

THIAGO CASSIO SANTOS WALMSLEY LUCENA

**TROMBOSE VENOSA PROFUNDA EM MEMBRO SUPERIOR
APÓS MASTOPLASTIA REDUTORA**

São Paulo

2015

THIAGO CASSIO SANTOS WALMSLEY LUCENA

**TROMBOSE VENOSA PROFUNDA EM MEMBRO SUPERIOR
APÓS MASTOPLASTIA REDUTORA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Comissão de Residência Médica do Hospital do Servidor Público Municipal, para obter o título de residência médica.

Área: Cirurgia geral

Orientador: Prof. Dr. Roberto Luiz Sodré

**São Paulo
2015**

FICHA CATALOGRÁFICA

Lucena, Thiago Cassio Santos Walmsley

Trombose venosa profunda em membro superior após mastoplastia redutora / Thiago Cassio Santos Walmsley Lucena. São Paulo: HSPM, 2015.

19 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Luiz Sodré.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Comissão de Residência Médica do Hospital do Servidor Público Municipal, para obter o título de Residência Médica, na área de Cirurgia Geral.

1. Trombose 2. Mastoplastia 3. Trombose venosa profunda I. Hospital do Servidor Público Municipal II. Título.

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

São Paulo, 25 de agosto de 2015

Assinatura do Autor:

AGRADECIMENTOS

Ao professor e orientador Dr. Roberto Luiz Sodré e toda equipe da Cirurgia Plástica do Hospital do Servidor Público Municipal pelo apoio, confiança e suporte com este relato de caso, o meu muito obrigado.

RESUMO

Estima-se que as trombozes venosas profundas de membros superiores sejam responsáveis por 1 a 4% de todas as trombozes venosas profundas. A trombose venosa profunda de membro superior tem se tornado mais comum nas últimas décadas pelo aumento do uso de cateteres para quimioterapia, diálise, nutrição parenteral e marca-passos. Poucos casos de trombose venosa profunda em membro superior foram descritos na literatura médica relacionados com cirurgia plástica mamária. Neste relato de caso evidenciamos uma complicação no pós operatório de um procedimento cirúrgico, a trombose venosa profunda de membro superior após realização de mastoplastia redutora, havendo necessidade de anticoagulação com rivaroxaban por seis meses com resolução do quadro.

Palavras-chave: Cirurgia plástica. Mamoplastia. Trombose venosa profunda de membros superiores.

ABSTRACT

It is estimated that deep venous thrombosis of upper limbs 1 are accounted for 4% of all deep venous thrombosis. Deep vein thrombosis of the upper limb has become more common in recent decades by the increasing use of catheters for chemotherapy, dialysis, parenteral nutrition and pacemakers. Few cases of deep vein thrombosis in the upper limbs have been described in the medical literature related to breast plastic surgery, review of the medical literature of five years, so is important to emphasize the need for research and investigation in suspicion of this diagnosis. In this case report we noted a complication after surgery for a surgical procedure, deep vein thrombosis of the upper limb after performing reduction mammoplasty, requiring anticoagulation with for 6 months with resolution of the picture.

Keywords: Plastic surgery. Mammoplasty. Deep vein thrombosis of the upper limbs.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
OBJETIVO.....	8
RELATO DE CASO.....	9
DISCUSSÃO.....	12
REFERÊNCIAS	17

Trombose venosa profunda é a forma mais comum de tromboembolia venosa e muitas vezes pode se apresentar de forma silenciosa, com apenas 33% dos pacientes apresentando sintomas. Pode-se estimar que aproximadamente 1-4% de todas as trombozes venosas profundas sejam de membros superiores, trazendo sério risco de complicações embólicas. Poucos relatos médicos citam a trombose venosa profunda de membro superior como complicação de cirurgia plástica mamária, entretanto é importante ressaltar que na suspeita diagnóstica, é necessário realizar exames complementares e investigação adequada para o quadro clínico.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de uma paciente que foi submetida à mastoplastia redutora e apresentou uma rara complicação pós-operatória, a trombose de venosa de membro superior direito, além de evidenciar a importância da investigação clínica na vigência da suspeita de um quadro de trombose venosa profunda.

Paciente de 21 anos, feminina, branca, procurou o Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo queixando-se de mamas volumosas. Não apresentava comorbidades e negava tabagismo ou etilismo. Negava cirurgias prévias, uso de medicamentos e não possuía história familiar de doenças hematológicas.

Ao exame, apresentava mamas com hipertrofia e assimetria moderada (mama esquerda maior do que a mama direita), e ptose grau 2 (Classificação de Regnault), conforme Figura 1. Mamografia bilateral sem alterações, BIRADS.



