

[RCC 12]

RELATO DE CASO: PSEUDOANEURISMA TRAUMÁTICO DA ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA NO SEGMENTO CAVERNOSO ESQUERDO ASSOCIADO A FISTULA CAROTIDO-CAVERNOSA ENQUANTO CAUSA RARA DE EPISTAXE GRAVE

Sena, Laís Mota Furtado¹; D'Aquino, Alessandro¹; Castro-Afonso, Luís Henrique de¹; Trindade, Sérgio Henrique Kiemle¹

1. Curso de Medicina, Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo

INTRODUÇÃO: O presente relato mostra um caso raro de pseudoaneurisma traumático da artéria carótida interna no segmento cavernoso esquerdo associado a fistula carotido-cavernosa, cuja apresentação clínica caracterizou-se pela presença de epistaxes acompanhadas de síncope. Neste caso relatado, destaca-se a dificuldade de se firmar o diagnóstico, se fazendo importantes os exames de imagem e correlações anatômicas, além da gravidade geral do caso e necessidade de tratamento imediato.

OBJETIVO: Discutir o caso de pseudoaneurisma traumático da artéria carótida interna no segmento cavernoso esquerdo associado a fistula carotido-cavernosa enquanto causa rara de epistaxe grave. Nesse sentido, desenvolvimento de fistula carótida cavernosa (FCC) traumática após traumatismo cranioencefálico é um fenômeno bem conhecido e os resultados do tratamento são bem aceitáveis¹. Entretanto, o pseudoaneurisma traumático do seio esfenoidal é uma causa muito rara de epistaxe, e a sua situação clínica apresenta risco de vida quando não tratada². Nessa perspectiva, existem poucas documentações de FCCs com pseudoaneurisma no seio esfenoidal associado. Além disso, o paciente do presente caso não teve manifestações clínicas clássicas de FCCs, encontradas na grande maioria de casos de pseudoaneurisma traumático da artéria carótida interna no segmento cavernoso esquerdo associado a FCC³, fato que dificulta o diagnóstico diferencial e torna o caso raríssimo.

RELATO DE CASO: A.C.S., 22 anos, masculino, de Lençóis Paulista - SP, admitido no HBB em setembro de 2021 por quadro de traumatismo cranioencefálico grave após acidente motociclistico. Na admissão apresentou Escala de Coma de Glasgow 8, foi internado em UTI sob IOT/VM com inúmeras fraturas de face, tratadas com osteossínteses, amaurose traumática por lesão do canal óptico, além de um pneumoencefalo secundário a fratura do osso frontal conduzido com tratamento conservador. Após alta, em novembro iniciaram-se quadros de epistaxes leves e autolimitadas recorrentes, desencadeadas por esforços físicos, tratadas clinicamente. Nos 3 meses seguintes o paciente observou o aumento da frequência e intensidade das epistaxes associados a síncope paroxísticas, novamente tratadas conservadoramente. Então, recebeu atendimento em fevereiro de 2022 no HEB por quadro de epistaxe recorrente com anemia aguda, relatando síncope. Na admissão constatou-se ausência de sangramento nasal ativo e hemoglobina (Hb) de 10,6 g/dl. Uma tomografia computadorizada (TC) de crânio em outubro de 2021 revelou um velamento expansivo não-erosivo no seio esenoide esquerdo associado a sinais de fratura das asas maior, menor, teto do esenoide e topografia do canal carotídeo interno no segmento carotídeo. Uma nova TC de crânio em fevereiro 2022 evidenciou um aumento do pseudotumor esfenoidal. Foi levantada a hipótese de pseudoaneurisma traumático da artéria carótida interna (ACI) cavernosa esquerda, que foi confirmada por exame de angiotomografia de crânio. Então, foi indicada uma intervenção endoneurovascular com arteriografia cerebral diagnóstica que mostrou uma fistula carótido-cavernosa (FCC) traumática esquerda associada ao pseudoaneurisma ACI cavernosa. Houve uma embolização da FCC e do pseudoaneurisma com colocação de espirais metálicas ("coils") no interior da fistula, e reconstrução de fluxo da carótida por posicionamento de um Neurostent redirecionador de fluxo, desde o segmento comunicante até o segmento cavernoso da ACI esquerda, recobrindo todo colo da fistula e pseudoaneurisma. Apesar do quadro, o paciente não apresentou sintomas oculares, característicos de FCC. Ademais, os controles angiográficos finais evidenciaram adequado posicionamento do Neurostent divisor de fluxo e oclusão das lesões. O paciente evoluiu sem complicações no pós-operatório, recebendo alta hospitalar em 3 dias com uso de medicamentos anticoagulantes e antiagregantes.

