

Aneurisma de Veia Tibial Posterior: Relato de Caso

Posterior Tibial Vein Aneurysm: Case Report

Thiago Santos Taveira^{1,2}, Alda Cristina Alves de Azevedo^{1,2}, Mateus Alves Borges Cristino¹, Márcio Vinícius Lins Barros^{1,3}

Rede Mater Dei de Saúde¹; Instituto de Pesquisa e Pós-Graduação, Fundação Educacional Lucas Machado – FCMMG², Belo Horizonte; Faculdade de Saúde e Ecologia Humana – FASEHP³, Vespasiano, MG - Brasil

Introdução

Aneurismas venosos (AV) são definidos como uma dilatação focal que se comunica com um segmento venoso normal através de um canal único, não relacionado a um segmento varicoso, pseudoaneurisma ou fístula arteriovenosa¹. A maioria dos aneurismas venosos é de origem congênita, embora também possam ser adquiridos por trauma ou processos inflamatórios². Aneurismas venosos isolados são raros e geralmente aparecem como achados incidentais no exame físico ou em exames de imagem, sendo ainda pouco descritos na literatura médica, podendo, entretanto, ser lembrados como uma rara causa de embolia pulmonar (EP) e de trombose venosa profunda (TVP)³. O aneurisma primário da veia tibial posterior é entidade clínica extremamente rara, tendo sido descritos apenas quatro casos na literatura, todos relacionados com complicações^{1,4-6}. O objetivo deste estudo é relatar um caso de aneurisma de veia tibial posterior assintomático, com conduta conservadora.

Relato do Caso

Trata-se de paciente de sexo masculino, com 29 anos de idade, encaminhado a serviço de ecografia vascular eletivamente para mapeamento venoso pré-operatório dos membros inferiores para cirurgia de varizes. Queixava-se de dor crônica em peso e queimação nas pernas. Sem relato de procedimentos vasculares prévios, traumatismo ou tromboembolismo venoso. Ao exame físico, constatou-se a presença de varizes superficiais bilaterais, sem sinais de edema e alterações tróficas associadas.

O exame de Doppler colorido venoso evidenciou varizes superficiais bilateralmente, associadas a insuficiência ostial de veia safena magna esquerda. O estudo do sistema venoso profundo evidenciou dilatação aneurismática fusiforme de veia tibial posterior esquerda em terço

distal, com diâmetros de 1,3 cm x 1,4 cm (transverso e anteroposterior, respectivamente), sem evidências de processo trombótico associado (Figuras 1A, 1B, 2A e 2B). O paciente foi encaminhado para controle clínico com médico angiologista assistente, optando-se por tratamento conservador do aneurisma venoso, sendo submetido a safenectomia magna esquerda, mantendo-se assintomático após seis meses de seguimento.

Discussão

Apresentamos um caso de aneurisma de veia tibial posterior em paciente portador de varizes primárias dos membros inferiores, sendo o primeiro caso descrito não relacionado a complicações.

A primeira descrição conhecida de um AV como entidade clínica foi feita por Osler em 1913, durante estudos de necropsias⁷. O primeiro AV sintomático foi descrito por Dahl e cols. em 1976, em paciente com aneurisma de veia poplíteia associado com tromboembolismo⁸. Em 1996, Otto e cols.⁸ relataram um caso específico de Aneurisma de Veia Tibial Posterior (AVTP), sendo considerado o primeiro caso desse tipo registrado na literatura⁹. Publicações mais recentes de Gabrielli⁴ (2010), Haggani⁵ (2013), T´Stein¹ (2013) e seus colaboradores destacam relatos de casos únicos de AVTP sintomáticos, como causa de eventos tromboembólicos, com seus respectivos desdobramentos clínicos e cirúrgicos^{1,4,5}.

Os aneurismas venosos podem ser classificados em dois tipos: profundos e do sistema venoso superficial. Devido às alterações estruturais, os AV se apresentam de duas formas distintas: fusiformes ou saculares, sendo essa diferenciação importante para determinar a estratégia cirúrgica em determinados casos¹⁰.

