

TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE ARTÉRIA CARÓTIDA - RELATO DE CASO

AUTORES

VALERETO, Amábile

Discente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

BARALDI, Bianca

Discente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

TELES, Victória

Discente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

GABRIEL, Sthefano

Docente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

RESUMO

Os aneurismas de artéria carótida são raros e apresentam alto índice de complicações. Devido ao seu crescimento no sentido da região cranial, seu acesso cirúrgico representa um desafio para o cirurgia vascular. Quando volumosos, o tratamento endovascular constitui a melhor opção para seu tratamento. Os autores relatam o caso de uma paciente de 68 anos que chega ao nosso serviço apresentando volumosa massa pulsátil em região cervical direita. Realizados exames de imagem foi confirmado o diagnóstico de Aneurisma de Artéria Carótida Interna. Optou-se pelo tratamento endovascular percutâneo, com inserção de WallStent em artéria carótida, evoluindo bem.

PALAVRAS - CHAVE

Palavras – Chave: aneurisma, artéria carótida, tratamento endovascular, wallstent.

ABSTRACT

Carotid artery aneurysm are rare and have a high rate of complications. Due to its growth towards the cranial region, its surgical access represents a challenge for vascular surgery. When bulky, endovascular treatment is the best approach for its treatment. The authors report the case of a 68-years-old patient who was admitted at our services presenting a massive pulsatile mass in the right cervical region. Imaging exams confirmed the diagnosis of

Internal Carotid Artery Aneurysm. Percutaneous endovascular treatment was chosen, with WallStent insertion into the carotid artery, which evolving well.

Keywords: aneurysm, carotid artery, endovascular treatment, Wallstent.

1- INTRODUÇÃO

A artéria carótida interna (ACI) extracraniana tem aproximadamente 8 cm de comprimento, estendendo-se desde sua bifurcação no bulbo carotídeo até o canal carotídeo. Os aneurismas verdadeiros da artéria carótida interna são raros, correspondendo a 0,4-4% dos aneurismas periféricos. Devido a esse fato, é difícil estabelecer a história natural dessa patologia. A degeneração aneurismática da artéria carótida interna extracraniana está relacionada a arteriosclerose, arterites, displasia fibromuscular, trauma e dissecções. ^{1,4}

Clinicamente apresentam-se como massas pulsáteis junto ao ângulo da mandíbula, sendo portanto, um diagnóstico diferencial de massas cervicais. Os pacientes podem se apresentar assintomáticos ou com quadros de rouquidão e disfagia devido as relações anatômicas dos vasos. Ademais, o crescimento progressivo da dilatação aneurismática pode levar a condições neurológicas tanto por compressão nervosa quanto pela formação de um trombo dentro do saco aneurismático que pode resultar em embolização e acidente vascular cerebral. ^{1,5}

Em razão do risco de acidente vascular, ruptura e compressão de estruturas adjacentes, indica-se tratamento cirúrgico. Uma série de técnicas cirúrgicas vem sendo empregadas, além das opções endovasculares, que são geralmente utilizadas em pacientes de alto risco pelos benefícios de ser menos invasiva. ^{1,4} Neste trabalho, os autores relatam o caso de uma paciente portadora de aneurisma de artéria carótida interna direita, tratada por cirurgia endovascular.

2- RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 68 anos, vem encaminhada ao nosso serviço devido volumosa massa pulsátil em região cervical direita. O ultrassom Doppler de artérias carótidas evidenciou a presença de massa vascularizada, sacular, em segmento de artéria carótida interna direita com trombo mural

(Figura 1). Diâmetro total da artéria carótida interna: 2,82 x 3,90 cm.



Figura 1- Massa vascularizada, sacular, em segmento de artéria carótida interna com trombo mural ao Doppler.

O paciente foi submetido a Angiotomografia de carótidas e artérias intracranianas com o intuito de confirmar o achado ultrassonográfico, sendo evidenciado volumoso aneurisma da artéria carótida interna em sua porção extracraniana (Figura 2 e 3). Diâmetro total da artéria carótida interna: 37 x 39 mm.



Figura 2- Volumoso aneurisma de artéria carótida interna direita pela Angiotomografia.



Figura 3- Volumoso aneurisma de artéria carótida interna.

Devido a localização próximo ao ângulo da mandíbula e ao diâmetro do aneurisma da artéria carótida, foi optado pelo tratamento percutâneo por cirurgia endovascular. A artéria femoral direita foi cateterizada, com passagem de introdutor 6 Fr e fio guia hidrofílico. Com auxílio de cateter guia 6 Fr Headhunter, a artéria carótida comum direita foi cateterizada.

Para seletivação da artéria carótida interna, foi utilizado micro-guia 0.014 e micro cateter. O stent Wallstent 30x60 mm foi posicionado e liberado, excluindo o aneurisma de artéria carótida interna direita (Figura 4). A angiogramografia de controle realizada após 1 ano do tratamento endovascular demonstrou exclusão do aneurisma de carótida e perviedade do stent vascular (Figura 5).



Figura 4 - Aneurisma de artéria carótida direita excluído após colocação de Wallstent.

