

ANEURISMA GIGANTE DA ARTERIA CEREBRAL MEDIA

RELATO DE UM CASO

*GERALDO PIANETTI FILHO
RAUL STARLING BARROS
GUILHERME CABRAL FILHO
FRANCISCO DE ASSIS CARNEIRO
EDUARDO HENRIQUE LAUAR*

Existem na literatura neurocirúrgica relatos sobre aneurismas gigantes. O tratamento ideal ainda não foi definitivamente estabelecido, variando a conduta entre a ligadura da carótida cervical e a craniotomia com clipagem e ressecção do aneurisma.

Tytus e col.¹¹ preconizam a ligadura progressiva da carótida cervical, por considerarem difícil o ataque direto à lesão, levando, às vezes, a resultados desastrosos. Obrador e col.⁵, Terao e Muraoka¹⁰, Polis e col.⁷ aconselham, sempre que possível, o ataque direto à lesão. Morley e Barr⁴, em 1969, sugeriram o ataque direto somente para os aneurismas gigantes da artéria cerebral média, e ligadura da carótida cervical para os demais aneurismas gigantes do sistema carotidiano; estes autores comentam que, com o advento das técnicas microcirúrgicas, o ataque direto ao aneurisma provavelmente terá maior sucesso.

Segundo Morley e Barr⁴, aneurisma gigante seria todo aquele de diâmetro superior a 2,5 cm, o que ocorre em 5% dos casos. É universalmente aceito que o aneurisma gigante raramente ocasiona hemorragia subaracnóidea. Quase sempre este aneurisma se manifesta com um quadro de lesão expansiva sugerindo tumor cerebral, com sinais de hipertensão intracraiana, alterações visuais e motoras, distúrbios de comportamento e, até mesmo, alterações endócrinas^{5,6,8,9,10,11}.

Com freqüência observam-se alterações nas radiografias simples do crânio, o que raramente ocorre nos casos de aneurismas pequenos. As alterações mais freqüentes são aquelas observadas na hipertensão intracraniana e a presença de calcificações sugerindo uma lesão circular típica de aneurisma. O estudo angiográfico é decisivo no diagnóstico. O tamanho da lesão vista angiograficamente, nem sempre corresponde ao encontrado durante a cirurgia, devido à freqüente presença de trombos no seu interior⁷. O primeiro caso bem sucedido de cirurgia para aneurisma gigante foi relatado por German, em 1938, citado por Dandy³. Segundo dados da literatura, os maiores aneurismas são sempre os da artéria cerebral média^{8,10}.

Sadik e col.⁸, em 1965, descreveram um aneurisma gigante da artéria cerebral média, medindo 8,5 x 5,5 x 5,0 cm, considerando-o como o maior descrito

Trabalho da Seção de Neurocirurgia do Hospital São Francisco de Assis, Belo Horizonte, MG, Brasil.

até aquela data. Terao e col.¹⁰, em 1972, descrevem outro aneurisma gigante da artéria cerebral média, com as dimensões de 8,0 x 5,5 x 6,0 cm.

O presente relato é sobre um paciente com aneurisma gigante da artéria cerebral média esquerda, que foi excisado cirurgicamente, e que tinha dimensões de 12,0 x 8,0 x 6,0 cm, parecendo ser o maior aneurisma intracraniano descrito até o presente.