Diferentemente do sistema arterial, aneurismas do sistema venoso são raros e ocorrem em qualquer idade, sem distinção de sexo. A incidência de aneurismas do sistema venoso superficial é descrita como em torno de 0,1%, enquanto a prevalência é de até 1,5%. Os AV de poplíteia são os mais frequentes nos membros inferiores, seguidos por aneurismas na veia safena magna^{2,10}.

Dados da literatura descrevem a incidência de AV com EP concomitante em 24% - 32% e doença venosa crônica associada com AV em torno de 76%. Ocasionalmente, um AV superficial pode estar associado a fenômenos tromboembólicos, mas sua real estimativa é ainda desconhecida⁴. Não há concordância na literatura a respeito da localização mais frequente dos aneurismas

Palavras-chave

Aneurisma; Fístula Arteriovenosa; Varizes; Ultrassonografia Doppler.

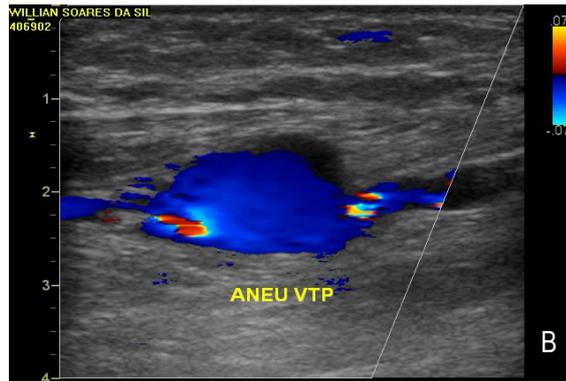
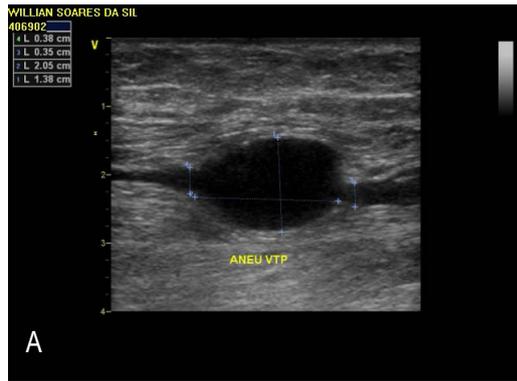
Correspondência: Thiago Santos Taveira

Rua Carlos Martins, 227, CEP 35720-000, Centro, Matozinhos, MG - Brasil
E-mail: thiago_taveira@yahoo.com.br

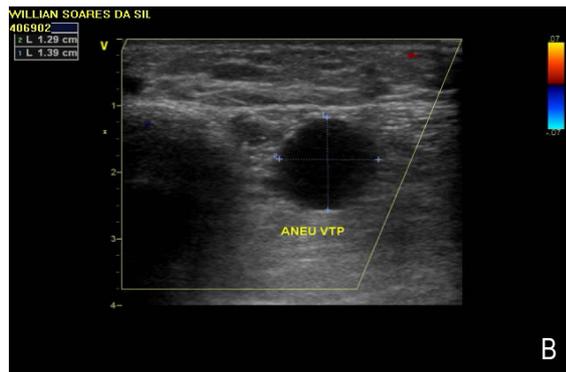
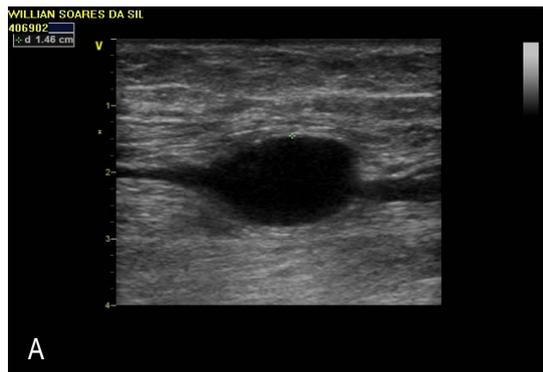
Artigo recebido em 22/08/2014; revisado em 06/10/2014; aceito em 21/11/2014.