Figura 1: Paciente de 21 anos apresentando hipertrofia e ptose mamárias
(Fonte: fotografia pelo autor)

Realizado exame clínico e exames pré-operatórios, os quais não mostraram alterações. A paciente foi submetida à cirurgia em 15/12/2014, quando foi realizada mastoplastia redutora com pedículo súpero-medial, com retirada de 115g de tecido mamário à direita e 260g à esquerda. A ascensão do complexo aréolo-papilar foi de 25,0cm para 18,5 cm (distância da fúrcula esternal ao limite superior da aréola).

No primeiro dia de pós-operatório a mama direita apresentava sinais de hematoma, já com sinais de congestão e sofrimento vascular da aréola direita. A paciente foi submetida a revisão cirúrgica imediata, com drenagem de hematoma de pequena quantidade, porém em posição retroareolar. Não havia sangramento ativo.

No dia seguinte à reabordagem cirúrgica, a mama direita já apresentava melhora do edema e da congestão da aréola. Ainda, a paciente apresentou quadro de tromboflebite superficial do membro superior direito, a qual foi tratada com anti-inflamatório não-esteróide e calor local. A paciente recebeu alta hospitalar em bom estado geral. Cinco dias após, a paciente retorna ao ambulatório de Cirurgia Plástica do HSPM queixando-se de dor e edema importantes e limitação de movimento (abdução) em membro superior direito. Realizado *US Doppler* de membro superior direito (MSD), que mostrou trombose venosa profunda (TVP) em veias axilar, braquial e basílica do MSD. A paciente foi internada e mantida em anticoagulação plena, com acompanhamento por cirurgião vascular. Angiotomografia das artérias pulmonares para investigação de tromboembolia pulmonar não demonstrou alterações. Após uma semana, recebeu alta hospitalar mantendo anticoagulação com rivaroxaban (xarelto®).

A paciente evoluiu bem após anticoagulação, sem intercorrências. Ainda, a aréola da mama direita evoluiu com necrose parcial, a qual foi tratada com curativos e fechamento por segunda intenção. A paciente apresentou evolução clínica satisfatória após esses eventos (Figura 2). Manteve uso do rivaroxaban por seis meses quando suspendeu o tratamento sob orientação do cirurgião vascular. Realizado novo *US Doppler* de membro superior direito, que mostrou recanalização e retorno normal da circulação venosa do membro.

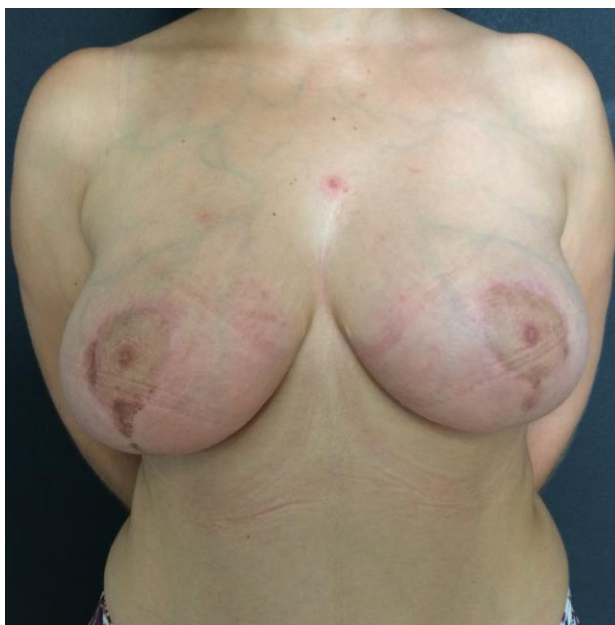


Figura 2: Fotografia no 3º mês de pós-operatório, apresentando evolução normal nas mamas e membros superiores. (Fonte: fotografia pelo autor)

Devido tal importância dessa doença, mesmo se tratando de um evento raro quando associado à mastoplastia redutora, na área da cirurgia plástica, fica evidente o papel do médico na investigação e suspeita dessa condição, não subestimando os sinais e sintomas relatados pelo paciente, visto que muitas vezes um quadro de trombose venosa profunda pode ser caracterizar como um edema local, assimetria de membro e limitação do movimento pela dor.

Estes podem ser sinais de um pós-operatório habitual, que evolui, devido à agressão cirúrgica e pela resposta endócrino metabólica induzida pelo trauma (REMIT), com edema local, podendo não ser identificado pelo profissional da saúde e podendo acarretar sérias complicações ao paciente. A investigação com exames complementares pode ser necessário quando os sinais e sintomas referidos no pós-operatório não apresentam remissão mesmo com medidas como uso de anti-inflamatórios, analgésicos e repouso, neste caso cabe a investigação complementar se o médico achar necessário.