OBSERVAÇÃO

A.P.S. (Reg. 848/76), 42 anos de idade, sexo masculino, cor parda, foi admitido em 19-06-1976. A história foi relatada pelo acompanhante, informando que, há três meses, o paciente vinha-se queixando de cefaléia, do tipo pulsátil, contínua e sem localização específica; tendência a quedas e diminuição da acuidade visual. Havia ainda história de crises convulsivas generalizadas freqüentes, datando de 7 anos. Uso irregular da difenil-hidantoína sódica. Negava traumatismo cranioencefálico. *Exame neurológico* — Paciente confuso e desorientado no tempo e no espaço. As pupilas eram isocóricas e foto-reativas; o exame dos fundos oculares mostrou papiledema bilateral, com áreas de hemorragia peripapilar. Incoordenação motora nos quatro membros, estado a força muscular preservada. Reflexos tendinosos simétricos e normoativos; reflexo cutâneo-plantar em flexão bilateralmente. Marcha oscilante e de base alargada. Não havia sinais de irritação meníngea. O restante do exame neurológico estava prejudicado pela confusão mental. A pressão arterial era de 130/90 mm de Hg e o pulso de 68 bpm. O exame cardiológico não mostrava alterações significativas. Os exames laboratoriais de rotina (sangue e urina) resultaram normais.

Estudo radiológico simples do crânio — Sinais de hipertensão intracraniana, com destruição do dorso selar, e presença de calcificações finas, de forma circular, medindo 6,5 cm na incidência anteroposterior, e 12,0 cm no maior diâmetro, na incidência lateral (Fig. 1). Angiografia carotidiana bilateral mostrou acentuada dilatação da artéria cerebral média esquerda, com desvio medial e elevação da mesma, e uma dilatação aneurismática nutrida pela referida artéria e com as dimensões de 6,5 cm de diâmetro na incidência antero-posterior e de 12,0 cm no maior diâmetro na incidência lateral. A artéria cerebral anterior do mesmo lado se apresentava em espasmo e desviada para o lado oposto (Fig. 2). Angiografia do sistema vértebro-basilar não mostrou alterações patológicas.

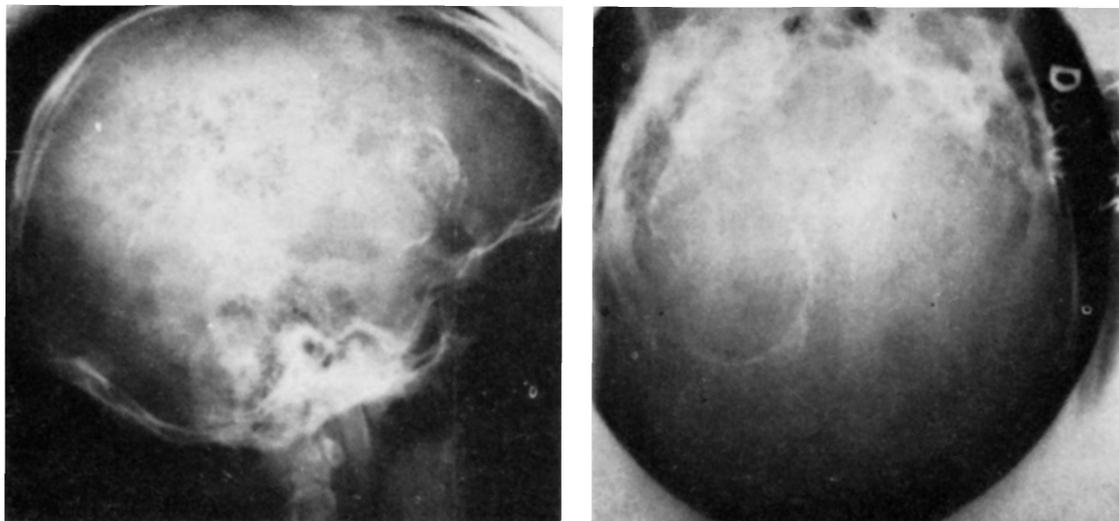


Fig. 1 — Caso A.P.S. Radiografias simples do crânio mostrando calcificação e o tamanho do aneurisma.