DOI: 10.5935/2318-8219.20150009

Relato de Caso



Figuras 1A e 1B – Doppler colorido venoso evidenciando o aneurisma de veia tibial posterior (AVTP) com seus diâmetros (A) e fluxo em seu interior (B).



Figuras 2A e 2B – Aneurisma de veia tibial posterior (AVTP) em corte longitudinal (A), revelando aspecto fusiforme, sem trombos em seu interior. Corte transversal (B), próximo à região medial e distal da tibia esquerda.

venosos. Há dados conflitantes também em relação à ocorrência maior dos AV nas extremidades superiores ou inferiores⁷.

A localização no sistema venoso profundo parece estar mais frequentemente associada a tromboembolismo e pior morbidade do que no sistema venoso superficial. Nas extremidades superiores, os AV são geralmente assintomáticos e frequentemente tratados por razões estéticas, enquanto nas extremidades inferiores podem estar associados a tromboembolismo, podendo a abordagem cirúrgica ser recomendada. A história natural dos AV restantes está ainda mal definida⁷.

Os AV de poplíteia são os mais frequentes nos membros inferiores, seguidos por aneurismas na veia safena magna e aneurismas venosos no pé, sendo pouco comum a ocorrência desses nas veias tibiais posteriores. Os AV nos membros superiores geralmente estão associados a fístulas arteriovenosas para hemodiálise⁷. Não há ainda

nenhuma descrição conhecida na literatura médica sobre dados epidemiológicos de prevalência e incidência especificamente sobre os AVTP.

A patogênese dos AV ainda não é totalmente conhecida, sendo vários mecanismos propostos, variando de refluxo e hipertensão venosos, inflamação, infecção, fraqueza congênita da parede venosa, trauma mecânico, alterações hemodinâmicas a mudanças degenerativas localizadas. A teoria mais aceita na atualidade é a dos componentes do tecido conjuntivo que determinam alterações focais na parede da veia. Isso poderia ser devido a um subdesenvolvimento congênito ou a uma perda degenerativa de tecido conjuntivo com a idade. Resultar-se-ia, então, em fraqueza da parede, aumentando o risco de dilatação. A endoflebo-hipertrofia e a endofleboesclerose são as principais características histológicas desses processos, podendo estar relacionadas ao aumento da expressão de certas metaloproteínas da matriz extracelular.

Uma massa nos tecidos moles do membro com mudança no tamanho ou à manobra de Valsalva, associada ou não a sintomas flogísticos locais, pode sugerir um aneurisma venoso de extremidade inferior, mas tal alteração clínica é rara e incidentalmente encontrada ao exame físico.

O diagnóstico geralmente é realizado por exame de imagem não invasivo, como o Doppler colorido venoso, método de escolha para avaliar aneurismas venosos das extremidades, podendo definir suas dimensões e morfologia, além de presença, tamanho e extensão de trombos em seu interior. Menos frequentemente, pode ser associado a tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética ou flebografia, quando necessária complementação propedêutica para abordagem cirúrgica mais pormenorizada².

As complicações mais comuns dos AV, incluindo os de veia tibial posterior, são a TVP e a EP recorrente. Alguns autores relatam que os AV grandes, assim como os saculares, apresentam maior predisposição para as complicações tromboembólicas, embora não haja evidências claras sobre o diâmetro crítico ou sobre a forma do aneurisma que pode causar mais complicações. EP representa a mais frequente e temível apresentação inicial dos AV. Alguns estudos mostram que a terapia anticoagulante pode ser ineficaz na prevenção de EP, recomendando-se então a correção cirúrgica para todos os pacientes com aneurismas de veias profundas sintomáticas^{1,2}.

