

RELATO DE CASO

TROMBOSE BILATERAL EM MEMBROS SUPERIORES: RELATO DE CASO

BILATERAL UPPER LIMB THROMBOSIS: CASE REPORT

Marlon Daniel Gomes Coelho¹, Maria Luzia Silva Brito¹, Tatiane Pires de Oliveira¹, Renata dos Santos Oliveira¹, Marcos Aurélio Canela Xavier¹, Renata Betelli Cardoso Alves¹, Rafael dos Santos Oliveira².



ACESSO LIVRE

Citação: Coelho MDG, Brito MLS, Oliveira TP, Oliveira RS, Xavier MAC, Alves RBC, Oliveira RS. (2021) Trombose bilateral em membros superiores: relato de caso. Revista de Patologia do Tocantins, 8(3).

Instituição: ¹Acadêmico(a) do curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins, Campus Palmas, Tocantins, Brasil. ²Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Tocantins, Residente em Radiologia pelo Centro de Reabilitação e Readaptação Dr Henrique Santillo.

Autor correspondente: Tatiane Pires de Oliveira. Endereço Postal: 206 Sul, Alameda 02, Lote 07, Residencial Isabela, Bloco 1, Apartamento 104. Endereço eletrônico: tatip995@gmail.com

Editor: Rosa A. C. G. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 05 de novembro de 2021.

Direitos Autorais: © 2021 Coelho et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

RESUMO

Introdução: A trombose venosa das extremidades superiores é definida como a trombose das veias braquial, axilar e subclávia. Ocorre muito raramente a uma taxa de 5% a 10% de toda a trombose venosa profunda. O fundamento do tratamento compreende principalmente a terapia anticoagulante, a fim de prevenir complicações. **Desenvolvimento:** Relatamos um caso de trombose venosa dos membros superiores que acometeu uma adolescente do sexo feminino, internada em nosso serviço de emergência no Hospital Geral de Palmas em estado de risco de vida e possuía como fator de risco para eventos tromboembólicos, uma doença cardíaca cianótica. **Considerações finais:** Este caso destaca os desafios relacionados ao diagnóstico preciso em uma idade tão jovem e discute as terapias atuais diante dessa doença.

Palavras Chave: trombose; cardiopatia; diagnóstico.

ABSTRACT

Introduction: Upper Extremities Venous Thrombosis is defined as the thrombosis of brachial-, axillary- and subclavian veins. It occurs quite rarely at a rate of 5% to 10% of all deep vein thrombosis. The foundation of treatment comprises mainly on anticoagulant therapy in order to prevent comorbidities. **Development:** We report a case of upper limbs venous thrombosis affecting a young female adolescent who was admitted to our emergency care at Hospital Geral de Palmas in a life-threatening state and suffered, as mainly risk factor for thromboembolic events, from a cyanotic heart disease. **Final considerations:** This case highlights the challenges revolving in making a precise diagnosis in such young age and discusses about current therapies in face of this disease.

Key words: thrombosis; heart disease; diagnosis.

INTRODUÇÃO

A trombose venosa profunda proximal dos membros superiores é definida pela trombose das veias braquiais, axilares ou subclávias. Inclui também a extensão da veia braquiocefálica, da veia cava superior e da veia jugular interna.¹

É classificada em formas primárias e secundárias. A primária engloba trombose não provocada e trombose associada à síndrome do desfiladeiro torácico. A secundária está associada a um fator de risco conhecido, sendo mais comum a presença de um cateter venoso central, porém ainda pode se associar a câncer, imobilização do membro com gesso, trombofilias hereditárias e adquiridas, além da síndrome do desfiladeiro torácico (compressão e oclusão da veia subclávia entre a clavícula e a primeira costela).²

O primeiro registro de trombose venosa de membro superior ocorreu em 1875 por Sir James Paget, que descreveu uma trombose da veia subclávia que chamou de "flebite gotosa", atribuindo o fenômeno a um vasoespasmos.³ Em 1884, von Schrötter descreveu o quadro como sendo resultante de uma trombose oclusiva da subclávia ou veias axilares⁴. Assim, Hughes renomeou o fenômeno em 1949 como "síndrome de Paget – Schrötter" ou síndrome do desfiladeiro torácico vascular⁵.

