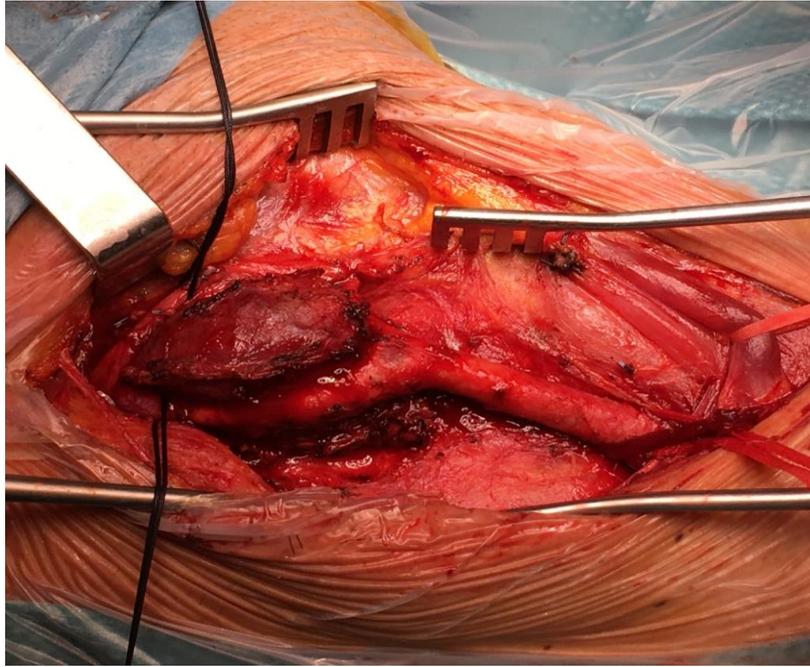


Fonte: Autoria própria.

Para confirmação diagnóstica, foi solicitado uma Angiotomografia cervical que evidenciou a massa entre as carótidas interna e externas.

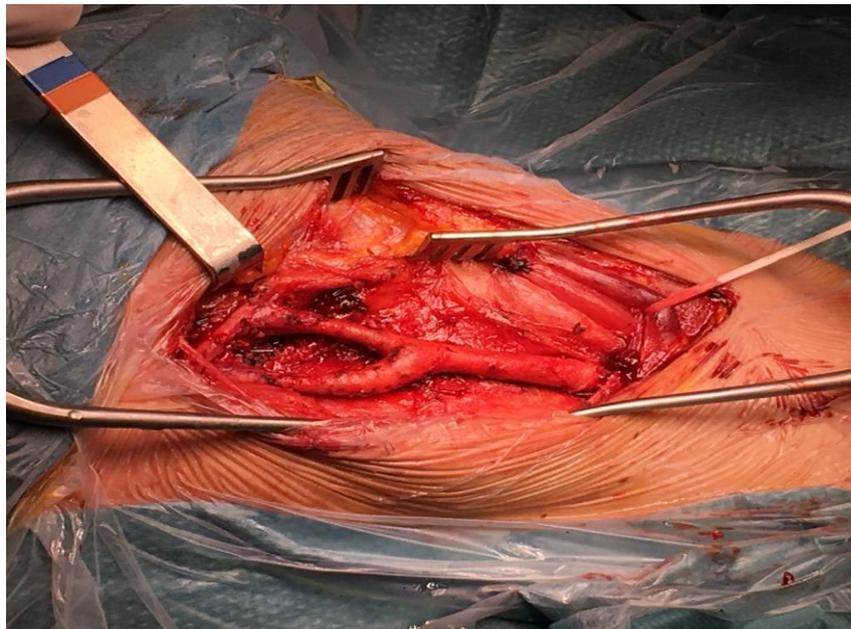
A paciente foi submetida ao tratamento cirúrgico com cervicotomia e exposição das artérias carótidas. Foi realizado descolamento minucioso da tumoração glômica com preservação das artérias carótidas interna e externa

Figura 2 - Imagem intraoperatória. Tumoraçãoglômica entre artérias carótida interna e externa



Fonte: Autoria própria.

Figura 3 - Imagem intraoperatória. Aspecto cirúrgico após ressecção de tumor de glômus carotídeo. Nota-se importante separação entre artérias carótidas interna e externa.



Fonte: Autoria própria.

Após a ressecção cirúrgica do tumor de glomus, a paciente evoluiu bem, sem sintomas cerebrovasculares.

3. DISCUSSÃO

O sistema paraganglionar, derivado da crista neural, é constituído de células neuroendócrinas extra-renais, as quais se assemelham as células cromafins da medula da supra-renal. Além do corpo carotídeo, estes paragânglios podem ser encontrados no ouvido médio, arco aórtico, nervo vago. (Moraes et al, 2008).

Os tumores de glômus carotídeo são, dentre os paragangliomas, os mais freqüentes, com incidência de 1 :1.170.000. Contudo corresponde a 0,6% dos tumores cervicais. A taxa de funcionalidade parece estar relacionada a chance de malignidade, e se concentra entre 1% a 3% dos tumores, podendo estes, apresentarem sinais característicos da liberação de catecolaminas como: sudorese, hipertensão, taquicardia. A presença de metástases para fígado, pulmões, rins, ossos, comprova o caráter de malignidade do tumor. Na maior parte dos casos apresentam-se unilaterais. No entanto podem surgir bilateralmente em 5% dos casos, podendo chegar até 32% quando há herança familiar (autossômica dominante). (Sousa et al, 2000).