A reparação cirúrgica é preferida na maior parte dos pacientes com sintomas de dor, edema grave ou tromboembolismo. A aneurismectomia tangencial com venorrafia lateral é o método cirúrgico mais utilizado e tem sido recomendada para aneurismas venosos saculares, mas também pode ser realizada em aneurismas fusiformes. Em doentes seleccionados, enxertos podem ser colocados, especialmente quando há aneurismas de veias maiores, tais como na poplítea ou na femoral. Após o reparo cirúrgico, pode ser recomendada anticoagulação por três meses e eventual compressão pneumática externa para aumentar a

velocidade de retorno venoso e reduzir o risco de trombose. AV superficiais e profundos assintomáticos podem ser monitorados pela ecografia vascular, mantendo vigilância clínica de eventos tromboembólicos^{2,10}.

Conclusão

AVTP é uma ocorrência rara, podendo ser assintomático e encontrado casualmente em exames de imagem ou relacionado a complicações tromboembólicas. Os aneurismas assintomáticos podem ser acompanhados com métodos de imagem, preferencialmente a ecografia vascular. A intervenção cirúrgica com técnicas apropriadas pode ser indicada para AVTP que apresentam sintomatologia ou complicações associadas, principalmente a recorrência de EP.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Taveira TS, Barros MVL. Obtenção de dados: Taveira TS, Azevedo ACCA, Cristino MAB. Análise e interpretação dos dados: Taveira TS, Barros MVL, Cristino MAB, Azevedo ACCA. Redação do manuscrito: Taveira TS, Barros MVL. Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Taveira TS, Barros MVL, Cristino, MAB.

Potencial Conflito de Interesses

Declaramos não haver conflitos de interesse pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Acadêmica

Trabalho de conclusão de curso de pós-graduação *lato sensu*, tipo especialização hospitalar médica, em ecocardiografia e ecografia vascular.

Referências

1. T'Seyen S1, Bertrand P, Goosens V, Stas M, Verhamme P, Maleux G. Symptomatic tibial vein aneurysm - a diagnostic challenge. *Vasa*. 2013; 42(1):72-6.
2. Volteas SK1, Labropoulos N, Nicolaidis AN. The management of venous aneurysms of the lower extremities. *Panminerva Med*. 1998;40(2):89-93.
3. Gabrielli R, Rosati MS, Vitale S, Mellarelli M, Siani A, Chiappa R, et al. Pulmonary emboli due to venous aneurysm of extremities. *Vasa*. 2011; 40, (4):327-32.
4. Gabrielli R, Rosati MS, Costanzo A, Chiappa R, Siani A, Caselli G. Primary tibial vein aneurysm with recurrent pulmonary emboli. *J Vasc Surg*, 2010; 52;2(2): 464-6.
5. Haqqani OP, Stratigis JD, Maloney SP, O'Donnell TF, Iafrati MD. Primary tibial vein aneurysm: a source of pulmonary emboli. *Phlebology*. 2013; 28(4):191-4.
6. Whisenhunt, A, Hong E, Ayad M, Heller J, Abai B, Salvatore D et al. Posterior tibial vein aneurysm presenting as tarsal tunnel syndrome: case report [review]. *J Vasc Surg*. 2013; 58(4):1145-46.
7. Thomazinho F, Diniz JAM, El Hosni Jr JA, Diniz CAM, Perozin IS. Aneurisma de veia poplítea: relato de caso e revisão de literatura. *J Vasc Bras*. 2008;7(3):262-6.
8. Dahl JR, Freed TA, Burke MF. Popliteal vein aneurysm with recurrent pulmonary thromboemboli. *JAMA* 1976;236(22):2531-2.
9. Otto S, Religa G, Polanski JA. Aneurysm of the posterior tibial vein. A case report. *Mater Med Pol*. 1996;28(2):71-2.
10. Gillespie DL, Villavicencio JL, Gallagher C, Chang A, Hamelink JK, Fiala CA, et al. Presentation and management of venous aneurysms. *J Vasc Surg* 1996;26(5):845-52.