

SÍNDROME DE GARCIN CAUSADA POR ANEURISMA GIGANTE DA ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA

JOSÉ PINDARO P. PLESE *

MILBERTO SCAFF **

WALTER CARLOS PEREIRA **

JOSÉ ZACLIS ***

A maioria dos aneurismas intracranianos se manifesta por hemorragia subaracnóidea. A esta se somam, com relativa freqüência, sinais de compressão de nervos cranianos, mormente do motor ocular comum. Excepcionalmente, contudo, o aneurisma pode atingir grande volume sem provocar quadro hemorrágico, determinando, porém, compressão de várias estruturas intracranianas. Comporta-se, nestes casos, como processo tumoral, cuja sintomatologia depende de sua topografia e dimensões ^{1, 2, 7, 15, 16, 17, 18, 22, 24, 25, 33,}

A designação aneurisma gigante é empregada quando seu maior eixo ultrapassa 2,5 cm ^{2, 5, 19, 20, 24, 26, 28, 29.}

A síndrome de Garcin, como manifestação de aneurisma gigante, não foi ainda relatada na literatura, o que justifica o registro do presente caso.

OBSERVAÇÃO

M.A., 55 anos de idade, sexo feminino, cor branca. Registro H.C. 1.011.038. Internada em 2-3-1973. História iniciada 5 anos antes, com desvio progressivo do globo ocular esquerdo para dentro e visão dupla. Dois anos e meio depois ocorreu ptose palpebral esquerda, que em 8 meses se tornou completa. Na mesma época a paciente notou que a hemiface esquerda estava menos sensível que a direita, surgindo, 5 meses após, queda da acuidade auditiva ipsolateralmente. Um ano antes da internação a hemiface esquerda se tornou totalmente insensível, havendo também piora da audição e início de atrofia da hemilíngua esquerda. Seis meses depois a paciente começou a sentir dificuldade para deglutir alimentos líquidos, engasgando com freqüência, e 4 meses após notou que a boca se desviara para a direita, começando a ter sensações vertiginosas. *Exame clínico-neurológico* — Pressão arterial 140 x 90 mm Hg; pulso 88 batimentos por minuto; afebril; os exames clínico geral e especial nada revelaram de anormal, a não ser no que diz respeito ao comprometimento de nervos cranianos exclusivamente à esquerda: amaurose (fundos oculares sem papiledema e com pulso venoso presente); oftalmoplegia completa; anestesia térmica, tátil e dolorosa cutânea, assim como da bochecha, lábios e córnea da hemiface; desvio da mandíbula para a esquerda ao abrir a boca; atrofias dos músculos masseter e temporal; paralisia facial periférica; hipoacusia e hiporreflexia vestibular;

Trabalho da Clínica Neurológica do Departamento de Neuropsiquiatria, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: * Preceptor; ** Assistente-Doutor; *** Assistente-Docente, Chefe do Setor de Neurorradiologia.

diminuição de reflexo nauseoso e presença do sinal da cortina; discretos déficit e atrofia dos músculos esternocleidomastóideo e trapézio; atrofia da hemlíngua. *Exames complementares* — *Craniogramas*: calcificações de reduzidas dimensões ao nível do buraco óptico esquerdo; erosão do dorso selar, assim como da apófise clinóide posterior e da ponta da pirâmide esquerda. *Eletromiografia dos músculos masseter e temporal esquerdos*: degeneração total das fibras. *Encefalocintilografia com tecnécio*: zona hipercaptante ao nível das fossas anterior e média esquerdas. *Exame do líquido cefalorraqueano*: normal. *Carótido-angiografia esquerda*: volumoso aneurisma da artéria carótida interna. *Carótida-angiografia direita*: aneurisma da região da comunicante anterior (figs. 1 e 2).