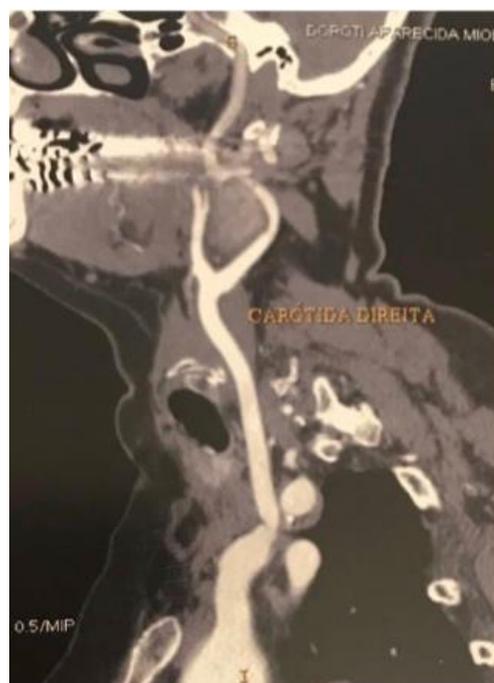


Figura 5 - Angiotomografia realizada após 1 ano demonstrou exclusão de aneurisma de artéria carótida e perviedade do stent vascular.

3- DISCUSSÃO

Os aneurismas de artéria carótida apresentam alto risco de complicações, sendo elas a embolização cerebral, ruptura, e compressão de estruturas adjacentes. Devido isso a intervenção cirúrgica é indicada, afim de reduzir as chances de possíveis déficits neurológicos e até mesmo o óbito. As opções terapêuticas variam desde técnicas de cirurgia aberta, onde é possível realizar anastomoses primárias, derivações com a artéria carótida externa ou enxertos com artéria, veia ou próteses sintéticas, até abordagens endovasculares, com a colocação de endopróteses (como a Wallstent utilizada na paciente abordada por este relato, que corresponde à um tipo metálico e auto-expansível), e também realização de embolizações.^{1,2}

Nas últimas décadas, a opção cirúrgica aberta de ressecção do aneurisma e reconstrução da artéria carótida foram consideradas padrão-ouro no tratamento. Porém, nos anos 90, com os avanços em materiais e dispositivos utilizados, e aumento da acessibilidade das técnicas endovasculares, este tipo de abordagem veio se tornado cada vez mais atraente, demonstrando resultados a curto, médio e longo prazo bastante

entusiasmadores. Alguns estudos apontam um sucesso de 98,8% na realização dessa técnica, uma mortalidade aos 30 dias após procedimento de 1,2%, e uma taxa combinada de acidente vascular cerebral/ morte de 4,3%, demonstrando eficiência e segurança.

Tal via é indicada principalmente para pacientes de alto risco, que seriam os idosos, pacientes que apresentam oclusão carotídea contralateral, que já tenham sofrido acidente vascular cerebral prévio, e que já tenham sido operados, pois diminui as complicações referentes às exposições anatômicas da região e ao clampeamento das artérias carótidas, apresentando o benefício de ser menos invasiva.² Além disso, a abordagem endovascular é favorável em pacientes com localização aneurismática alta ou que possuem condições hostis do pescoço devido cirurgia ou radioterapia prévia, o que é um desafio para a realização de cirurgia aberta.

Ademais, estudos previamente publicados também já demonstraram menor incidência de lesões de nervo craniano no pós-operatório, tempo de internação hospitalar mais curto em relação à via aberta, e bons resultados, tanto precocemente, quanto em 5 anos após o procedimento.³ Entretanto, as dificuldades técnicas devido a variações anatômicas, diâmetros dos dispositivos utilizados e curvaturas da artéria devem ser consideradas na indicação do tratamento endovascular para que ele se torne bem-sucedido.¹

Com isso, a abordagem endovascular deve ser particularmente considerada uma alternativa em pacientes com aneurisma de carótida com localização distal envolvendo a base do crânio, com condições desfavoráveis do pescoço, ou com pseudoaneurisma de carótida não infectado. Demonstrando assim, que as indicações sobre quais tipo de intervenção devem ser escolhidas baseia-se na individualidade, sendo cada uma adaptada à cada caso.³

4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Hafner L, Almeida MJ, Moreno JB, Uvo SAB, Nunes AP, Utida R, Uchôa P, Frejuelo M. **Aneurisma de artéria carótida interna**. J Vasc Bras. 2013 Mar; 12(1):40-44.

Costa Jr JR, Cano MN, Oliveira DC, Kambara AM, Moreira AC, Queiroz R, Cano S, Sousa AGMR, Sousa JEMR. **Implante Percutâneo de Endopróteses nas Artérias Carótidas**. Arq Bras Cardiol, volume 80 (no 1), 71-76, 2003.

Ni L, Weng H, Pu Z, Zheng Y, Liu B, Ye W, Zeng R, Liu C. Open surgery versus **endovascular approach in treatment of extracranial carotid artery aneurysms**. J Vasc Surg 2017; 67:1-9.

Argenta R, Braun SK. **Surgical repair of an extracranial carotid aneurysm**. J Vasc Bras. 2015 Jan.-Mar.; 14(1):84-87.

GARCIA, Marcio Ricardo Taveira et al . **Aneurisma da artéria carótida interna extracraniana: relato de caso**. Radiol Bras, São Paulo , v. 37, n. 4, p. 295-297, Aug.2004.

