

Complicações e tratamento da tromboflebite superficial

Complications and treatment of superficial thrombophlebitis

Marcone Lima Sobreira¹

A tromboflebite superficial (TS) de membros inferiores, também chamada de trombose venosa superficial, é caracterizada pela presença de um trombo na luz de uma veia superficial, acompanhada pela reação inflamatória da parede e dos tecidos vizinhos. Apresenta-se como um cordão palpável, endurecido, hiperemiado, quente e doloroso, no curso de uma veia superficial¹. Trata-se de uma afecção frequente, mas a incidência exata é desconhecida. Estima-se que seja mais alta que a incidência da trombose venosa profunda (TVP)².

O diagnóstico clínico tem alta acurácia, embora a ultrassonografia vascular tenha possibilitado a melhora dessa acurácia, com detecção da extensão do processo trombótico. A amplitude desse processo inflamatório é variável, podendo atingir desde pequenas tributárias até grandes extensões dos troncos safenos; também pode, em casos mais graves, atingir o sistema venoso profundo, levando a complicações tromboembólicas graves, como a TVP e a embolia pulmonar (EP)^{3,4}. A concomitância com TVP varia de 21,6% até 36%⁵. A coexistência da tromboflebite superficial com a embolia pulmonar, quando feita a investigação sistemática – independentemente da presença ou da ausência da sintomatologia –, pode chegar a mais de 28% dos casos, segundo algumas séries da literatura^{5,6}.

Algumas características clínicas parecem estar relacionadas com o aumento do risco de complicações tromboembólicas, como: sexo masculino, idade > 60 anos, história de TVP progressiva, ocorrência bilateral de TS e infecção⁷. Outras características, como a proximidade do processo trombótico com o sistema venoso profundo, não parecem aumentar o risco de complicações tromboembólicas^{5,8}. Essa associação da TS com complicações tromboembólicas tem gerado dúvidas quanto ao comportamento benigno dessa afecção, sendo defendida, cada vez mais, a utilização da ultrassonografia vascular para uma investigação mais ampla. Em estudo realizado na nossa instituição (Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP), a incidência de TVP associada a casos de TS comprometendo membros inferiores foi de 21,67%, enquanto a ocorrência de EP sintomática foi de 35,3%⁵. Esses números chamam a atenção para o fato de a

TS não ser uma afecção benigna e de comportamento autolimitado, podendo carrear provável componente de hipercoagulabilidade subclínica, especialmente quando compromete veias não varicosas, o que pode aumentar em mais de nove vezes o risco de cursar com TVP concomitante⁵. É importante lembrar que essa afecção – além da associação com TVP e EP – pode também ser preditora de arteriopatias e neoplasias, marcador de trombofilia e marcador de recorrência de fenômenos tromboembólicos.

Para alguns autores, a ocorrência de TS – mesmo em pacientes que apresentam veias varicosas (condição estabelecida de risco para TS) – pode não se tratar de um simples acidente evolutivo da doença⁹. Em estudo – ainda não publicado – desenvolvido na nossa instituição, em aproximadamente 60% dos casos, a tromboflebite encontrava-se associada a pelo menos uma desordem trombofílica, sendo o fator V de Leiden (39,30%) e a mutação do gene da protrombina G20210A (19,70%), as alterações mais frequentes.

Ainda é importante lembrar a forte associação dessa patologia como preditora clínica de algumas formas de neoplasia, segundo alguns autores (Síndrome de Trousseau), sobretudo estômago, pâncreas, cólon, pulmão, mama, ovário e próstata¹. Fato não comprovado, em estudo francês recente, a TS não se mostrou preditora independente para neoplasia¹⁰.

A escassez de estudos bem delineados sobre TS favorece uma heterogeneidade de resultados conflitantes, não permitindo conhecer adequadamente a história natural da TS, o que acarreta a existência de um grande número de opções terapêuticas descritas, sem, entretanto, nenhuma apresentar evidência significativa de relevância. Dentre as opções clínicas descritas, temos: orientação de deambulação e repouso em Trendelenburg, anti-inflamatórios não hormonais, compressão elástica, anticoagulação (profilática ou terapêutica) e tratamentos tópicos. Dentre essas opções, as que aparentemente apresentam benefício potencial são o tratamento anticoagulante (sem consenso se em doses profiláticas ou terapêuticas) e o uso de anti-inflamatórios.