A trombose venosa profunda dos membros superiores é uma forma relativamente incomum de trombose venosa, responsável por 5% a 10% de todas as tromboses venosas profundas.⁶ Entretanto, está se tornando mais comum, especialmente em hospitais de pacientes com comorbidades graves, devido ao aumento do uso de cateteres venosos centrais para quimioterapia, antibioticoterapia prolongada ou como parte da nutrição parenteral.⁷

Tal como acontece com outras formas de trombose, a pedra angular do tratamento é o uso de terapia anticoagulante para prevenir recorrências e outras complicações, incluindo embolia pulmonar.⁷No entanto, dada a baixa frequência relativa desse tipo de trombose, há uma escassez de dados de alta qualidade em relação a muitos aspectos dessa condição, incluindo diagnóstico, prognóstico, complicações crônicas e, mais importante, tratamento.⁷

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 14 anos, deu entrada em no Hospital Geral Público de Palmas (HGPP) em 14/05/19, conduzida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) após queixar-se de desconforto torácico. Evoluiu com taquicardia ventricular instável sem pulso e parada cardiorrespiratória revertida após dois ciclos, apresentando logo após a reversão, bradicardia e hipotensão arterial PA:(94x72 mmHg).

Como antecedente, havia sido submetida a cirurgia para shunt sistêmico pulmonar aos 3 anos de idade, devido a cardiopatia congênita cianótica. E posteriormente reavaliada aos 12 anos onde não houve indicação de correção cirúrgica devido impossibilidade anatômica. Em última avaliação fora verificado através de ecocardiograma isomerismo atrial direito, dextrocardia; defeito do septo atrioventricular rastelli B,

desbalanceado, leve dominância esquerda, transposição de grandes vasos, atresia de valva pulmonar entre outras alterações.

Devido à instabilidade a paciente foi internada em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), na qual fez uso de droga vasoativa, através de cateter venoso central e ventilação mecânica. Após apresentar melhora a paciente foi extubada em 20/05/2019, apresentando regular estado geral e escala de glasgow: 15. Queixou-se de dor em membro superior esquerdo há 24 horas, ao exame físico apresentava cianose de extremidades, baqueteamento digital, edema importante de membros superiores sendo endurecido e maior à esquerda, havia presença de pulsos distais. Em doppler de 20/05/2019 foi verificado obstrução aguda em veias subclávia, axilar, braquiais, radiais, ulnares cefálica e basílica de membro direito e em veias subclávia, axilar, braquiais, cefálica, basílica e radiais esquerdas, sendo poupada as veias ulnares esquerdas. Dessa forma, após o diagnóstico de trombose venosa profunda bilateral em membros superiores foi iniciada anticoagulação plena com clexane 60mg a cada 12 horas por 10 dias associada à elevação de membros.

O paciente evoluiu com melhora clínica, apresentando redução de dor, de dispneia e de edema em membros superiores. Recebeu alta com medicações para estabilização de cardiopatia congênita e anticoagulação com rivaroxabana 15 mg uma vez ao dia por no mínimo 06 meses.

DISCUSSÃO

A hemostasia resulta da interação entre proteínas pró coagulantes, anticoagulantes, fibrinolíticas das plaquetas e dos vasos sanguíneos. Uma vez que tais fatores sofram interferências, seja por questões genéticas (primárias) ou adquiridas (secundárias), o resultado é a quebra desta hemostasia, desencadeando um estado de hiper ou hipo coagulabilidade. Um quadro pró trombótico pode ser resumido no conceito da tríade de Virchow, que engloba lesão vascular, estase venosa e hipercoagulabilidade sanguínea, resultantes de doenças tromboembólicas que prevalecem como causas de morbimortalidade de abrangência mundial.⁵

A forma primária da Trombose venosa profunda (TVP) de extremidade superior é representada pela síndrome do desfiladeiro torácico vascular, condição rara que representa 10% a 20% de todos os eventos. As formas secundárias aparecem em pacientes com câncer e estão associadas a cateteres venosos centrais, cateteres centrais de inserção periférica ou colocação de marcapasso.⁹ De uma forma geral, os fatores de risco para trombose venosa incluem pacientes com cardiopatia dilatada, acamados, imobilizados, obesos, portadores de neoplasias ou varizes, compressões extrínsecas da veia, gravidez, puerpério, uso de anticoncepcionais orais, doenças hematológicas e tabagismo¹⁰. Em relação à faixa etária mais acometida, como primeiro evento, *Moreira et al.* demonstrou em seu estudo que se encontra entre 20 e 29 anos (31,2%)¹¹.

