

TROMBOSE VENOSA DE MEMBROS INFERIORES: DIAGNÓSTICO E MANEJO NA EMERGÊNCIA

Marília Martins de Castro
Vanessa da Silva Neves
Fernanda Longhi

UNITERMOS

TROMBOSE VENOSA; TROMBOFLEBITE.

KEYWORDS

VENOUS THROMBOSIS; THROMBOPHLEBITIS.

SUMÁRIO

Este trabalho tem por objetivo facilitar o diagnóstico da trombose venosa de membros inferiores, diferenciando-a entre superficial e profunda, para que seja instituído o tratamento mais adequado para cada caso.

SUMMARY

This article aims to facilitate the diagnosis of lower extremity venous thrombosis, differentiating between superficial and deep, and choose appropriate treatment for each case to be imposed.

INTRODUÇÃO

A trombose venosa é uma patologia relativamente comum e potencialmente grave, sendo motivo frequente de atendimento em emergências, gerando alto custo social e econômico.¹

A trombose venosa superficial consiste na presença de um trombo no sistema venoso superficial, geralmente associado a um processo inflamatório e, por isso, é chamada de tromboflebite superficial (TFS).²

A trombose venosa profunda (TVP) é caracterizada pela presença de um trombo no sistema venoso profundo. Ao contrário da TFS, está fortemente associada a complicações com alta morbimortalidade. A principal delas é o tromboembolismo pulmonar (TEP). A TVP e o TEP afetam mais de um milhão de americanos a cada ano.³ Estima-se que 1 a 2:1.000 americanos/ano tenham TVP. Na população acima de 80 anos a estimativa chega a 1:100/ano.⁴

A distinção entre TVP e TFS é fundamental para instituição do tratamento adequado e prevenção de suas complicações.

TROMBOSE NO SISTEMA VENOSO SUPERFICIAL

As principais veias dos membros inferiores que podem cursar com TFS são a safena magna e a safena parva (Figura 1).

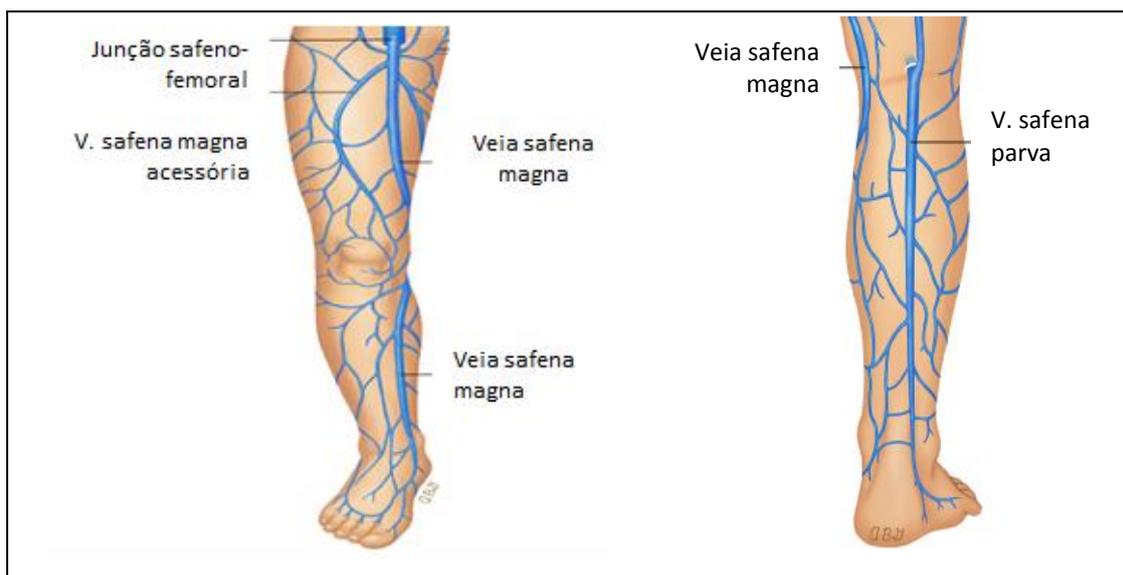


Figura 1 – Principais veias superficiais do membro inferior. Adaptado de *UpToDate*.

É comum ter dor e sensibilidade no local associadas a eritema e edema. Pode-se encontrar um cordão palpável (endurecimento) no trajeto da veia comprometida.⁵

O diagnóstico é constituído principalmente pela apresentação clínica⁵ e, se necessário, por um exame complementar evidenciando trombo no sistema venoso superficial, geralmente uma ultrassonografia venosa com doppler.

