



Marque a opção do tipo de trabalho que está inscrevendo:

Resumo

Relato de Caso

ANEURISMA DE PERICALOSA EM CRIANÇA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

AUTOR PRINCIPAL: Fernanda De Carli

CO-AUTORES: Gregori Manfroi, Luiz Pedro Willimann Rogério, Tobias Ludwig do Nascimento, Marcelo Martins dos Reis, Samir Cezimbra dos Santos

ORIENTADOR: Eduardo Floriani Raupp

UNIVERSIDADE: Hospital Cristo Redentor

INTRODUÇÃO

Hemorragia subaracnóide (HSA) pediátrica é uma condição rara, mas devastadora, podendo levar a déficits neurológicos a longo prazo ou resultar em morte precoce. A etiologia da HSA em crianças é multifatorial e inclui aneurismas, malformações arteriovenosas, tumores, trauma, coagulopatias e vasculite.¹

A incidência de aneurisma intracraniano na infância é rara.² Aproximadamente 1,0-1,8% dos aneurismas cerebrais são encontrados em pacientes pediátricos.³ A raridade destas lesões torna difícil o manejo e o tratamento. Aneurismas pediátricos tendem a apresentar um tamanho grande, têm uma propensão a crescer, muitas vezes ocorrem em múltiplos, e, em comparação com os seus homólogos adultos, favorecem a circulação posterior.⁴ Esses aneurismas têm uma maior tendência a serem fusiformes, o que representa um desafio tanto para a abordagem microcirúrgica aberta quanto para o tratamento endovascular.³

DESENVOLVIMENTO:

Paciente feminina, sete anos, autista e asmática. Apresenta-se em nosso hospital com vômitos, prostração, cianose e perda de consciência. Ao exame, estava muito sonolenta, sem déficits focais. Não interagia muito com o examinador devido ao autismo.

TC de crânio foi realizada evidenciando HSA associada a hematoma interhemisférico e intraventricular (Fig.1).

Após angiografia, diagnosticou-se aneurisma de artéria pericalosa direita. O aneurisma foi localizado no segmento distal da artéria cerebral anterior direita (segmento A3), na junção das artérias pericalosas com 4x2 mm de tamanho (Fig 2 A-B). Decidiu-se então pelo tratamento endovascular.

A paciente foi colocada sob anestesia geral. Após acesso endovascular, via artéria femoral direita, o fio guia foi introduzido na artéria carótida direita. Em seguida, um microcateter Headway (Microvention®) com um microguidewire Silverspeed 0014 (Covidien®) foi localizado no saco aneurismático. Embolização com 3 Microplex 10 coils (Microvention®) foi realizada com sucesso angiográfico, oclusão total foi observada. A paciente foi liberada sem novos déficits focais e com melhora do nível de consciência. O acompanhamento será em seis meses com angiografia de controle.

As características dos aneurismas na população pediátrica diferem da população adulta na morfologia, preponderância sexual, apresentação clínica e radiológica.²

Intervenção em aneurismas rotos pediátricos é de suma importância, pois prenuncia hemorragia recorrente em uma faixa etária isenta de hipertensão ou qualquer estresse hemodinâmico. Atualmente, a intervenção pode ser cirúrgica ou endovascular. Não existe consenso para o manejo de aneurismas pediátricos e permanece a necessidade de avaliação individual.²

A cirurgia aberta para o tratamento de aneurismas tem demonstrado ser mais durável do que as técnicas endovasculares, sendo a durabilidade do tratamento particularmente importante na população pediátrica. Entretanto, a embolização tem sido associada com menor número de mortes e internações mais curtas do a clipagem.⁵ A prática endovascular tem aumentado em ritmo

acelerado, mas os dados a longo prazo ainda são escassos e a durabilidade da coil continua sendo uma preocupação.²

A etiologia da maior parte dos aneurismas intracranianos pediátricos continua desconhecida,² fato consistente com o presente caso, já que o aneurisma não pode ser enquadrado a causas infecciosas, traumáticas ou inflamatórias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Aneurismas intracranianos são extremamente raros na infância.² Na maioria dos centros de neurocirurgia estima-se tratar um caso de aneurisma pediátrico por ano. Investigação angiográfica detalhada é importante.² Neste caso a intervenção endovascular foi o tratamento de escolha, embora possa haver um papel para a cirurgia aberta.