Dos exames complementares, destacam-se o raio x do tórax, de fácil realização em qualquer centro urbano, pode dar uma orientação para o aspecto do mediastino, dos pulmões, das partes moles e do esqueleto. A flebografia é método mais eficaz para localizar a obstrução venosa, definindo as características da trombose, se adesiva ou e por embolia, bem como a veia mais atingida, se a axilar ou a subclávia. O tipo de circulação colateral pode dar uma noção da extensão do trombo. Uma das desvantagens é ser um procedimento invasivo, capaz de produzir reação na parede venosa, já afetada

pela trombose. Por outro lado, o exame pode ser contraindicado em pacientes com insuficiência renal, pela nefrotoxicidade da substância de contraste. A outra desvantagem é de ordem técnica. Não se consegue uma boa imagem flebográfica injetando qualquer veia do braço ou antebraço. A injeção deve ser feita preferencialmente por punção, seguida de cateterismo, da veia mediana basilica ao nível da dobra do cotovelo, a fim de o contraste seguir pela basilica, no braço, que termina no segmento inicial da axilar ou nas veias braquiais, atingindo, assim, o contraste na veia subclávia. O *Eco-Doppler* – esse método não-invasivo vem se destacando, dada sua grande contribuição ao diagnóstico da TVP dos membros inferiores, uma vantagem excepcional: pode ser utilizado numerosas vezes, dada a boa aceitação do paciente, pela sua não-agressividade e por não necessitar do uso de substância de contraste. Por outro lado, exige a participação de um profissional altamente habilitado, que conheça bem a anatomia regional, sobretudo vascular, a fim de estabelecer a diferença entre as veias tronculares e colaterais dilatadas, identificar a veia jugular interna, bem como estar atento às variações de fluxo relacionadas com os movimentos respiratórios.

O quadro clínico é a base do diagnóstico da trombose venosa do membro superior. Edema do braço, antebraço e mão, precedido ou não de dor na face interna do braço ou na axila, acompanhado de veias dilatadas ou mesmo de circulação bem definida no ombro, no espaço deltopeitoral e na parede torácica caracterizam o bloqueio à circulação venosa. A ausência de linfangite na face inicial serve de excelente orientação para o diagnóstico diferencial. A sensação de peso referida pelo paciente está na dependência do volume do edema, bem como o desconforto e até mesmo certo grau de

impotência funcional, que impede a movimentação do membro. Pode ocorrer modificação da pele, particularmente cianose dos dedos em determinadas posições. A elevação do membro tanto faz melhorar como acentuar os sintomas. Também podem estar associados sintomas vasomotores e sensações parestésicas bastante desconfortáveis. Durante o exame clínico, a palpação do braço e da axila pode provocar dor, sobretudo se a localização do trombo é axilar. O edema e empastamento muscular é a regra. Ao contrário TVP do membro inferior, que pode ser assintomática, a trombose do membro superior é rica em sintomas e sinais clínicos. A clássica tríade de Virchow permanece até hoje como a referência fundamental para que uma trombose se instale. Uma lesão do endotélio, acompanhada de estase venosa, associa-se a alterações dos fatores de coagulação sanguínea, as quais levam à trombogênese.

Tromboembolia venosa profunda é uma complicação pós-operatória bem estabelecida na área médica, a qual pode evoluir para uma embolia pulmonar fatal em até 0,1 a 0,8% dos pacientes que não receberam qualquer tipo de profilaxia¹. Pacientes que utilizam terapia de reposição hormonal, tabagistas ou com duas ou mais gestações tem maior risco para esta condição². Há uma maior preocupação em relação a pacientes submetidos a abdominoplastia associada a cirurgias ginecológicas e lipectomias circunferenciais, os quais possuem um maior risco de Tromboembolismo venoso profundo com consequente tromboembolismo pulmonar².

Embora pouco descrita na literatura, a trombose venosa de membros superiores pode ser responsável por até 7,9% dos casos de tromboembolia

pulmonar, conforme detectado em um estudo de autópsias realizado no Hospital das Clínicas de Botucatu (UNESP) entre 1969 e 1976³.