O diagnóstico clínico deve ser corroborado por uma criteriosa avaliação dos sintomas, sinais e fatores de risco para indicar a

probabilidade clínica de o indivíduo apresentar a patologia. O quadro é marcado por dor e edema súbito dos membros superiores acompanhados ou não do desenvolvimento de circulação colateral visível e a dor elevada pela compressão e movimento do membro¹². *Burihan et al.* notificaram dor e edema em 98 e 63% dos casos, respectivamente, e circulação colateral proeminente em 71% dos casos. A paciente em questão reforçou o que é encontrado no estudo, tendo citado com veemência dor e edema como sintomas mais marcantes¹³.

Uma possível complicação crônica da TVP é o desenvolvimento da síndrome pós-trombótica (SPT), avaliada por meio da escala de Villalta modificada para a extremidade superior, que traz o risco de incapacidade do paciente¹⁴. *Lazo-Langner* afirma que o risco geral de SPT em TVP de membro superior é de cerca de 19% e talvez menor em pacientes com trombose associada a cateter. Ele também enfatiza que pacientes tratados com heparina de baixo peso molecular (HBPM) seguido de varfarina tem ocorrência de SPT semelhante em pacientes tanto com TVP de extremidade superior primária ou secundária¹⁵. Contudo, quando se tem apenas o uso anticoagulantes, a ocorrência de SPT é mais alta que naqueles tratados com cirurgia e/ou trombólise, contudo, atualmente, a trombólise deve ser realizada apenas nos casos em que o membro acometido sofre risco iminente, em casos de TVP das extremidades inferior e superior¹⁶.

Rathbun et al. trataram 67 pacientes com TVP de extremidade superior com HBPM e com varfarina ou HBPM em monoterapia por 3 meses e concluíram que não houve diferença entre recidivas ou sangramento quando comparadas as terapias¹⁷. *Montiel et al.*, avaliou 55 pacientes com TVP de extremidade superior que receberam anticoagulante oral direto e observou uma recidiva durante o tratamento (2%) e duas recidivas (4%) após 6 meses de conclusão¹⁸. *Agno et al.* usaram terapia anticoagulante (terapia parenteral com ou sem vitamina K ou anticoagulante oral direto) por pelo menos 3 meses e apresentaram uma desistência durante o estudo do uso de anticoagulantes foi maior para o TVP de extremidade superior do que TVP de extremidade inferior, o que interfere nos resultados. Contudo, em seu estudo, não houve diferença significativa entre os grupos no que diz à recorrência ou sangramento, o que demonstra que eficácia do tratamento para ambos os locais de trombose¹⁹.

Nos casos em que fatores de risco pró-trombóticos são persistentes, é indicado a anticoagulação por tempo indeterminado, o que não ocorre nos pacientes que apresentam fatores de risco transitórios, onde o tratamento pode perdurar de 3 a 6 meses. Deve-se reforçar que após o primeiro episódio de TVP, deve-se realizar acompanhamento contínuo e prolongado dos pacientes acometidos a fim de evitar recorrências²⁰.

CONCLUSÃO

A TVP dos membros superiores mesmo se apresentando em menor frequência que as de membros inferiores, mostram

complicações embólicas não menos graves como dor, edemas persistentes, síndrome da veia cava superior, complicações ao acesso venoso, tromboflebite superficial, hipertensão venosa crônica e possíveis sintomas incapacitantes recorrentes, tendo como viés de tratamento apenas anticoagulação e elevação do membro.

É preciso estar sensível ao aumento da incidência desta doença em específico, que vem se tornando mais comuns nas últimas décadas, devido ao recorrente uso de cateteres para quimioterapia, diálise, nutrição parenteral e marcapassos, além de também se relacionarem ao esforço, no qual ocorre aumento temporário da coagulação, podendo levar a lesões intimais microscópicas e estase venosa.