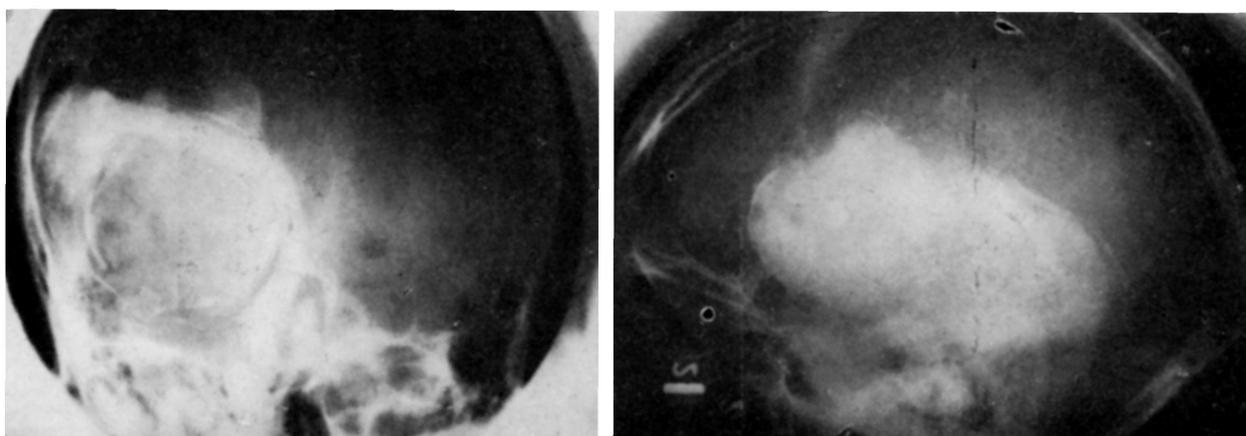


Fig. 2 — Caso A.P.S. Angiografias carotídeas à esquerda com o aneurisma contrastado; observa-se acentuado aumento de calibre da artéria cerebral média que se encontra desviada medialmente.

Evolução — O paciente recebeu tratamento conservador com corticóides durante 7 dias. Apresentou, então, piora acentuada do quadro neurológico, entrando em coma de média intensidade, com nova hemorragia no fundo de olho, bilateralmente. Decidiu-se então pelo ataque direto ao aneurisma, que funcionava como lesão expansiva e colocava em perigo a vida do paciente, devido ao aumento da pressão intracraniana.

Cirurgia — Em 28-06-76, com o paciente em coma de média intensidade, foi feita craniotomia osteoplástica fronto-têmporo-parietal esquerda, sob anestesia geral e hipotensão controlada com o uso de camsilato de trimetefon (Arfonad). A dura-mater foi aberta da forma usual, e subjacente a ela foi identificada grande lesão vascular, pulsátil, que ocupava quase toda a fossa supra-tentorial esquerda. O hemisfério cerebral esquerdo estava muito reduzido de volume, desviado de encontro à foíce do cérebro. A lesão foi dissecada, identificando-se o grande vaso nutridor, a artéria cerebral média esquerda, que foi ligada com fio de algodão zero. Em seguida, a massa aneurismática foi retirada, apresentando as dimensões de 12,0 x 8,0 x 6,0 cm (Fig. 3).

Curso pós-operatório — Até o sétimo dia pós-operatório, o paciente apresentava-se consciente, com hemiparesia direita e disfasia motora. A partir de então, tornou-se sonolento. Punção do espaço subdural à esquerda permitiu a aspiração de aproximadamente de 60 ml de sangue escuro. Punções semelhantes foram repetidas por três vezes. No 30º dia pós-operatório, o paciente foi submetido a angiografia de controle e a ventriculografia gasosa que mostrou a presença de hidrocefalia moderada; foi então feita a drenagem ventrículo-peritoneal com válvula, modelo Pudenz, de pressão média. O estado geral do paciente foi-se deteriorando, surgindo então pneumonia bilateral, escaras de decúbito, hipoproteinemia, anemia e distúrbios hidroeletrólíticos. O paciente veio a falecer a 18-08-76, 60 dias após a admissão e 53 após a cirurgia. Não foi possível o estudo necroscópico devido à recusa da família.

