



## ARTIGO DE REVISÃO

### Falso aneurisma micótico carotídeo – o que fazer?



Pedro Garrido<sup>a,b,\*</sup>, Luís Mendes Pedro<sup>a,b</sup>, Luís Silvestre<sup>a,b</sup>,  
Ruy Fernandes e Fernandes<sup>a,b</sup>, Gonçalo Sousa<sup>a,b</sup> e José Fernandes e Fernandes<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Serviço de Cirurgia Vascular; Hospital de Santa Maria – CHLN, Lisboa, Portugal

<sup>b</sup> Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal

Recebido a 10 de junho de 2015; aceite a 5 de dezembro de 2015

Disponível na Internet a 5 de fevereiro de 2016

#### PALAVRAS-CHAVE

Carótida;  
Falso aneurisma  
carotídeo;  
Micótico;  
Tratamento

**Resumo** Os falsos aneurismas micóticos carotídeos extracranianos são situações raras e de difícil resolução. As abordagens cirúrgicas são tecnicamente exigentes e comportam um risco considerável de morbidade e mortalidade. Este artigo apresenta uma revisão da literatura sobre esta patologia.

A pesquisa foi feita em agosto de 2015 na base de dados da PubMed, com recurso às palavras-chave: «carotid artery», «mycotic», «pseudoaneurysm» e «aneurysm». Até essa data, foram encontrados na literatura 108 casos de falsos aneurismas micóticos das carótidas no seu segmento extracraniano.

Neste artigo, os autores descrevem a sua etiologia, apresentação clínica e opções de tratamento atuais.

© 2015 Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

#### KEYWORDS

Carotid artery;  
Pseudoaneurysm;  
Mycotic;  
Treatment

#### Mycotic carotid pseudoaneurysm – what to do?

**Abstract** Extracranial mycotic carotid pseudoaneurysms are rare and challenging to manage. Surgical approaches are technically demanding and can be associated with a high morbidity and mortality. This article presents a review of the literature on this condition.

The authors searched in August 2015 the PubMed database with the keywords “mycotic”, “carotid artery”, “pseudoaneurysm”, “aneurysm” Until that date they found 108 cases reported in the literature.

In this article they describe the origin of the condition, its clinical presentation and the current surgical options.

© 2015 Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascular. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

\* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: [pedrogarrido85@gmail.com](mailto:pedrogarrido85@gmail.com) (P. Garrido).

## Introdução

As infecções dos espaços profundos do pescoço são situações clínicas relativamente comuns, especialmente nos doentes em idade pediátrica. Antes do advento da antibioterapia, as suas complicações eram frequentes, graves e potencialmente fatais<sup>1,2</sup>. Complicações vasculares, como trombose da veia jugular interna e, mais raramente, a formação de um falso aneurisma micótico extracraniano das artérias carótidas (FAMC) são hoje em dia eventos raros<sup>3,4</sup>. No entanto, quando diagnosticados, requerem uma atuação cirúrgica célere, pelo risco de embolização séptica cerebral e rutura. Antigamente, a laqueação carotídea era o tratamento recomendado<sup>1,3,4</sup>. Com a evolução das técnicas cirúrgicas, dispomos agora de novas formas de tratamento com menor morbimortalidade associada, que vamos discutir no presente artigo.

## Epidemiologia

O primeiro caso de um falso aneurisma micótico da carótida por infecção dos espaços profundos do pescoço foi descrito por Liston, em 1843<sup>5</sup>. Em 1933, Salinger e Pearlman<sup>2</sup> fizeram uma compilação de 227 casos de FAMC, naquela que é considerada a revisão de referência sobre o tema. Na atualidade, com a introdução dos antibióticos na prática médica, os falsos aneurismas micóticos carotídeos tornaram-se situações clínicas raras. Tem-se visto uma incidência relativamente estável de casos, sendo reportados na literatura cerca de 20 por década nos últimos 30 anos.

