

# Aneurisma de carótida interna extracraniano mimetizando tumor glômico

Extracranial internal carotid artery aneurysm presenting as glomus tumor

Luiz Antonio Della Negra<sup>1</sup>, Cesar Augusto Simões<sup>1</sup>, Fábio Henrique Rossi<sup>2</sup>, Kleiton Gabriel Ribeiro Yamaçake<sup>3</sup>, Samara Novak Maiorana<sup>1</sup>, Emílio Lopez Couto<sup>1</sup>, Sérgio Monteiro Uchoa<sup>1</sup>, Milton Inoue<sup>1</sup>

## Resumo

Aneurismas de carótida interna extracranianos (ACIE) são raros e o diagnóstico pode ser feito com ultrassonografia, tomografia computadorizada com contraste, ressonância nuclear magnética e angiografia. Este último é fundamental para definir a anatomia vascular e a melhor estratégia para o acesso operatório. O objetivo deste trabalho é apresentar e discutir um caso de aneurisma de artéria carótida interna extracraniano cujo diagnóstico definitivo foi realizado no intraoperatório, uma vez que, embora este diagnóstico tenha sido sugerido pela ultrassonografia pré-operatória, a tomografia computadorizada e a ressonância nuclear magnética com reconstrução arterial indicaram tratar-se de um tumor glômico.

**Palavras-chave:** Aneurisma; artéria carótida externa; angiografia; tumor glômico.

## Abstract

Extracranial internal carotid artery aneurysm is rare and the diagnosis is made by ultrasonography, computed tomography scan with contrast, magnetic resonance imaging and carotid angiography. The latter is important to define the vascular anatomy and best surgical approach. The aim of this study is to present and discuss a case of extracranial internal carotid artery aneurysm diagnosed intraoperatively. Ultrasonography suggested a carotid artery aneurysm but CT and angiographic nuclear scanning erroneously indicated a glomus tumor.

**Keywords:** Aneurysm; carotid artery, external; angiography; glomus tumor.

**Recebido:** 4/6/2007

**Revisado:** 21/11/2008

**Aprovado:** 31/8/2010

Trabalho realizado no Hospital São Caetano, São Caetano do Sul (SP), Brasil

<sup>1</sup> Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital São Caetano, São Caetano do Sul (SP), Brasil

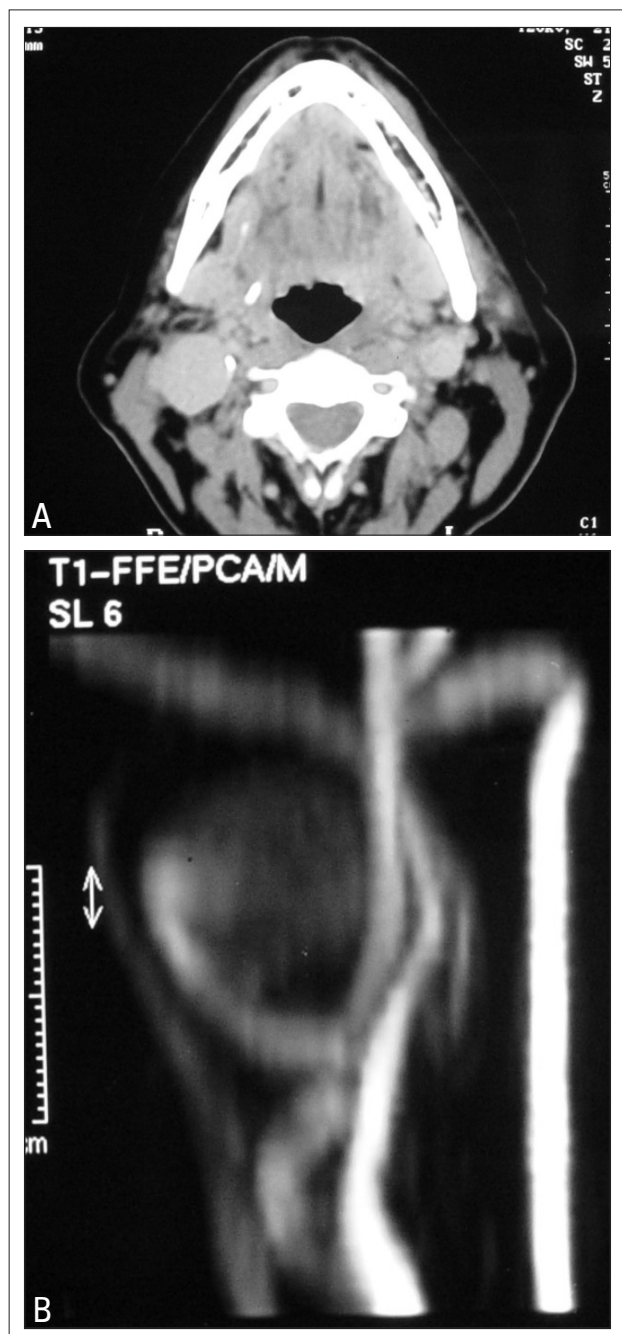
<sup>2</sup> Departamento de Cirurgia Vascular do Hospital São Caetano, São Caetano do Sul (SP), Brasil