COMENTARIOS

Acredita-se que o insucesso do presente caso deveu-se às condições neurológicas adversas no momento da cirurgia, e às precárias condições clínicas no pós-operatório, as quais contribuíram decisivamente para o óbito. Optou-se pela intervenção cirúrgica mesmo com o paciente em coma, porque o aneurisma comportava-se como lesão expansiva com risco de vida, o que foi confirmado pela melhoria do quadro no pós-operatório imediato. Resta a dúvida de se não teria sido prudente a ligadura progressiva da carótida cervical para, em um

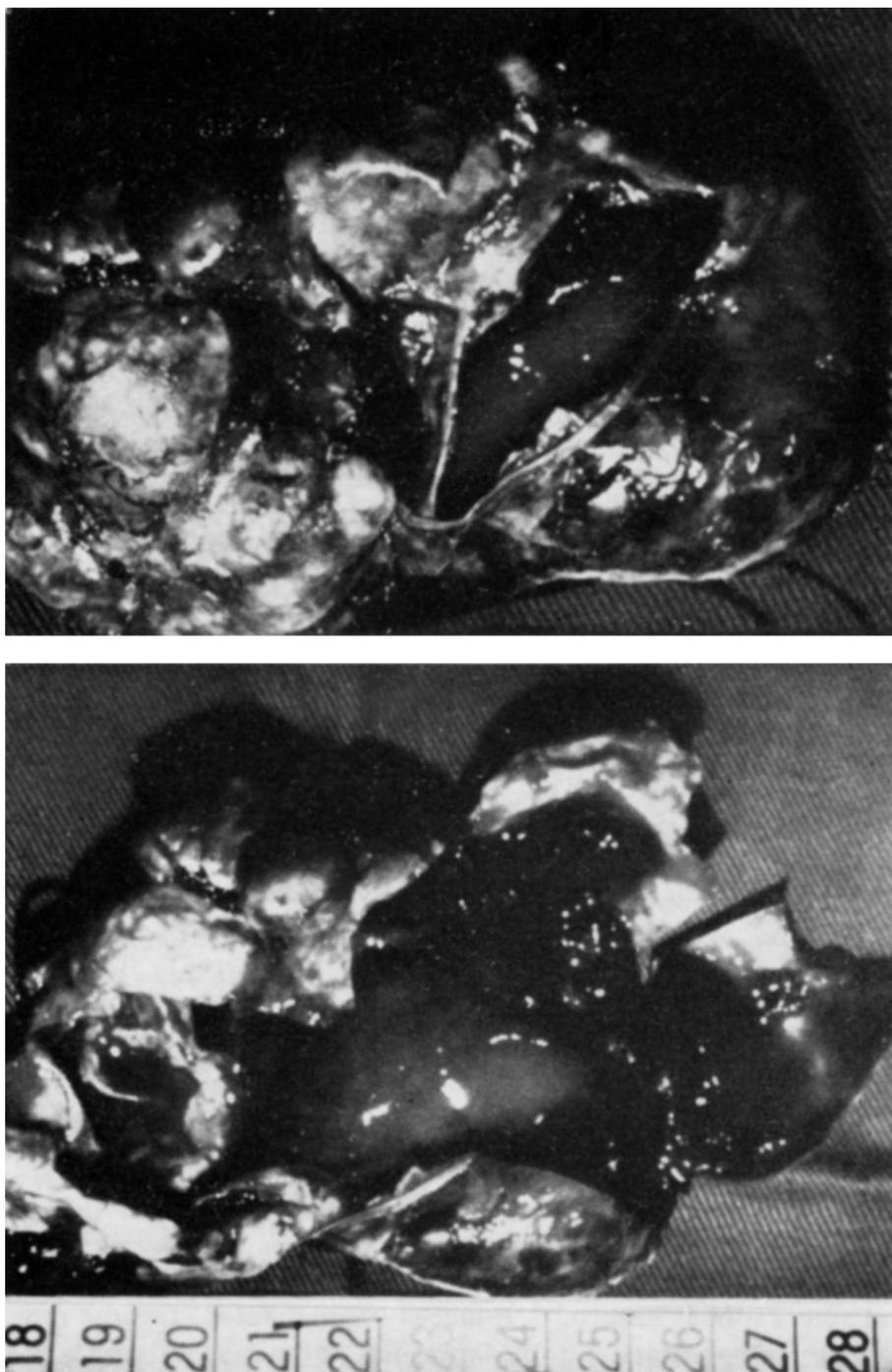


Fig. 3 — Caso A.P.S. Peça cirúrgica medindo 12,0 x 8,0 x 6,0 cm com coágulos no seu interior