Numa revisão por Pirvu et al<sup>6</sup> foram analisados 99 casos de FAMC, reportados até 2012. Os presentes autores identificaram 9 casos adicionais, por pesquisa eletrónica na base de dados da PubMed, até à atualidade. Estes 108 casos incluem doentes com idades compreendidas entre os 6 meses e os 85 anos.

## Fisiopatologia

A fisiopatologia dos FAMC não está totalmente esclarecida. Crê-se existirem 3 mecanismos possíveis para o seu desenvolvimento, que causam infecção e enfraquecimento da parede arterial:

1. Embolização séptica com alojamento dos êmbolos nos vasos distais ou nos *vasa vasorum* da parede de troncos arteriais principais, como as artérias carótidas;
2. Por processo inflamatório contíguo que envolva a rede linfática periarterial e os *vasa vasorum*;
3. Por inoculação direta de patógenos na parede arterial, devido a trauma vascular direto iatrogénico na cirurgia carotídea, ou devido a acidente com lesão vascular traumática.

A causa mais comum de FAMC no adulto inclui a bacteriemia, infecções no pós-operatório e a endocardite bacteriana. A etiologia mais comum na criança é a linfadenite cervical<sup>7,8</sup>. Mais recentemente, têm sido descritos casos associados a procedimentos endovasculares como angiografias e angioplastias carotídeas<sup>9</sup>.

**Tabela 1** Sinais sugestivos de falso aneurisma micótico carotídeo

Infeção dos espaços profundos do pescoço não resolvida ou de resolução lenta
Hemorragias recorrentes da orofaringe
Níveis de hemoglobina inferiores ao espectável
Massa cervical em expansão
Coloração azulada da pele na região cervical ou mucosa da orofaringe
Presença de sopro numa massa cervical
Paralisia do X ou XII pares cranianos
Trismus
Edema da parótida
Síndrome de Horner

Salinger e Pearlman determinaram que a carótida interna (ACI) é a mais comumente acometida (62% dos casos), sendo a carótida externa e a carótida comum afetadas em 25 e 13% dos casos de FAMC, respetivamente<sup>2</sup>. Explicações para esta discrepância assentam na proximidade da ACI à orofaringe, pela sua tortuosidade e pela vasta rede de linfáticos que a envolve.

## Apresentação clínica

Existem vários sinais clínicos (tabela 1) que devem levantar a suspeita de um falso aneurisma da carótida. O aparecimento de uma massa cervical de crescimento progressivo e dolorosa, a condicionar disfagia ou febre após uma infecção dos planos profundos do pescoço de resolução lenta ou incompleta, é a forma mais comum de apresentação. Menos frequentemente, a paralisia dos pares cranianos inferiores, a síndrome de Horner, um edema da parótida ou trismo, podem estar associados. Pequenas hemorragias recorrentes, pelo nariz ou boca em qualquer doente com uma infecção da orofaringe, devem levantar suspeita, mesmo na ausência de outros sinais.

Numa série de 20 doentes, episódios de perdas hemáticas em pequena quantidade precederam hemorragias fatais em 16 casos de FAMC<sup>2</sup>. A presença de uma coloração azulada na pele, a nível cervical ou na mucosa da orofaringe, pode ser indicativo de extravasão de sangue com dissecação dos tecidos.

Défices neurológicos por embolização séptica podem também ocorrer<sup>10</sup>.

Os FAMC são facilmente confundidos com abscessos cervicais ou com adenopatias cervicais. É por isso essencial haver um elevado nível de suspeita, pois uma drenagem ou biópsia de um FAMC pode originar uma hemorragia devastadora.

## Diagnóstico

O diagnóstico de um falso aneurisma micótico carotídeo assenta na combinação da suspeição clínica e em métodos de imagem não invasivos. Perante uma massa cervical de aparecimento recente, uma avaliação inicial por ecodoppler é pertinente. Quando a avaliação por este método de imagem diagnóstica ou é sugestiva de um FAMC, deve avançar-se para uma angio TC, para melhor determinação dos planos

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2868278>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2868278>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)