

# MACROADENOMA PITUITÁRIO NÃO HEMORRÁGICO PRODUZINDO OCLUSÃO REVERSÍVEL DE ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA

## A RESPEITO DE UM CASO

CARLOS EDUARDO CAVALCANTI\*, ADELMAN NOGUEIRA DE CASTRO JÚNIOR\*\*

**RESUMO** - Os autores relatam o caso de uma paciente com macroadenoma pituitário não hemorrágico produzindo oclusão reversível de artéria carótida interna. A obstrução da artéria carótida interna por tumor pituitário é rara, particularmente na ausência de apoplexia hipofisária. A correlação neurorradiológica torna-se de fundamental importância para demonstrar a oclusão completa ou trombose do vaso afetado. O completo restabelecimento pós-cirúrgico do fluxo sanguíneo da artéria carótida interna torna-se imperativo para a completa regressão sintomatológica.

**PALAVRAS-CHAVE:** angiografia carotídea, artéria carótida interna, neuroimagem, adenoma pituitário, apoplexia pituitária, cirurgia transesfenoidal, obstrução vascular.

**Non-hemorrhagic pituitary macroadenoma producing reversible internal carotid artery occlusion: case report**

**Abstract** - The case of woman with diagnosis on non-hemorrhagic pituitary macroadenoma producing reversible occlusion of the internal carotid artery is presented. The obstruction of the internal carotid artery by a pituitary tumor is rare, particularly in the absence of hypophyseal apoplexy. The neuroradiological correlation becomes fundamentally important to demonstrate the complete occlusion or thrombosis of the affected vessel. The complete reestablishment of blood flow of the internal carotid artery after surgery becomes imperative for the complete symptomatological regression.

**KEY WORDS:** carotid angiography, internal carotid artery, neuroimaging, pituitary adenoma, pituitary apoplexy, transphenoidal surgery, vascular obstruction.

Desde a descrição inicial por Blebren, em 1905, de hemorragia em um adenoma pituitário, surgiram na literatura vários trabalhos, principalmente a respeito de apoplexia pituitária produzindo oclusão de artéria carótida interna e fenomenologia isquêmica. Muitos fatores precipitantes estão incluídos sendo os principais: trauma, radioterapia, terapia anticoagulante, tratamento estrogênico e com bromocriptina. Os sinais e sintomas usuais de apoplexia pituitária incluem cefaléia, alterações da consciência, náuseas, paralisia e/ou parestesia de nervos extra-oculares, anormalidades pupilares e perda visual.

Sinais de disfunção hemisférica cerebral focal são comuns nas obstruções de artéria carótida por apoplexia pituitária. Os adenomas pituitários são os tumores mais frequentemente encontrados na região selar e para-selar. A evolução de um tumor pituitário pode incluir hemorragia tumoral súbita ou necrose, como resultados de isquemia. Somente em casos extremos e raros, os tumores pituitários causam oclusão dos vasos cerebrais, ocorrida às vezes no contexto de apoplexia.

Relatamos o caso de uma paciente com macroadenoma pituitário não hemorrágico, produzindo oclusão reversível de artéria carótida interna.

### RELATO DO CASO

AMA, paciente com 54 anos de idade, do sexo feminino, branca, doméstica, natural de São Luís - Maranhão, admitida em nosso serviço no Hospital do Centro Médico-Maranhense, queixando-

Serviço de Neurologia e Neurocirurgia do Centro Médico-Maranhense: \*Neurocirurgião, Chefe do Serviço;

\*\* Neurocirurgião.

Dr. Carlos Eduardo Cavalcanti - Rua das Jaqueiras Qd. 55 Casa 01, Renascença - 65000-220 São Luis MA - Brasil.

se de que há 60 dias vinha apresentando diminuição da acuidade visual em ambos os olhos, mais acentuada a direita (D), sensações parestésicas na hemiface D, acompanhadas de diminuição da força segmentar e global no dimídio D e cefaléia fronto temporal. Ao exame apresentava-se cooperativa, lúcida e consciente, em bom estado geral com hemiparesia D proporcionada; pupilas isocóricas com reflexos fotomotores lentos; exame de fundo ocular mostrando papilas tendendo à palidez com engurgitamento artério-venoso.