<sup>3</sup> Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo (SP), Brasil

**Autor para correspondência:** Luiz Antonio Della Negra – Hospital São Caetano – Rua Espírito Santo, 277 – Santo Antonio – CEP 09530905 – São Caetano do Sul (SP), Brasil. – Tel.: (11) 2889-7000 – e-mail: dirtecnica@hospitalsaocaetano.com.br

## Introdução

Aneurismas de carótida interna extracranianos (ACIE) são raros, e representam cerca de 0,4 a 1% de todos os aneurismas arteriais<sup>1</sup>. O diagnóstico pode ser feito com o auxílio dos seguintes exames: ultrassonografia com ou sem a análise espectral “doppler”; tomografia computadorizada com contraste; ressonância nuclear magnética e arteriografia. Este último é fundamental para a definição da anatomia vascular e da melhor estratégia para o acesso operatório.



**Figura 1** – (A) Corte tomográfico axial da região cervical de paciente com lesão carotídea à direita (seta), sugerindo um tumor do corpo carotídeo. (B) Imagem obtida pela ressonância nuclear magnética com reconstrução vascular da artéria carótida interna, sugerindo glômus carotídeo (seta).

A literatura é consensual quando relata o uso da arteriografia para diferenciação diagnóstica entre o ACIE e tumores carotídeos<sup>2,3</sup>, porém atualmente vem sendo amplamente realizada a angiografia não-invasiva pela reconstrução tridimensional das imagens obtidas por tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética. A vantagem da angiografia convencional é a possibilidade de embolizar um tumor glômico no pré-operatório, procedimento não obrigatório, porém bastante útil quando realizado.

A etiologia dos aneurismas de carótida interna extracranianos pode ser traumática ou ocasionada por dissecação espontânea. A ocorrência bilateral dessa lesão é infrequente, porém quando ocorre, sugere displasia fibromuscular, aterosclerose ou doença do tecido conectivo<sup>4</sup>. As manifestações clínicas variam desde massas assintomáticas até sintoma obstrutivo por tumor em orofaringe<sup>4</sup>, cefaleia crônica, neuralgia do nervo glossofaríngeo<sup>3</sup> e déficits neurológicos secundários a um processo isquêmico<sup>2</sup>. Sua localização mais comum varia com a etiologia, sendo os traumáticos no local da injúria e os dissecantes no segmento proximal ou na bifurcação da artéria carótida comum<sup>4</sup>.

O objetivo deste trabalho é apresentar e discutir um caso de aneurisma de artéria carótida interna extracraniano cujo diagnóstico definitivo foi realizado no intraoperatório, uma vez que a angiografia e a ultrassonografia sugeriram tumor glômico.

## Relato do caso

Mulher de 67 anos de idade procurou atendimento para avaliação de massa cervical direita, com crescimento lento e progressivo há dois anos, sem sintomas associados, medindo aproximadamente 3 cm em diâmetro. Ultrassonografia com Doppler sugeriu tratar-se de um aneurisma de carótida interna no seu terço medial e tomografia sugeriu um tumor do corpo carotídeo. Foi então realizada ressonância nuclear magnética com reconstrução arterial, que sugeriu tratar-se de um tumor glômico com 3 cm de diâmetro (Figura 1).