segundo tempo, ser ressecada a lesão. Atualmente, os autores estão convencidos de que o tratamento definitivo e ideal para o aneurisma gigante deve ser o ataque direto à lesão, com aneurismectomia, sempre que possível. A ligadura da carótida cervical só deve ser considerada diante da impossibilidade técnica da abordagem direta da lesão. No último Congresso Internacional de Neurocirurgia, Charles Drake apresentou os ensaios de uma nova técnica para a abordagem dos aneurismas gigantes, com uso de um torniquete que vai sendo apertado de fora do crânio, com controle clínico do paciente. Aguardam-se com ansiedade os resultados desta nova técnica, analisados a longo prazo.

RESUMO

É relatado um caso de aneurisma gigante da artéria cerebral média com as dimensões de 12,0 x 8,0 x 6,0 cm, tratado cirurgicamente mediante craniotomia e ressecção. É feita breve análise da conduta diante dos aneurismas gigantes. Os autores acreditam ser este o maior aneurisma cerebral já descrito até o presente momento.

SUMMARY

Giant aneurysm of the middle cerebral artery: a case report.

A case of giant aneurysm of the middle artery with the size of 12,0 x 8,0 x 6,0 cm is reported. Some aspects of the treatment of such aneurysm are considered. As far as we know this is the largest intracranial aneurysm ever recorded.

REFERENCIAS

1. BLACK, S. P. W. & GERMAN, W. J. — Observations on the relationship between the volume and the size of the orifice of experimental aneurysms. *J. Neurosurg.* 17:984, 1960.
2. CUATICO, W.; COOK, A. W.; TYHCHENKO, V. & KHATIB, R. — Massive enlargement of intracranial aneurysms following carotid ligation. *Arch Neurol.* (Chicago) 17:609, 1967.
3. DANDY, W. E. — *Intracranial Arterial Aneurysms.* Comstock Publishing Co., Ithaca, N.Y., 1944.
4. MORLEY, T. P. & BARR, H. K. — Giant intracranial aneurysms: diagnosis, course and management. *Clin. Neurosurg.* 16:73, 1968.
5. OBRADOR, S.; DIERSSEN, G. & HERNANDEZ, J. R. — Giant aneurysm of the posterior cerebral artery: case report. *J. Neurosurg.* 26:413, 1967.
6. PLESE, P.; SCAFF, M.; PEREIRA, W. C. & ZACLIS, J. — Síndrome de Garcin causada por aneurisma gigante da artéria carótida interna. *Arq. Neuro-Psiquiat.* (São Paulo) 32:42, 1974.
7. POLIS, Z.; BEZEZINSKY, J. & GAGERVICZ, M. C. — Giant intracranial aneurysm. *J. Neurosurg.* 39:408, 1973.
8. SADIK, A. R.; BUDZILOVICH, G. N. & SHUMAN, K. — Giant aneurysm of middle cerebral artery: a case report. *J. Neurosurg.* 22:177, 1965.
9. SCOTT, R. M. & BALLATINE, H. T. — Spontaneous thrombosis in a giant middle cerebral artery aneurysm. *J. Neurosurg.* 37:361, 1972.
10. TERAOKA, H. & MURAOKA, I. — Giant aneurysm of the middle cerebral artery containing an important blood channel. *J. Neurosurg.* 37:352, 1972.
11. TYTUS, J. S. & WARD, A. A. — The effect of cervical carotid ligation on giant intracranial aneurysms. *J. Neurosurg.* 33:184, 1970.