O tratamento visa aliviar os sintomas locais, impedir a extensão do coágulo para o sistema venoso profundo e evitar a recorrência e o desenvolvimento de eventos mais graves.² Utiliza-se anti-inflamatório não esteroide para pacientes com TFS com sintomas leves e, nos casos mais sintomáticos, heparina de baixo peso molecular (HBPM) (enoxaparina 40 mg por via subcutânea por dia por 8-12 dias).

TROMBOSE DO SISTEMA VENOSO PROFUNDO

A TVP de membros inferiores é dividida didaticamente em:

Distal: quando os trombos estão restritos às veias profundas da panturrilha (Figura 2), raramente causando sintomas ou embolia pulmonar. A

probabilidade do trombo se estender para as veias proximais e subsequentemente causar TEP aumenta com a gravidade do estímulo protrombótico inicial.⁶

Proximal: quando os trombos se encontram nas veias poplítea, femoral ou ilíacas (Figura 2). Está mais comumente associada ao desenvolvimento de TEP.⁷

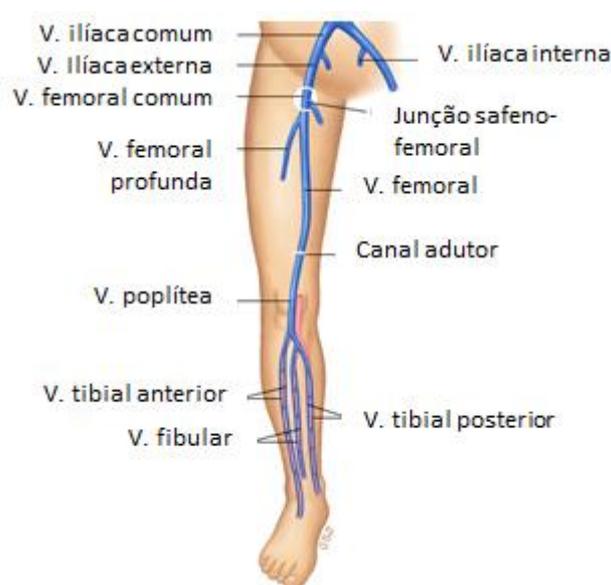


Figura 2 - Veias profundas do membro inferior. Adaptado de *UpToDate*.

Fatores de Risco

Os fatores de risco para TVP estão listados na tabela abaixo^{7, 8, 9}.

Tabela 1 – Principais fatores de risco para TVP.

Hereditários	Mistos	Adquiridos
Deficiência de proteína S	Pós-operatório recente	Imobilidade prolongada
Deficiência de proteína C	Câncer	Trauma de membro inferior
Deficiência de antitrombina III	Obesidade	TVP prévia
Fator V de Leiden	Hiperhomocisteinemia	Síndrome antifosfolipídica
Mutação do gene da protrombina		Uso de anticoncepcional ou terapia de reposição hormonal
Aumento do fator VIII		Gravidez/puerpério
Mutação MTHFR		Trombocitopenia induzida por heparina

Quadro Clínico

A TVP pode ser assintomática.¹⁰ O desenvolvimento dos sintomas depende da extensão do trombo, da adequação da circulação colateral e do grau de oclusão e inflamação no local.⁶ As manifestações clínicas que podem estar presentes na TVP são dor, edema, eritema e calor no membro afetado.¹⁰

Ao exame físico pode ser possível identificar dor na panturrilha à dorsoflexão do pé (sinal de Homans), empastamento da panturrilha e alteração da coloração do membro.¹¹

Diagnóstico

Escore de Wells

De acordo com *Bates et al*, em pacientes com suspeita de TVP, deve-se primeiramente avaliar clinicamente a probabilidade pré-teste (escore de Wells).¹²

Tabela 2 – Escore de Wells – probabilidade pré-teste para TVP

<i>Escore de Wells</i>	
<i>Característica Clínica</i>	<i>Escore</i>
Câncer ativo (tratamento continuado nos 6 meses anteriores ou paliativo)	1
Paralisia, parestia ou recente imobilização gessada das pernas	1
Repouso recente no leito > 3 dias ou grande cirurgia há 4 semanas	1
Sensibilidade localizada ao longo do sistema venoso profundo	1
Perna inteira edemaciada	1
Edema da panturrilha > 3 cm que o lado assintomático (medido 10 cm abaixo da tuberosidade da tíbia)	1
Edema com cacifo (limitado à perna sintomática)	1
Veias superficiais colaterais (não varicosas)	1
Diagnóstico alternativo provável ou mais provável do que TVP	-2
Interpretação: baixa probabilidade ≤ 0; moderada probabilidade entre 1 e 2; alta probabilidade ≥ 3	