A paciente realizou testes hormonais através de técnicas de rádio-imunoensaio, determinando-se dosagens basais dos hormônios gonadotróficos, teste de estimulação e supressão com TRH e hipoglicemia induzida por insulina, revelando-se normais, levando a pensar em adenoma não funcionante.

Realizamos estudo radiológico simples do crânio que evidenciou abaulamento selar com duplo contorno do seu assoalho. A tomografia computadorizada de crânio (CT) mostrou processo expansivo com intensa impregnação pelo contraste iodado de localização intra e supra selar comprometendo o quiasma óptico. A angiografia cerebral bilateral mostrou diminuição do lúmen da artéria carótida interna D, ao nível da porção supra-clinóidea, sinais de deslocamento das artérias cerebrais média, anterior e oftálmica bilateralmente, mais a D, porém com bom enchimento.

A paciente foi submetida a intervenção cirúrgica por via fronto-têmporo-esfenoidal D. Os nervos ópticos, quiasma, segmento A1 da artéria cerebral anterior e artéria cerebral interna encontravam-se comprimidos pelo tumor e desviados para trás e para esquerda. Todos esses segmentos foram dissecados sob magnificação microscópica e convenientemente liberados do tecido tumoral. Logo após a dissecação observamos pulsação da artéria carótida interna, que encontrava-se ausente. O processo tumoral foi parcialmente removido, sendo o diagnóstico histopatológico compatível com macroadenoma não funcionante. No pós operatório houve evolução favorável, repetindo-se a CT, que mostrou evidente diminuição da massa tumoral.

Um mês após a intervenção cirúrgica os sinais neurológicos deficitários regrediram melhorando substancialmente a visão do olho D, tendo a paciente alta. A paciente não permitiu que fossem realizados exames angiográficos cerebrais no pós operatório.

## DISCUSSÃO

Aproximadamente 17% dos tumores pituitários removidos cirurgicamente mostram evidências histológicas de infartos e aproximadamente 7% de todos os pacientes com adenomas pituitários desenvolvem apoplexia<sup>2,3</sup>, que geralmente se associa com aumento agudo da massa tumoral, devido ao infarto ou hemorragia<sup>1,5</sup>.

Os mecanismos propostos nas obstruções da artéria carótida interna por adenomas pituitários podem ser divididos em 3 tipos<sup>4,7</sup>: 1. obstrução como resultado do rápido crescimento tumoral; 2. obstrução causada por vaso-espasmo devido ao extravazamento de sangue no espaço subaracnóideo; 3. envolvimento de agentes vaso-ativos.

Achados importantes em nosso caso, principalmente angiográficos, sugeriam obstrução da porção supra-clinóide da artéria carótida interna, causada por compressão adenomatosa. Geralmente essas obstruções intracranianas de artéria carótida por adenomas são eventos raros<sup>6</sup>, sendo os mais comuns: meningiomas, neuromas, gliomas e cordomas<sup>8</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Bakay L. The results of 300 pituitary adenoma operations. *J Neurosurg* 1950;7:240-255.
2. Dawson BH, Kothandaram P. Acute massive of pituitary adenomas: a study of five patients. *J Neurosurg* 1972;37:275-279.
3. Epstein S, Pimstone DL, De Villiers JC, Jackson WPU. Pituitary apoplexy in five patients with pituitary tumours. *Br Med J* 1971;2:267-270.
4. Kapp JP, Neill WR, Neill CL, Hodges LR, Smith RR. The three phases of vasospasm. *Surg Neurol* 1982;18:40-45.
5. Majachrzak H, Wencel T, Dragan T, Bialas J. Acute hemorrhage into pituitary adenoma with SAH and anterior cerebral artery occlusion: case report. *J Neurosurg* 1983;58:771-773.
6. Mawk JR. Vasospasm after pituitary surgery. *J Neurosurg* 1983;58:972.
7. Mawk JR, Ausman JL, Erickson DL, Maxwell RE. Vasospasm following transcranial removal of large pituitary adenomas: report of three cases. *J Neurosurg* 1979;50:229-232.
8. Rosenbaum TJ, Houser OW, Laws ER. Pituitary apoplexy producing internal carotid occlusion: case report. *J Neurosurg* 1977;47:599-604.