

Tromboflebite Superficial

Carlos Adriano Silva dos Santos

Guilherme Benjamin Brandão Pitta

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Caracteriza-se por ser uma condição comum, representada por uma trombose venosa superficial e um processo inflamatório da parede venosa e dos tecidos vizinhos. É de evolução benigna e complicações pouco frequentes.^{1,2}

A causa mais comum é a de origem iatrogênica, são representadas pelas agressões químicas (soluções concentradas) e mecânicas (punções e cateterizações). Menos comum são as de origem endoteliais como doenças de Behçet, Mondor e Buerger. Hematológicos como deficiência de antitrombina III, co-fator II da heparina, proteínas C e S, fator XII, defeitos no sistema fibrinolítico, alterações do plasminogênio, desfibrinogenemia, anticoagulante lúpico e síndrome do anticorpo anticardiolipina. Pode-se associar, também, a condições que levam a alterações secundárias da coagulação: neoplasia, gravidez, uso de contraceptivos, sepcemias, varizes e imobilização pós-operatória.¹⁻³

Algumas manifestações especiais de tromboflebite superficial podem ser percebidas em pacientes que fazem uso de drogas injetáveis ou que estejam em uso de cateteres venosos, são as tromboflebitides sépticas caracterizadas por uma exacerbação do aspecto infeccioso local com evolução do quadro para uma celulite de proporções maiores. A evolução desse quadro pode levar a uma tromboflebite supurativa, variante de aspecto grave com alto índice de morbidade. A infecção pelo bacilo da tuberculose pode evoluir para uma tromboflebite do sistema jugular interno ou externo, caracterizando-se por apresentar grande chances de produzir eventos tromboembólicos.¹⁻³

Os fatores externos mais comuns são representados pelas substâncias de alto peso molecular, ácidas, infundidas em tempo prolongados, através de um cateter de polietileno, que não tenha havido uma boa antisepsia do sítio de punção e que tenha sido escolhido uma veia de menor diâmetro ou susceptível a uma maior ação gravitacional.

Qualquer desses fatores, associados ou não, impõem riscos de evoluir para uma tromboflebite. A irritação contínua do endotélio seguida de uma colonização bacteriana determinará o desfecho clínico^{1,2}.

O quadro clínico caracteriza-se por ser de início agudo, evolução rápida (não mais que um mês), dor e hiperemia localizada, obedecendo a uma trajetória do vaso acometido, com pouca tolerabilidade a manipulação (comumente a deambulação está prejudicada). A lesão apresenta-se hiperemiada, edemaciada e com a presença de um cordão fibroso palpável. A veia geralmente evolui para um cordão endurecido e indolor, que com o passar do tempo desaparece totalmente. Dificilmente evolui para embolia pulmonar.^{1,2}

O exame clínico é o principal elemento diagnóstico das tromboflebitides superficiais. Pode-se lançar mão de recursos por imagem como o ultra-son com doppler, principalmente nas tromboflebitides extensas de membro inferior que podem evoluir com uma trombose venosa profunda¹⁻⁵.

O tratamento consiste em afastar a causa base da doença e na adoção de certas condutas: compressão elásticas do membro, se possível; estimular a deambulação; promover a elevação do membro; instituir o uso de calor local e antiinflamatório; o uso de antibiótico será destinados aos casos de infecção ativa, como nas flebitides sépticas; anticoagulantes será reservados para casos específicos, como trombose extensas e ou tromboflebitides rebeldes que estejam progredindo e ameaçando o sistema venoso profundo.¹⁻⁴