D-dímeros

São proteínas plasmáticas produzidas especificamente após a lise da fibrina. Suas concentrações estão quase invariavelmente elevadas na presença de qualquer processo trombótico. Entretanto, embora seja bastante sensível (>95%), apresenta pouca especificidade (20-50%), elevando-se em outras condições não trombóticas, como sepse, gravidez e cirurgia.¹

A baixa dosagem de D-dímeros no plasma praticamente exclui o diagnóstico de trombose venosa. Por isso, o exame serve apenas como *screening* para o diagnóstico de TVP.

Ultrassonografia venosa com doppler

A ultrassonografia (US) venosa com doppler é o exame de imagem que tem a melhor relação custo-benefício, podendo ser realizada em pacientes bastante debilitados, sendo recomendada como método diagnóstico de escolha na emergência.¹

Na suspeita de TVP de membro inferior, a combinação entre a probabilidade pré-teste, o teste D-dímeros e a US venosa com doppler tem se mostrado como uma estratégia diagnóstica segura¹¹.

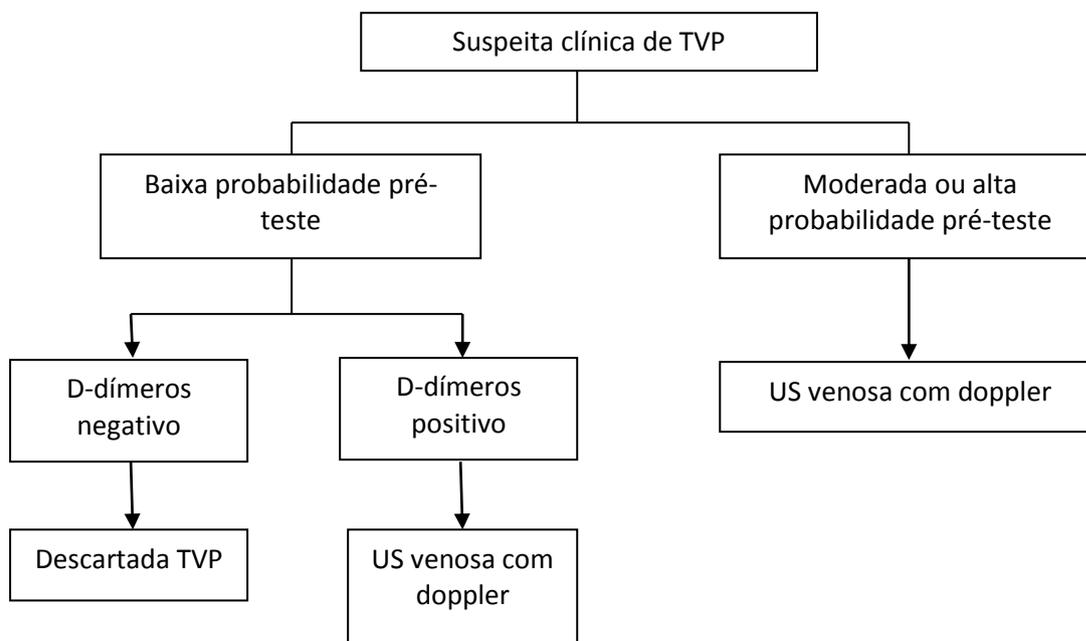


Figura 3 – Fluxograma na suspeita clínica de TVP.

Tratamento

Frente a suspeita de TVP e na impossibilidade de confirmar o diagnóstico com brevidade, o tratamento deve ser instituído até que o diagnóstico possa ser firmado ou excluído.

A terapia com anticoagulantes parenterais é o tratamento inicial de escolha para a maioria dos pacientes com TVP. Utiliza-se preferencialmente HBPM pela sua praticidade (enoxaparina 1 mg/kg por via subcutânea 12/12 horas, sendo a dose máxima de 200 mg/dia, ajustada conforme a função renal do paciente). Também se pode utilizar heparina não-fracionada por via endovenosa. Entretanto, sua infusão deve ser controlada pelo tempo de tromboplastina parcial ativada (KTP ou TTPA) do paciente (Tabela 3).