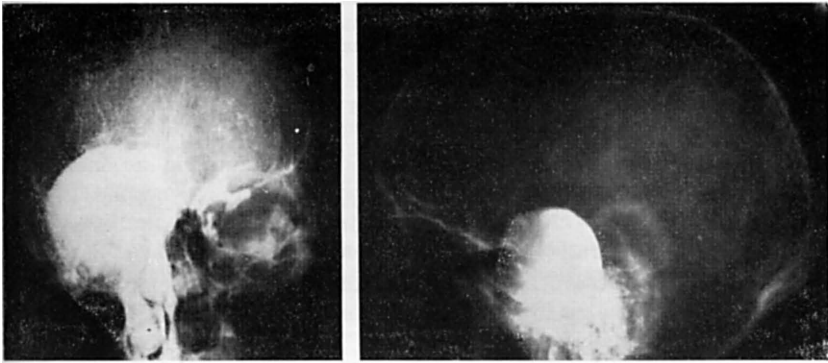


Fig. 1 — *Caso M.A.* — *Angiografia pela carótida esquerda, mostrando volumoso aneurisma, que ocupa inteiramente a fossa média e parte da anterior.*

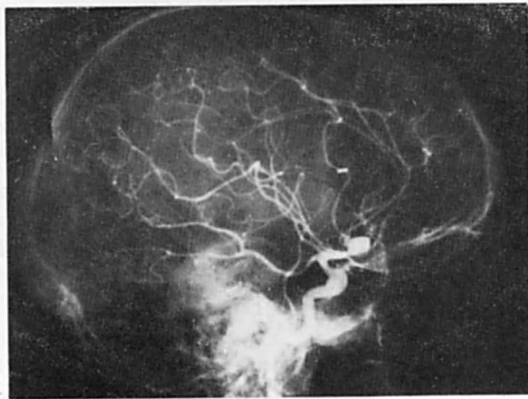


Fig. 2 — *Caso M.A.* — *Incidência lateral de angiografia pela carótida direita, mostrando aneurisma na região da artéria comunicante anterior.*

Logo após o estudo angiográfico a paciente apresentou estado confusional e sinais de irritação meníngea, mostrando-se hemorrágico o líquido cefalorraqueano. O quadro clínico se agravou progressivamente, tendo a paciente falecido 4 dias depois.

Necropsia — Edema cerebral intenso, com engasgamento das amígdalas cerebrales. Hemorragia subaracnóidea recente. Aneurisma sacciforme da artéria carótida interna esquerda, que se iniciava imediatamente pós o seio cavernoso, com cerca de 5 cm de comprimento e 4,5 cm de largura. Erosão dos ossos da fossa média esquerda, principalmente da ponta da pirâmide e sela turca. O aneurisma apresentava íntima relação com os nervos cranianos esquerdos e seus orifícios, comprimindo-os contra formações ósseas, máxime ao nível dos buracos redondo maior e oval. Foi encontrado aneurisma de médias dimensões (1,5 cm x 1,2 cm) na artéria comunicante anterior. Este aneurisma não comprimia nervo craniano algum. Não foi possível determinar qual dos aneurismas ocasionou o episódio hemorrágico.

COMENTÁRIOS

O comprometimento de nervos cranianos, configurando a síndrome de Garcin, é atribuído a várias etiologias, notadamente a neoplásica⁴. Em revisão da literatura, no entanto, não encontramos, entre as múltiplas causas desta síndrome, compressão provocada por aneurisma.

O nervo motor ocular comum é o mais comumente comprometido por aneurismas intracranianos^{18, 24, 29}; por ordem de freqüência, seguem-se as vias ópticas pré-geniculadas^{14, 15, 16, 18, 23, 24, 29}; muito mais raramente observa-se o cometimento de outros nervos cranianos^{1, 2, 7, 10, 17, 18, 21, 22, 29, 31}.

O fato de alguns aneurismas adquirirem grande volume sem se romperem ou provocarem hemorragia por diapedese está relacionado à estrutura de suas paredes e a condições hemodinâmicas^{24, 29}. Nos aneurismas gigantes têm sido descritos trombos laminares, que possivelmente reforçam a resistência de suas paredes^{13, 19, 20, 24, 26, 34}.

