

ANEURISMA GIGANTE DE CARÓTIDA INTERNA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DISFAGIA: RELATO DE CASO

Introdução: Aneurismas em artéria carótida interna (ACI) são raros, representando até 2% dos procedimentos relatados nessa região. São de difícil diagnóstico por se afastarem do quadro clínico típico da patologia. Quando abordados, a taxa de mortalidade é superior a 70%. Podem apresentar-se como massa palpável e pulsátil junto ao ângulo da mandíbula e cursar com rouquidão, disfagia, cefaleia e dor. O exame inicial é a ultrassonografia com Doppler, seguido de angiotomografia e angiografia. O tratamento de escolha é endovascular e abrange diversas técnicas. Portanto, as particularidades de cada caso devem ser consideradas para que o resultado seja seguro e efetivo.

Objetivos: Difundir as condutas experienciadas em um caso incomum de aneurisma gigante de ACI extracraniana. **Métodos:** Trata-se de um relato de caso, descritivo e retrospectivo. **Resultados:** Masculino, 69 anos, tabagista. Queixa-se de cefaleia, tontura e disfagia. Apresenta volumosa lesão na cavidade oral, retrofaringe, pulsátil, desvio da úvula para a esquerda. Doppler de carótidas não apresentou anormalidades. Tomografia Computadorizada de pescoço mostrou imagem sugestiva de aneurisma de ACI extracraniana direita, medindo 49 x 37 x 29 mm, trombosado. Em angiografia o segmento cervical apresenta aneurisma da ACI direita, segmento petroso, gigante, fusiforme, de 60 x 40 mm, sem colo. Foi efetuada a abordagem endovascular por meio de embolização com implante de *stent* redirecionador de fluxo FRED do segmento pré-cavernoso até o segmento pré-petroso, cobrindo totalmente o aneurisma seguido do fenômeno do eclipse (trombose do aneurisma). Após seis meses, é executada nova angiografia que demonstra porção permeável do aneurisma

dissecante residual. Foi efetuada a segunda sessão de angioplastia transluminal, com implant de *stent* Casper a nível da dissecção, no segmento cervical alto. Após oito meses da segunda abordagem, angiotomografia apresenta a permanência da permeabilidade do aneurisma. É realizada no mesmo mês nova embolização endovascular, com *stent* LEO e no interior deste, um *stent* divisor de fluxo SILK cobrindo totalmente o aneurisma, seguido do fenómeno de eclipse. Procedimento foi bem tolerado e sem intercorrências. **Conclusões:** A gravidade de aneurismas na topografia relatada associada a escassez de relatos em literatura torna necessária a exposição de casos como esse à comunidade académica a fim de amparar decisões terapêuticas e garantir diagnóstico e abordagem precoces.

Descritores: aneurisma, endovascular, disfagia, não roto