Tabela 3 - Doses de heparina por via endovenosa.

<i>Heparina por via endovenosa</i>				
Dose: - ataque: 5.000 UI por via endovenosa em bolus - manutenção: 800-1.000 UI/h por via endovenosa contínuo Diluição: 5.000 UI (1 ml) em 99 ml de SF 0,9% ou SG 5% Coletar KTTTP 6 h após o início da infusão e mantê-lo entre 50-75 s				
<i>KTTTP</i>	<i>Bolus</i>	<i>Parar Infusão</i>	<i>Alterar Infusão</i>	<i>Novo KTTTP</i>
< 40	3.000 UI	-	+ 2 ml/h	6 h
40-49	-	-	+ 1 ml/h	6 h
50-75	-	-	-	próxima manhã
76-85	-	-	- 1 ml/h	próxima manhã
86-100	-	30 min	-2 ml/h	6 h
101-150	-	60 min	-3 ml/h	6 h
> 150	-	60 min	- 6 ml/h	6 h

O uso de anticoagulante oral é reservado para a anticoagulação a longo prazo, ou seja, não deve ser iniciado na sala de emergência.

Caso o paciente apresente alguma contraindicação para anticoagulação, deve ser considerado o uso de filtro na veia cava inferior.

Investigação da Etiologia

Na vigência de um processo trombótico agudo associado a suspeita de trombofilia (pacientes jovens com primeiro episódio de TVP ou com TVP de repetição ou com história familiar positiva de trombofilia), é importante realizar a pesquisa molecular do fator V de Leiden e da mutação do gene da protrombina. Os demais exames para pesquisa de trombofilia devem estar falsamente alterados no processo agudo e, por isso, não é indicada a sua realização nesse momento.⁹

As demais causas de TVP podem ser investigadas concomitantemente ao tratamento.

CONCLUSÃO

O médico emergencista precisa saber diferenciar TVP de TFS para, ao suspeitar ou fazer o diagnóstico de TVP, instituir o tratamento adequado o mais rápido possível e, assim, prevenir complicações com alta morbimortalidade.

O manejo posterior ao atendimento na emergência da TVP (como investigação da etiologia, ajuste da anticoagulação e duração do tratamento) deve ser feito de forma individual.

REFERÊNCIAS

1. Thomaz JB. Síndromes venosas: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.
2. Di Nisio M, Wichers IM, Middeldorp S. Treatment for superficial thrombophlebitis of the leg (review). The Cochrane Collaboration. Hoboken: JohnWiley & Sons; 2013.
3. Aleman MM, Walton BL, Byrnes JR, et al. Fibrinogen and red blood cells in venous thrombosis. *Thromb Res.* 2014 May;133 Suppl 1:S38-40.
4. Centers for Disease Control and Prevention. [Internet]. Atlanta; 2014 [cited 2014 Apr 15]. Available: <http://www.cdc.gov/ncbddd/dvt/data.html>.
5. Decousus H, Epinat M, Guillet K, et al. Superficial vein thrombosis: risk factors, diagnosis, and treatment. *Curr Opin Pulm Med.* 2003 Sep;9(5):393-7.
6. Kearon C. Natural history of venous thromboembolism. *Circulation.* 2003 Jun 17;107(23 Suppl 1):I22-30.
7. Landaw SA, Bauer KA. Approach to the diagnosis and therapy of lower extremity deep vein thrombosis. [Database on internet]. 2014 [updated 2014; cited 2014 May 14]. In: UpToDate. Available: <http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-diagnosis-and-therapy-of-lower-extremity-deep-vein-thrombosis>.
8. Decousus H, Quéré I, Presles E, et al. Superficial venous thrombosis and venous thromboembolism – A large, prospective epidemiologic study. *Ann Intern Med.* 2010 Feb 16;152(4):218-24.
9. Lim W. Venous thromboembolism. In: Hoffman R, Benz Jr EJ, editors. *Hematology: basic principles and practice.* 6th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2013. p. 2039-47.
10. Berger D. Leg discomfort: beyond the joints. *Ann Intern Med.* 2010 Feb 16;152(4):218-24.
11. Ginsberg J. Peripheral venous disease. In: Goldman L, Schafer AI. *Goldman's Cecil Medicine.* 24th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012. p. 499-506.
12. Diagnosis of DVT: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest.* 2012 Feb;141(2 Suppl):e351S-418S.