O estudo radiológico simples do crânio pode sugerir a presença destes aneurismas, evidenciando calcificações múltiplas ou isoladas de suas paredes^{2, 3, 6, 8, 24, 29} e áreas de lise óssea, algumas vezes extensas, simulando processo neoplásico maligno. As áreas de osteólise se localizam de preferência, ao nível das apófises clinóides anteriores e posteriores, assoalho da sela turca, fisura orbitária superior e canal da artéria carótida interna^{3, 7, 24, 29}.

A existência de aneurismas simulando neoplasias intracranianas torna insuficiente o estudo pré-operatório dos pacientes baseado apenas em pneumogramas e encefalocintilograma, exigindo a prática de angiografia^{2, 8, 24, 26, 28, 29}.

RESUMO

É relatado caso de aneurisma gigante da artéria carótida interna esquerda, provocando síndrome de Garcin. O diagnóstico só pôde ser firmado mediante estudo angiográfico. A necropsia revelou aneurisma da artéria carótida interna com 5 cm por 4 cm, comprimindo todos os nervos cranianos esquerdos, exceto o primeiro, e aneurisma da região da artéria comunicante anterior.

SUMMARY

Garcin's syndrome caused by a giant aneurysm of the internal carotid artery: a case report.

A case of a large supra-clinoideal aneurysm of the left internal carotid artery involving from the second up to twelfth cranial nerves is reported. The patient, a 55-years-old white female, died 4 days after the angiographic study. The necropsy showed a giant aneurysm originated of the supraclinoideal left internal carotid artery, and an aneurysm of the anterior communicating artery.

REFERÊNCIAS

1. ALAJOUANINE, R. — La symptomatologie tumorale des volumineux aneurysmes des arteries vertebrales et basilaires. *Rev. neurol. (Paris)* 80:321, 1948.
2. BULL, J. — Massive aneurysms at the base of the brain. *Brain* 92:535, 1969.
3. BULL, J. W. D. — Contributions of radiology to the study of intracranial aneurysms. *Brith med. J.* ii:1701, 1962.
4. CANELAS, H. M. & JULIAO, O. F. — Paralisias múltiplas de nervos encefálicos produzidas por neoplasias da base do crânio. *Arq. Neuro-Psiquiat. (São Paulo)* 19:185, 1961.
5. CUATICO, W.; COOK, A. W.; TYSHCHENKO, V. & ZHATIB, R. — Massive enlargement of intracranial aneurysms following carotid ligation. *Arch Neurol. (Chicago)* 17:609, 1967.
6. DANDY, W. E. — Intracranial arterial aneurysms in the carotid canal. *Arch. Surg. (Chicago)* 45:335, 1942.
7. DRAKE, C. G. — Management of aneurysms of posterior circulation. *In* R. J. Youmans — *Neurological Surgery*. Saunders, Philadelphia, 1973, vol. 2, pp. 787-806.
8. DVORAK, M. & KLAUS, E. — Schwierigkeiten in der Röntgendiagnostik und in der Behandlung von grossen intrakranialen sakulären Aneurysmen. *Acta neurochir. (Wien)* 15:182, 1966.
9. EPSTEIN, B. S. — The roentgenographic aspects of thrombosis of aneurysms of the anterior communicating and anterior cerebral arteries. *Amer. J. Roentgenol.* 70:211, 1953.
10. HANDA, J.; KIKUCHI, H.; IWAYAMA, K.; TERAUDA, T. & HANDA, H. — Traumatic aneurysms of the internal carotid artery. *Acta neurochir. (Wien)* 17:161, 1953.
11. HISKANNEN, O. & NIKKI, P. — Large intracranial aneurysms. *Acta neurol. Scand.* 38:195, 1962.
12. HYLAND, H. H. & BARNETT, H. J. M. — The pathogenesis of cranial nerve palsies associated with intracranial aneurysms. *Proc. roy. Soc. Med.* 47:141, 1954.
13. JAIN, K. K. — Surgery of intracranial berry aneurysms: a review. *Canada J. Surg.* 8:172, 1965.
14. JEFFERSON, G. — On the sacular aneurysms of the internal carotid artery in the cavernous sinus. *British J. Surg.* 26:267, 1938.
15. JEFFERSON, G. — Chiasmatal lesions produced by intracranial aneurysms. *Arch. Neurol. Psychiat. (Chicago)* 72:111, 1954.
16. JEFFERSON, G. — Further concerning compression of the optic pathways by intracranial aneurysms. *In*: R. K. Thompson — *Clinical Neurosurgery*. Williams & Wilkins, Baltimore, 1955, Vol. 1, p. 55.