ASPECTOS ÉTICOS: O paciente assinou um "Termo de Compromisso de Utilização de Fontes de Dados do Paciente" no qual ele autoriza devidamente a utilização de seus dados para fins científicos.

CONCLUSÃO: Diante do caso exposto, observa-se a dificuldade em atribuir um diagnóstico diferencial, sendo um caso raríssimo, e a necessidade de tratar o paciente rapidamente. Os pseudoaneurismas intracranianos traumáticos são lesões raras, constituindo apenas 0,15% a 0,40% todos os aneurismas intracranianos⁴. Além disso, pseudoaneurismas traumáticos apresentando epistaxe recorrente são ainda mais raras, a partir de 1928, quando Birley e Trotter relatou esse caso pela primeira vez em 1990², apenas cerca de 100 casos foram relatados no mundo. Dessa forma, FCC traumática concomitante com pseudoaneurisma no seio esfenoidal apresentando com epistaxe é uma ocorrência extremamente rara com poucos relatos na literatura. De maneira geral, fístula carótida cavernosa traumática concomitante com pseudoaneurisma no seio esfenoidal relatados na literatura resultaram principalmente de traumatismo cranioencefálico associado a acidentes com veículo motorizado, assim como o paciente do caso³. Um fator intrigante do caso é que o paciente não apresentou sintomas oculares frequentes de FCC como exoftalmia pulsátil, sopros orbitários, hiposfagma, oftalmoplegia, dor ocular, quemose, aumento da pressão intraocular e diminuição da acuidade visual, decorrentes da reversão do fluxo sanguíneo para as veias oftálmicas pela sobrecarga e dilatação do seio cavernoso, sintomas altamente frequentes nos relatos de FCC associada a pseudoaneurisma traumático da ACI³. Acerca do tratamento de embolização da FCC e do pseudoaneurisma com colocação de espirais metálicas ("coils") no interior da fístula, há estudos que sugerem que as "coils" não são a melhor opção pois seriam muito moles para ocluir firmemente um pseudoaneurisma, entretanto era a opção de intervenção disponível^{3,5}. Já a reconstrução de fluxo da carótida por posicionamento de um Neurostent redirecionador de fluxo, desde o segmento comunicante até o segmento cavernoso da ACI esquerda, recobrimdo todo colo da fístula e pseudoaneurisma foi extremamente necessária e recomendada³, apesar da necessidade de utilização de antiagregantes plaquetários e anticoagulantes.

PALAVRAS-CHAVE: Falso Aneurisma; Lesões das Artérias Carótidas; Fístula Carotidocavernosa; Seio cavernoso.

REFERÊNCIAS:

1. Wu Z, Wang C, Yang X, et al. Endovascular embolization of traumatic carotid cavernous fistulas. *Chin Med J (Engl)*. 1999;112(5):433-437.
2. Lee JP, Wang AD. Epistaxis due to traumatic intracavernous aneurysm: case report. *J Trauma*. 1990;30(5):619-622.
3. Huai RC, Yi CL, Ru LB, Chen GH, Guo HH, Luo L. Traumatic carotid cavernous fistula concomitant with pseudoaneurysm in the sphenoid sinus. *Interv Neuroradiol*. 2008;14(1):59-68
4. Parkinson D, West M. Traumatic intracranial aneurysms. *J Neurosurg*. 1980;52(1):11-20.
5. Madan A, Mujic A, Daniels K, Hunn A, Liddell J, Rosenfeld JV. Traumatic carotid artery-cavernous sinus fistula treated with a covered stent. Report of two cases. *J Neurosurg*. 2006;104(6):969-973.