REFERÊNCIAS

1. HEFFREN J *et al.* Nimodipine for the Prevention of Cerebral Vasospasm After Subarachnoid Hemorrhage in 12 Children. **Pediatr Neurol.** 2015;52(3):356–60.
2. FATHI NQ *et al.* Ruptured Giant Left Distal Anterior Cerebral Artery Aneurysm in a Two-Month-Old Baby. **Pediatr Neurosurg.** 2015.
3. GROSS B *et al.* Intracranial Aneurysms in the Youngest Patients: Characteristics and Treatment Challenges. **Pediatr Neurosurg.** 2015;50(1):18–25.
4. NAVARRO R *et al.* Flow diversion for complex intracranial aneurysms in young children. **J Neurosurg Pediatr.** 2015;15(March):276–81.
5. SANAI N *et al.* Pediatric intracranial aneurysms: durability of treatment following microsurgical and endovascular management. **J Neurosurg Pediatr.** 2006 Feb 1;104(2):82–9.

ANEXOS

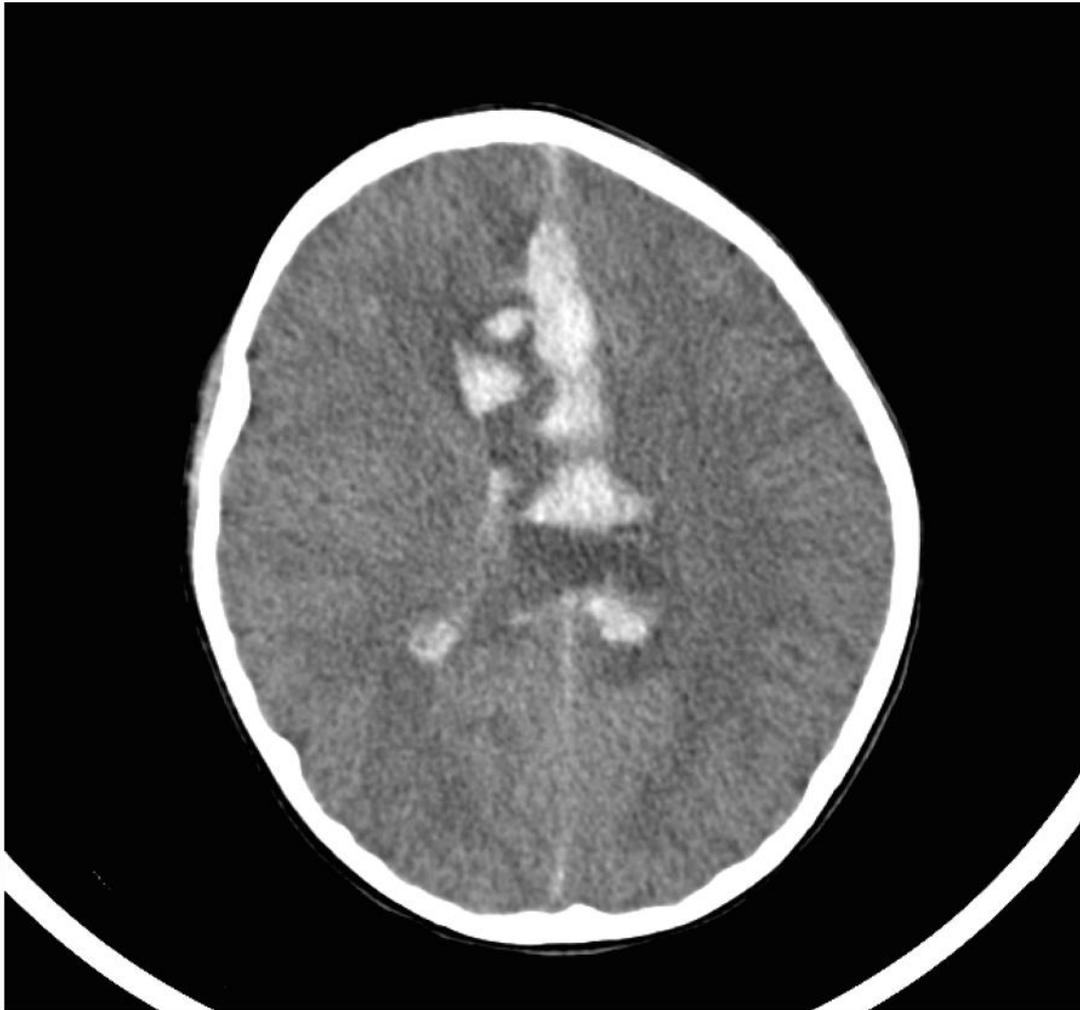


Fig. 1: Axial view of brain CT with subarachnoid hemorrhage associated with interhemispheric and intraventricular hematoma (Fisher 4)



Fig. 2: (A) Brain angiogram showing saccular aneurysm of pericallosal artery. AP (B) and lateral views. (C) It was performed embolization of the aneurysm with coils as the control angiogram demonstrates.