Essa miscelânea de resultados conflitantes se reflete nas orientações dos consensos a respeito

¹Universidade Estadual Paulista – UNESP, Faculdade de Medicina de Botucatu, São Paulo, SP, Brasil.

do tratamento dessa afecção. A *American College of Chest Physicians* (ACCP), nas suas sucessivas deliberações, demonstra isso:

- CHEST 2004 (7.^a edição)¹¹: Se TS desencadeada por infusão endovenosa, recomenda anti-inflamatório sistêmico (2B) ou tópico (1B). Caso seja TS espontânea, heparina (não fracionada – HNF ou de baixo peso molecular – HBPM) pelo tempo mínimo de quatro semanas (2B).
- CHEST 2008 (8.^a edição)¹²: Sugere anti-inflamatório concomitante ao tratamento anticoagulante (2B). Reforça que, em caso de TS, cujo processo trombótico esteja longe da conexão com o sistema venoso profundo, a recomendação é de que seja usado tratamento anti-inflamatório tópico ou sistêmico (2C).
- CHEST 2012 (9.^a edição)¹³: Os anti-inflamatórios são relegados a uma segunda opção, sendo defendido que o tratamento seja feito com fondaparinux ou HBPM em doses profiláticas,

desde que esse processo trombótico tenha > 5 cm de extensão (2B).

O que fica evidente nessas três edições do consenso é que há preferência pelo tratamento clínico, sendo recomendado o tratamento cirúrgico em apenas uma ocasião, como mais eficaz em rapidez de alívio sintomático¹². Isso pode ser decorrente do mau delineamento dos estudos em que o tratamento cirúrgico é abordado. Quando se analisa pela ótica da “medicina baseada em evidências – COCHRANE”, nota-se que os autores, numa análise pormenorizada de 30 estudos (6.507 pacientes), orientam o tratamento anticoagulante com fondaparinux (dose profilática) para tratamento da TS, sendo que as demais opções terapêuticas – tópico, sistêmico ou cirúrgico – não possuem evidência suficiente para recomendação, especialmente no que concerne à progressão do trombo e em termos de complicação tromboembólica¹⁴.

Com base na experiência do nosso grupo, a preferência é pelo tratamento clínico, em um primeiro momento, reservando a cirurgia para casos de varizes (Figura 1).

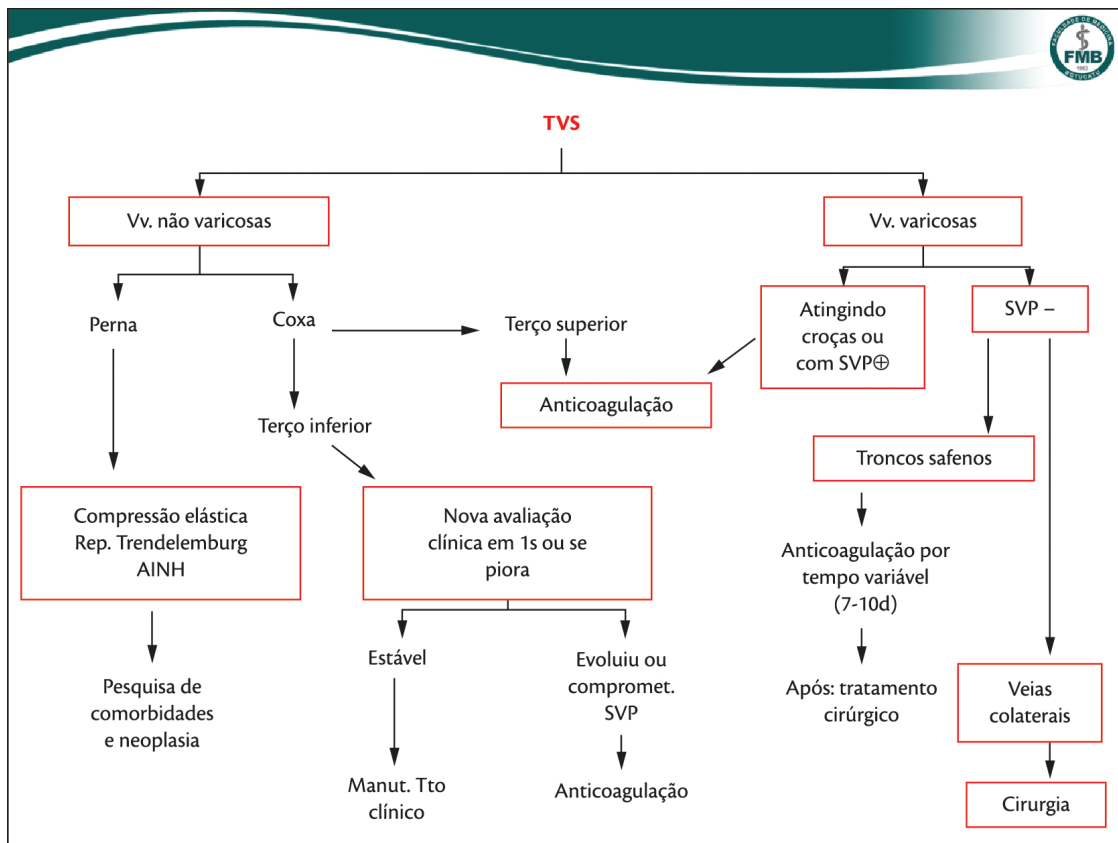


Figura 1. Abordagem terapêutica da trombose venosa superficial (TVS) no Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. SVP = sistema venoso profundo.