A apresentação clínica, em geral, é inespecífica, muitas das vezes sendo um achado incidental. Logo, faz-se necessário a utilização de exames subsidiários para prosseguir com a investigação. A ultrassonografia é o exame de primeira escolha por ter menor custo e não ser invasivo. Pode evidenciar massa sólida, não invasiva presente na bifurcação carotídea. Quando associada ao Doppler, consegue revelar áreas de turbilhonamento de fluxo e hipervascularização, além de excluir outras patologias como os aneurismas de carótida e linfonodos. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética são eficazes para obtenção de dados referentes á localização, extensão, relação anatômica com estruturas adjacentes, e a natureza vascular do tumor, direcionando o planejamento cirúrgico. A angiografia permite fazer o mapeamento vascular da região, sendo relevante para terapêutica com embolização arterial. A biopsia esta formalmente contra indicada pelo alto risco de hemorragia. (Lima et al., 2008).

A cirurgia é o tratamento de escolha, tendo em vista evitar os sintomas compressivos, e metastação. Requer muita habilidade e conhecimento das técnicas cirúrgicas. Pois além dos riscos oferecidos pelo próprio tumor, a região a ser abordada, é detentora de estruturas nobres como: artérias carótidas, nervo vago e glossofaríngeo, os quais se danificados podem assim permanecerem por toda a vida. (Fonfach et al, 2009).

Shamblin et al, classificaram os tumores de corpo carotídeo em três grupos de acordo com a circunferência e o grau de aderência. Grupo I, são tumores de pequena circunferência e sem aderência aos vasos, logo podem ser ressecados sem causar danos as estruturas adjacentes. Grupo II, são tumores de média circunferência e pequena aderência, apresentando difícil ressecção e ás vezes, necessidade de revascularização. Grupo III, são tumores de grandes circunferência e alta aderência, aumentando significativamente chance de lesões vasculares. (Junior et al, 2016; Burihan et al, 1997).

A abordagem cirúrgica pela técnica de dissecação subadventicial, descrita por Gordon-Taylor, se faz muito útil para remoção do tumor. A ressecção em bloco é utilizado em casos que não é possível separar a artéria do tumor, sendo necessário a reconstrução do vaso. O pinçamento da carótida externa, diminui a irrigação do tumor, e facilita sua mobilização. A complicação mais comum, são lesões nervosas que ocorrem em 20 a 40% dos casos. Os nervos mais acometidos são: hipoglosso e laríngeo superior, devido sua intima relação anatômica. O AVE isquêmico, pode acontecer em 5% dos casos, quando há necessidade de ligadura da carótida interna, sua probabilidade sobe para 60%. A sobrevida dos pacientes tratados cirurgicamente é semelhante á da população da mesma idade e sexo. Em 6% dos casos, pode ocorrer recorrência. O acompanhamento deve ser feito anualmente, a fim de evitar complicações e metástases. (Junior et al, 2016).

4. CONCLUSÃO

Tumores de glômus carotideo, são paragangliomas raros, da qual o diagnóstico pode ser feito por meio da semiologia médica e principalmente por métodos de imagem. É de suma importância o seu conhecimento pelo

médico, pois faz parte de uma ampla lista de massas patológicas que afetam a região cervical, e que devem ser investigadas, com o intuito de descartar prováveis complicações. O tratamento definitivo é cirúrgico, sendo importante o acompanhamento anual, para evitar possíveis intercorrências.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRITO, Carlos José de; **CIRURGIA VASCULAR**. Revinter; Rio de Janeiro; 2014.

Ma D, Liu M, Yang H, Ma X, Zhang C Diagnosisandsurgicaltreatmentofcarotidbody tumor: A reportof 18 cases. **J CardiovascDis Res** 2010; 1: 122-4.

Fruhmann J, Geigl JB, Konstantiniuk P, Cohnert TU. Paragangliomaofthecarotidbody: treatmentstrategyand SDH-gene mutations. **Eur J VascEndovascSurg** 2013; 45: 431-6.

Gad A, Sayed A, Elwan H, Fouad FM, KamalEldin H, Khairy H, Elhindawy K, TahaA, Hefnawy E CarotidBodyTumors: A Review of 25 Years Experience in Diagnosisand Management of 56 Tumors. **Ann VascDis**2014;7:292-9.

Sousa et al. Tumores de corpo carotídeo: revisão de oito casos e abordagem cirúrgica. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** Vol.58 n.2ª São Paulo June 2000.

Lima A et al. Tumor de glomus carotídeo. **RevSocBraClinMed** 2008; 6(4) 156-159.

Junior N et al. Tumor de corpo carotídeo (paraganglioma): relato de dois casos submetidos a tratamento cirúrgico. **J VasBra.** 2016 Abr-Jun; 15(2):158-164.

Fonfach C et al. Tumor de glomus carotídeo, a propósito de um caso. **Cuad. Cir.** 2009; 23: 28-32.

Hua Q, Xu Z, Jiang Y. Diagnosis and surgical treatment of carotid body tumor: A retrospectiveanalysis of 58 patients. **OncologyLetters.** 2017; 14: 3628-3632.

Pacheco-Ojeda LA, Carotid body tumors: Surgical experience in 215 cases, **Journal of Cranio-MaxillofacialSurgery**(2017)

Burihan M et al. Tumor de corpo carotídeo: relato de dois casos. **CirVascAngiol.** 1997; 13: 13-18.

Moraes G, Vale B, Ribeiro S, Sousa M, Saraiva M. Paraganglioma bilateral de corpo carotídeo: relato de dois casos. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v 37, n 03, p. 182 – 183, Julho / Agosto / Setembro 2008.