Isto ressalta a importância da doença, que necessita de diagnóstico e tratamento precoces para evitar tais complicações, alertando ao serviço de saúde os sinais e sintomas clínicos altamente variáveis e, por vezes, inespecíficos, mas que permanecem como a base da estratégia diagnóstica. Não existem ainda estudos que testifiquem os benefícios da tromboprofilaxia de rotina em paciente com uso de cateteres, porém é salutar manter a observação no acompanhamento dos pacientes diagnosticados afim de evitar comorbidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Delluc A, Mao RL, Tromeur C *et al.* Incidence of upper-extremity deep vein thrombosis in western France: a community-based study. *Haematologica*, [s.l.], v. 104, n. 1, p.29-31, 3 ago. 2018. Ferrata Storti Foundation (Haematologica). <http://dx.doi.org/10.3324/haematol.2018.194951>.
2. Chen AW, Yazdani KO, Oraii K, Candilio L. Upper Limb Deep Vein Thrombosis: A Case Report of an Increasingly Common Condition. *The Journal Of Tehran University Heart Center, Tehrân*, v. 2, n. 13, p.73-75, abr. 2018. Trimestral.
3. Dubhashi SP, Sindwani RD. Sir James Paget. *Indian J Surg* 2014;76:254-255.
4. Maslovsky I, Gefel D. Paget-von Schrötter Syndrome. *Am J Med* 2006;119:368.
5. Hughes ES. Venous obstruction in the upper extremity; Paget-Schroetter's syndrome; a review of 320 cases. *Surg Gynecol Obstet* 1949;88:89-127.
6. Lazo-Langner, A. Studies in upper extremity deep vein thrombosis: Addressing the knowledge gaps. *Research And Practice In Thrombosis And Haemostasis*, [s.l.], v. 3, n. 3, p.312-314, 15 maio 2019. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/rth2.12210>.
7. Drouin, L. *et al.* Épidémiologie des thromboses veineuses des membres supérieurs: étude rétrospective de 160 thromboses aiguës. *La Revue de Médecine Interne*, [s.l.], v. 40, n. 1, p.9-15, jan. 2019. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.revmed.2018.07.012>.
8. Hall, JE. Guyton e Hall tratado de fisiologia médica. Elsevier Brasil, 2017.
9. Kuhn JE, Lebus VG, Bible JE. Thoracic outlet syndrome. *J Am Acad Orthop Surg*. 2015;23:222–32.

10. Tierney LM, Mcphee SJ, Papadakis MA. Current Medical Diagnosis and Treatment. Copyright, 2003.
11. Moreira, AM. *et al.* Fatores de risco associados à trombose em pacientes do estado do Ceará. Rev Bras Hematol Hemoter, v. 31, n. 3, p. 132-6, 2009.
12. Rollo H, Fortes V, Fortes Jr A, Yoshida W, Lastoria S, Maffei F. Abordagem diagnóstica dos pacientes com suspeita clínica de trombose venosa profunda dos membros inferiores. J Vasc Br. 2005;4:79-92.
13. Burihan E, de Figueiredo LF, Miranda Jr F. Upper-extremity deep venous thrombosis: analysis of 52 cases. Cardiovasc Surg. 1993;1:19-22.
14. Elman EE, Kahn SR. The post-thrombotic syndrome after upper extremity deep venous thrombosis in adults: a systematic review. Thromb Res. 2006;117:609–14.
15. Lazo- Langner, A. Studies in upper extremity deep vein thrombosis: Addressing the knowledge gaps. Research and practice in thrombosis and haemostasis, v. 3, n. 3, p. 312, 2019.
16. Lazo-Langner A, Kahn SR, Wells PS, Anderson D, Rodger M, Carrier M, et al. A prospective cohort study of upper extremity deep vein thrombosis. Blood. 2015;126:893.
17. Rathbun SW, Stoner JA, Whitsett TL. Treatment of upper-extremity deep vein thrombosis. J Thromb Haemost 2011;9(10):1924–1930
18. Montiel FS, Ghazvinian R, Gottsäter A, Elf J. Treatment with direct oral anticoagulants in patients with upper extremity deep vein thrombosis. Thromb J 2017;15:26
19. Ageno, Walter *et al.* Upper Extremity DVT versus Lower Extremity DVT: Perspectives from the GARFIELD-VTE Registry. Thrombosis and haemostasis, 2019.
20. Kearon, C.; *et al.* American College of Chest Physicians. Antithrombotic therapy for venous thromboembolic disease: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines (8th edition). Chest, v. 133, n. 6, p. 454-545, 2008.