REFERÊNCIAS

- Sobreira ML, Yoshida WB, Lastória S. Tromboflebite superficial: epidemiologia, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. *J Vasc Bras.* 2008;7(2):131-43.
- Nordström M, Lindblad B, Bergqvist D, Kjellström T. A prospective study of the incidence of deep-vein thrombosis within a defined urban population. *J Intern Med.* 1992;232(2):155-60. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2796.1992.tb00565.x>. PMID:1506812
- Jorgensen JO, Hanel KC, Morgan AM, Hunt JM. The incidence of deep venous thrombosis in patients with superficial thrombophlebitis of the lower limbs. *J Vasc Surg.* 1993;18(1):70-3. <http://dx.doi.org/10.1067/mva.1993.42072>. PMID:8326661
- Blumenberg RM, Barton E, Gelfand ML, Skudder P, Brennan J. Occult deep venous thrombosis complicating superficial thrombophlebitis. *J Vasc Surg.* 1998;27(2):338-43. [http://dx.doi.org/10.1016/S0741-5214\(98\)70364-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0741-5214(98)70364-7). PMID:9510288
- Sobreira ML, Maffei FHA, Yoshida WB, et al. Prevalence of deep vein thrombosis and pulmonary embolism in superficial thrombophlebitis of the lower limbs: prospective study of 60 cases. *Int Angiol.* 2009;28(5):400-8. PMID:19935595.
- Verlato F, Zucchetto P, Prandoni P, et al. An unexpectedly high rate of pulmonary embolism in patients with superficial thrombophlebitis of the thigh. *J Vasc Surg.* 1999;30(6):1113-5. PMID: 10587397.
- Lutter KS, Kerr TM, Roedersheimer LR, Lohr JM, Sampson MG, Cranley JJ. Superficial thrombophlebitis diagnosed by duplex scanning. *Surgery.* 1991;110(1):42-6. PMID:1866693.
- Bergqvist D, Jaroszewski H. Deep vein thrombosis in patients with superficial thrombophlebitis of the leg. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1986;292(6521):658-9. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.292.6521.658-a>. PMID:3081214
- Gillet JL, Allaert FA, Perrin M. Superficial thrombophlebitis in non varicose veins of the lower limbs. A prospective analysis in 42 patients. *J Mal Vasc.* 2004;29(5):263-72. [http://dx.doi.org/10.1016/S0398-0499\(04\)96771-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0398-0499(04)96771-6). PMID:15738838
- Sevestre MA, Quashié C, Genty C, Rolland C, Quéré I, Bosson JL. Clinical presentation and mortality in pulmonary embolism: the Optimev study. *J Mal Vasc.* 2010;35(4):242-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmv.2010.05.004>. PMID:20598461
- Schünemann HJ, Cook D, Grimshaw J, et al. Antithrombotic and thrombolytic therapy: from evidence to application: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest.* 2004;126(3 Suppl):688S-96S. http://dx.doi.org/10.1378/chest.126.3_suppl.688S. PMID:15383490
- Hirsh J, Guyatt G, Albers GW, Harrington R, Schunemann HJ. American College of Chest Physicians Evidence-based clinical practice guidelines (8th edition). *Chest.* 2008;133(6 Suppl):71S-109S.
- Guyatt GH, Akl EA, Crowther M, et al. Antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest.* 2012;141(2 Suppl):7S-47S.
- Di Nisio M, Wichers IM, Middeldorp S. Treatment for superficial thrombophlebitis of the leg. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013. 4:CD004982. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004982.pub5>. PMID: 23633322.

Correspondência

Marcone Lima Sobreira
 Rua Emílio Cani, 566, casa 2 - Vila Santa Terezinha de Menino Jesus
 CEP 18606-180 - Botucatu (SP), Brasil
 Tel.: (14) 9 9718-0806
 E-mail: mlsobreira@gmail.com

Informações sobre o autor

MLS – Professor Doutor Assistente da Disciplina Cirurgia Vasculare e Endovascular da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (UNESP)