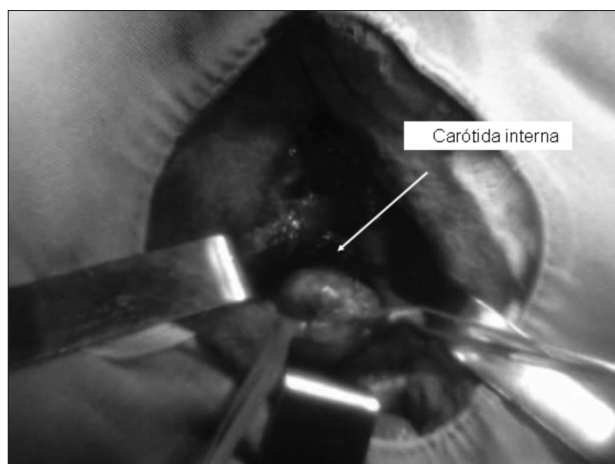
Paciente foi então submetida à exploração cirúrgica um mês após a descoberta da lesão e, no intraoperatório, foi identificado aneurisma de carótida interna extracraniano, com aproximadamente 3,2 cm (Figura 2). Optou-se então pela ressecção da lesão, com ulterior reconstrução pela equipe da Cirurgia Vascular no mesmo ato operatório, com anastomose término-terminal dos cotos carotídeos remanescentes. Aproximadamente três horas após o término da cirurgia, a paciente evoluiu com pico hipertensivo e precisou ser reabordada por hematoma causado por sangramento na anastomose, resolvido com sutura simples.

No quinto dia pós-operatório, a paciente recebeu alta sem qualquer outra intercorrência pós-operatória.

## Discussão

Os aneurismas da artéria carótida interna extracranianos devem ser diagnosticados previamente para uma melhor preparação da

equipe cirúrgica para evitar qualquer dano ao paciente decorrente de uma lesão inadvertida no ato operatório, pois a abordagem é diferente para os tumores do corpo carotídeo em relação ao aneurisma, onde no primeiro nem sempre a carótida é seccionada, ao contrário dos aneurismas, onde um segmento da mesma deve ser removido, apesar dos riscos<sup>5-9</sup>. Cirurgias endoluminais vêm sendo realizadas com bons resultados, porém têm indicações precisas<sup>10</sup>. No caso descrito, não utilizamos a arteriografia convencional, uma vez que a lesão era relativamente pequena. Foi realizado o estudo angiográfico pela reconstrução tridimensional de imagens obtidas pela ressonância nuclear magnética, mundialmente aceito como avaliação pré-operatória de lesões carotídeas, juntamente com tomografia cervical contrastada e ultrassonografia. Constatamos que, dentre os exames realizados, a ultrassonografia foi o mais fidedigna para o diagnóstico, o que sugere que os outros exames complementares talvez tenham sido desnecessários.



**Figura 2** – Aspecto intraoperatório do aneurisma de carótida interna no seu terço medial. Observa-se uma relevante tortuosidade da artéria carótida interna englobando o aneurisma, com reparos para apresentação. O campo fenestrado foi colocado para realização da fotografia.

## Referências

1. McCollum CH, Wheeler WG, Noon GP, Debakey ME. Aneurysm of the extracranial carotid artery: twenty – one year's experience. *Am J Surg* 1979;137(2):196-200.
2. Song AY, Myers EN, Gupta N. A case of mistaken identity: intraoperative discovery of an extracranial internal carotid artery aneurism. *Ann Vasc Surg* 2005;19(6):896-9.
3. Lim YM, Lee SA, Kim DK, Kim GE. Aneurysm of the extracranial internal carotid artery presenting as the syndrome of glossopharyngeal pain and syncope. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002;73(1):86-95.
4. Oruckaptan HH, Ozcan OE. Giant extracranial internal carotid artery aneurysm: a rare presentation with an oropharyngeal mass. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001;125(5):571-3.
5. El-Sabrou R, Cooley DA. Extracranial carotid artery aneurysms: Texas Heart Institute experience. *J Vasc Surg* 2000;31(4):702-12.
6. Gravilenko AV, Siniavin GV. Surgical treatment of patients with extracranial carotid artery aneurysms. *Angiol Sosud Khir* 2005;11(1):112-7.
7. Zhang Q, Duan ZQ, Xin SJ, Wang XW, Dong YT. Management of extracranial carotid artery aneurysms: 17 years experience. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1999;18(2):162-5.
8. Pulli R, Gatti M, Credi G, Narcetti S, Capaccioli L, Pratesi C. Extracranial carotid artery aneurysms. *J Cardiovasc Surg* 1997;38(4):339-46.
9. Moraes GP, Marcondes CA, Souza MP, Rodrigues AF, Vale BP, Medeiros MC, Sobral AP. Aneurisma Extracraniano de Artéria Carótida Interna. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço* 2007;36(2):118-20.
10. Szopinski P, Ciostek P, Kielar M, Myrcha P, Pleban E, Noszczyk W. A series of 15 patients with extracranial carotid artery aneurysms: surgical and endovascular treatment. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2005;29(3):256-61.