17. KATZ, N. Y. & TOTLOW, W. F. T. — Two cases of vertebral aneurysms. *Canad. Med. Ass. J.* 92:471, 1965.
18. LE BEAU, J. & BILLET, R. — Aneurysmes arteriels cerebrales. *In* Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Neurologie, Vol. 5:7 49A-10, Paris, 1961.
19. LOCKSLEY, H. B. — Report on the cooperative study of intracranial aneurysms and subarachnoid haemorrhage. Section 5, part 1 — Natural history of subarachnoid haemorrhage, intracranial aneurysms and arterio-venous malformation. *J. Neurosurg.* 25:219, 1966.
20. LOCKSLEY, H. B. — Report on the cooperative study of intracranial aneurysms and subarachnoid haemorrhage. Section 5, part 2 — Natural history of subarachnoid haemorrhage, intracranial aneurysms and arterio-venous malformation. *J. Neurosurg.* 25:321, 1966.
21. LOUGHEED, W. M. & BARNETT, H. J. M. — Lesions producing spontaneous haemorrhage. *In* R. J. Youmans — *Neurological Surgery*. Saunders, Philadelphia, 1973, Vol. 2, pp. 709-723.
22. MASSACHUSETTS General Hospital — Case records. *New. Engl. J. Med.* 271: 709, 1964.
23. MILLISER, R. V.; GREENBERG, S. R. & NEIMAN, B. H. — Congenital or berry aneurysms in the optic nerve. *J. Clin. Path.* 21:335, 1968.
24. MORLEY, T. P. — Giant intracranial aneurysms: diagnosis, course and management. *In* R. G. Ojemann — *Clinical Neurosurgery*. Williams & Wilkins, Baltimore, 1969, vol. 16, pp. 73-94.
25. POOL, J. L. & POTTS, D. G. — *Aneurysms and Arteriovenous Anomalies of the Brain*. Harper & Row Publishers, New York, 1965.
26. SADIK, A. R.; BUDZILOVICH, G. N. & SHULMAN, K. — Giant aneurysms of the middle cerebral artery. A case report. *J. Neurosurg.* 22:177, 1965.
27. SCHUNK, H. — Spontaneous thrombosis of intracranial aneurysms. *Am. J. Roentgen* 41:327, 1964.
28. STEHBENS, W. E. — Intracranial arterial aneurysms. *Aust. Ann. Med.* 3:214, 1954.
29. STEHBENS, W. E. — *Pathology of Cerebral Vessels*. Mosby, Saint Louis, 1972, pp. 351-470.
30. WALSH, F. B. & KING, A. B. — Ocular signs of intracranial saccular aneurysms. *Arch. Ophthalm.* (Chicago) 27:1, 1952.
31. WALTON, J. N. — *Subarachnoid Haemorrhage*. E. & Livingstone, Edinburgo, 1956.
32. WHITE, J. C. & ADAMS, R. D. — Combined supra and infraclinoid aneurysms of internal carotid artery. *J. Neurosurg.* 12:50, 1955.
33. WHITE, J. C. & BALLANTINE, H. T. — Intracranial aneurysm simulating hypophysial tumor. *J. Neurosurg.* 18:34, 1961.
34. YOUNG, G. & FATTAL, G. A. — Arteriosclerotic aneurysms of the middle cerebral artery. *Canada med. Ass. J.* 89:720, 1963.