CASOS E CONDUTAS

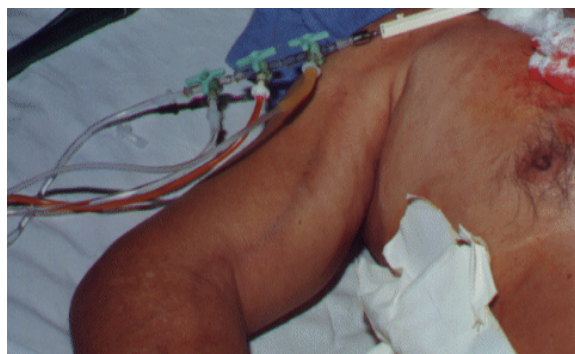


Figura 1 - Paciente em grave estado geral evoluindo com dor e aumento de volume do membro superior direito. O doente durante o tratamento hospitalar de infecção respiratória e infarto agudo do miocárdio, fez uso de diversas drogas de peso osmolar elevado, como antibióticos e soluções glicosada hiperosmolar, além de tempo prolongado de cateterização periférica em veias distais do membro. Note a colocação de um cateter venoso central no mesmo lado da tromboflebite, podendo precipitar uma trombose venosa profunda de veia subclávia, o que seria desastroso. A melhor conduta é o uso de calor local, antiinflamatório, heparina de baixo peso molecular na profilaxia da trombose venosa profunda e substituição do lado de punção venosa central. É conveniente solicitar um ultra-son com doppler do sistema venoso superficial e profundo do membro para seguimento do tratamento.



Figura 2 - Paciente diabética que durante internamento prolongado para tratamento de doença isquêmica de membros inferiores, fez uso contínuo de soluções diversas por cateter periférico único em veia superficial distal de membro superior. Desenvolveu um quadro clínico inicial de tromboflebite de veia cefálica que cronicizou e evoluiu com úlcera cutânea séptica. Fez uso de antibiótico, calor local, curativo diário e debridamento cirúrgico de tecidos desvitalizados. No momento encontra-se com granulação da ferida e assintomática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário o mínimo de manipulação possível no sistema venoso superficial, bem como adequado cuidado de antisepsia e observação contínua, para que seja detectado qualquer alteração inflamatória e assim eliminar o processo de injúria ao vaso afim de prevenir as tromboflebitides. Não medir esforços, para diagnóstico e tratamento, quando o vaso acometido for a veia safena magna, as chances do trombo progredir ao sistema venoso profundo (safeno-femural) é considerável e de grande repercussão clínica.

REFERÊNCIAS

1. Lastória, S. Tromboflebite superficial. In: Maffei FHA, Lastória S, Yoshida WB, Rollo HA. Doenças vasculares periféricas. 2ª edição. Rio de Janeiro: MEDSI; 1995. p. 831-40.
2. Pitta GBB. Urgências vasculares. In: Batista Neto J. Cirurgia de urgência: condutas. Rio de Janeiro: Revinter; 1999. p. 513-9.
3. Thomaz JB. Tromboflebite de Mondor. In: Thomaz JB, Herdy CDC. Fundamentos de cirurgia vascular e angiologia. São Paulo: BYK; 1997. p. 368-74.
4. Thomaz JB. Tromboflebite de causa infecciosa: tuberculosa. In: Thomaz JB, Herdy CDC. Fundamentos de cirurgia vascular e angiologia. São Paulo: BYK; 1997. p. 375-81.
5. Molnár I. Doença venosa obstrutiva. in: Nectoux Filho JL, Cunha SS, Paglioli SA, Souza GG, Pereira AH. Ultra-sonografia vascular. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p. 165-72.

Versão prévia publicada:
Nenhuma

Conflito de interesse:
Nenhum declarado.

Fontes de fomento:
Nenhuma declarada.

Data da última modificação:
13 de abril de 2000.

Como citar este capítulo:
Santos CAS, Pitta GBB. Tromboflebite superficial. In: Pitta GBB, Castro AA, Burihan E, editores. Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA; 2003. Disponível em: URL: <http://www.lava.med.br/livro>

Sobre os autores:



Carlos Adriano Silva dos Santos
Cirurgião Vascular do Hospital Memorial Arthur Ramos,
Maceió, Brasil.



Guilherme Benjamin Brandão Pitta
Professor Adjunto, Doutor, do Departamento de Cirurgia da
Fundação Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas,
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular
Maceió, Brasil.

Endereço para correspondência:
Carlos Adriano Silva dos Santos
Loteamento Sant Madalena III, 50.
57020-970 Maceió - AL

Fax: +82 231 1897
Correio eletrônico: carlos_adriano@hotmail.com