Nos últimos anos, tem-se notado um aumento no interesse pela incidência e fisiopatologia da tromboembolia venosa profunda, com o objetivo de se criar protocolos para a prevenção desta temida complicação. O uso de protocolos como os de Davison, Venturi¹ e de Caprini⁴ tem sido de grande importância para a estratificação do risco para eventos tromboembólicos, servindo assim como um guia para a seleção de pacientes que se beneficiariam de algum esquema de profilaxia. Medidas como compressão pneumática, iniciadas antes da indução anestésica deambulação precoce e utilização de meias elásticas de compressão graduada, também iniciadas durante a indução anestésicas e mantidas até a deambulação cotidiana, são de grande valia na prevenção de eventos tromboembólicos.

Muitos cirurgiões plásticos não usam trombopprofilaxia por acreditarem que a incidência de TVP entre pacientes hospitalizados e naqueles em pós-operatório é tão baixa, que dispensa o uso da profilaxia. Outra possível razão seria a preocupação com sangramentos. A respeito do receio de hemorragias, estudos sugerem não haver aumento significativo do risco de sangramento com uso de heparina de baixo peso molecular (HBPM) ou não-fracionada, contudo, há um risco ligeiramente maior de pequenos sangramentos com o uso da heparina não-fracionada, se comparada com a de baixo peso molecular. As complicações tromboembólicas podem aumentar consideravelmente a morbidade e mortalidade no pós-operatório. O uso da profilaxia diminui a incidência de trombose venosa profunda (TVP). A profilaxia mecânica,

caracterizada por compressão intermitente de panturrilhas, aliada ao uso de meias elásticas e à deambulação precoce, a reduz em até 60%, devendo ser iniciada antes da indução anestésica. Por outro lado, a profilaxia química, caracterizada pela heparina profilática, diminui a incidência de TVP nos segmentos venosos proximais em 78%⁵.

1. VENTURI, M. L. DAVISON, S. P. CAPRINI J. A. *Prevention of venous thromboembolism in the plastic surgery patient: current guidelines and recommendations*. *Aesthet Surg J*, 2009, 29(5):421-8.
2. SILVA, W. Trombose venosa dos membros superiores. *J Vasc Br* 2005; 4(4): 371-382.
3. VALENTE, D.S. CARVALHO, L.A. ZANELLA, R.K. VALENTE, S. *Venous thromboembolism following elective aesthetic plastic surgery: A longitudinal prospective study in 1.254 patients*. *Plast Surg Int*. 2014; 565793.
4. CAPRINI, J.A. ARCELUS, J.I. REYNA, J.J. *Effective risk stratification of surgical and nonsurgical patients for venous thromboembolic disease*. *Seminário Hematologia*. 2001;38 (2 Suppl 5):12-9.
5. MOULIM, J.L., SOBREIRA, M.L., MALGOR, R.D, ABREU, C.R.. ARAÚJO, E.S.F., NETO, A.A.P. Estudo comparativo entre protocolos para profilaxia da trombose venosa profunda: uma nova proposta. *Rev Bras Cir Plást*. 2010; 25(3): 415-22.
6. MAFFEI, F. FALEIROS, A. VENEZIAN, C. *et al*. Contribuição ao estudo da incidência e anatomia patológica do tromboembolismo pulmonar em autópsias. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 1980: 26:7-10.
7. CZIHAL, M. HOFFMAN, U. *Upper extremity deep venous thrombosis*. *Vascular Medicine*. 2011; 16(3): 191-202.
8. MAGALHÃES, M.M. HAKME, F. GOMES, M.V. SILVA, I.D.M. VIDIGAL, R.A. MINCHIO, E. SAUTER, E. FACHINELLI, F. Protocolo de segurança dos pacientes do Hospital da Plástica: revisão sistemática de 2005 a 2011. *Rev Bras Cir Plást*. 2012;27 (supl): 1-102.
9. PAIVA, R.A. CHADRAOUI, J. MACHADO, B.B. DE AMORIM, N.F.G. FISCHDICK, H. PITANGUY, I. Protocolo de prevenção de tromboembolismo venoso no Instituto Ivo Pitanghy: eficácia e segurança em 1.351 pacientes. *Rev Bras Cir Plást*. 2013; 28 (1): 3-9.
10. SERUYA, M. VENTURI, M. L. IORIO, M.L. DAVISON, S.P. *Efficacy and safety of venous thromboembolism prophylaxis in highest risk plastic surgery patients*. *Plast Reconstr Surg*; 2008; 122(6):1701-8.
11. YOSHIDA, R.A. SOBREIRA M.L. GIANNINI M. MOURA R. ROLLO H.A. YOSHIDA W.B. MAFFEI F.H.A. Trombose venosa profunda de membros superiores. Estudo de coorte retrospectivo de 52 casos. *J Vasc Br*. 2005; 4(3): 275-282.