



Jornal Vascular Brasileiro

ISSN: 1677-5449

jvascbr.ed@gmail.com

Sociedade Brasileira de Angiologia e de

Cirurgia Vascular

Brasil

Dourado, Octavio Cascaes; Miranda, Aristoteles Guilliod de; Pinheiro Filho, Antonio; Dourado, Luciana Oliveira

Aneurisma venoso no pé: relato de casos e revisão da literatura

Jornal Vascular Brasileiro, vol. 5, núm. 4, 2006, pp. 313-316

Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=245016533012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

RELATO DE CASO

Aneurisma venoso no pé: relato de casos e revisão da literatura

Venous aneurysm of the foot: case reports and review of the literature

**Octavio Cascaes Dourado¹, Aristoteles Guiliiod de Miranda¹,
Antonio Pinheiro Filho², Luciana Oliveira Dourado³**

Resumo

Este relato descreve dois casos de aneurisma venoso no pé, apresentados sob a forma de tumoração indolor e não-pulsátil no dorso do pé e sem história de trauma. O ultra-som Doppler evidenciou formação ovalada, anecóica, em comunicação com a veia e com sinal Doppler venoso, sugestiva de aneurisma venoso. O diagnóstico foi confirmado pelo exame histopatológico, com dilatação aneurismática constituída pelos três componentes da parede da veia. O tratamento consistiu na ligadura e ressecção cirúrgica. Os aneurismas venosos são relativamente raros, havendo relato de sua presença em várias localizações, principalmente nos membros inferiores. Na revisão da literatura, não foram encontrados relatos de aneurismas venosos no pé.

Palavras-chave: Aneurisma, veia, cirurgia.

Abstract

We report two cases of venous aneurysms of the foot, presented as a nonpulsatile, painless mass on the back of the foot, with no history of trauma. Doppler ultrasonography showed an anechoic, oval mass communicating with the vein and venous signal suggestive of venous aneurysm. The diagnosis was confirmed by histopathologic analysis, with aneurysmal dilatation involving the three layers of the venous wall. The treatment consisted of ligation and surgical excision. Venous aneurysms are relatively rare, and their presence has been reported in many locations, particularly in the lower limbs. Any venous aneurysms of the foot were found in the review of the literature.

Keywords: Aneurysm, vein, surgery.

Introdução

Aneurisma é definido como a dilatação localizada de um segmento de um vaso sanguíneo¹, sendo o termo mais comumente aplicado para as dilatações arteriais, embora possa ocorrer em qualquer porção do sistema vascular².

A definição de aneurisma venoso é controversa, sendo considerado uma dilatação venosa que se comunica com a estrutura venosa principal por um único canal, não associada com comunicações arteriovenosas ou pseudo-aneurismas e que não esteja contida em um segmento de veia varicosa³.

Por sua raridade, os aneurismas venosos são pouco descritos, aparecendo relatos esporádicos na literatura mundial. Em quatro grandes revisões, foram relatados 147 casos por Calligaro^{4,5}, 311 por Schild^{6,7}, 39 por Gillespie et al.³ e 300 por Koscat et al.^{6,8}.

Apesar de sua raridade, devem ser incluídos como diagnóstico diferencial de tumorações subcutâneas².

Descrição dos casos

Dois pacientes, sendo um do sexo masculino e outro do feminino, com 54 e 28 anos, respectivamente, foram atendidos no ambulatório de cirurgia

1. Cirurgião vascular, Serviço de Cirurgia, Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, PA.

2. Ex-residente de Cirurgia Geral, HUJBB, UFPA, Belém, PA.

3. Médica, Faculdade de Medicina, UFPA, Belém, PA. Residente 2 de Clínica Médica, Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, São Paulo, SP.

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia do Hospital Universitário João de Barros Barreto-Universidade Federal do Pará.

Apresentado como tema livre no 36º Congresso Brasileiro de Angiologia e Cirurgia Vascular, em 08/09/2005, sob o título "Aneurisma venoso da veia dorsal do pé - relato de dois casos".

Artigo submetido em 04.05.06, aceito em 04.12.06.

vascular do Hospital Universitário João de Barros Barreto - UFPa, no segundo semestre de 2004. Ambos apresentavam a mesma queixa de tumoração no dorso do pé direito, de aparecimento espontâneo, depressível, indolor e de crescimento progressivo, tornando-se dolorosa com o uso de calçados fechados devido à compressão, o que os levou a procurar atendimento. Embora os pacientes não referissem história de traumatismo prévio, pensou-se na origem traumática pela localização das lesões.

O exame físico, semelhante nos dois pacientes, demonstrou tumoração de aproximadamente 4 x 3 cm, mole e depressível, totalmente retrátil à compressão distal, com enchimento imediato após a descompressão, esvaziando totalmente com a elevação do membro.

Após realização de ultra-som Doppler do pé, o resultado foi a presença de formação ovalada e anecóica em comunicação com a veia, com a detecção de sinal Doppler venoso, sendo, portanto, sugestivo de aneurisma venoso.

Os pacientes foram submetidos a ressecção do aneurisma e ligadura proximal e distal da veia, evoluindo sem complicações no pós-operatório.

A confirmação diagnóstica foi feita pelo histopatológico, que evidenciou veia com dilatação aneurismática, composta pelas três camadas, embora com áreas delgadas na parede. Havia poucos feixes de fibras musculares lisas e predomínio de tecido conjuntivo fibroso, não sendo observados sinais inflamatórios nem alterações sugestivas de traumatismo.

Discussão

A primeira descrição de aneurisma venoso foi feita por Osler, em 1913, em um caso de dilatação de veia axilar associado a aneurisma da artéria homônima^{4,7}. Harolds cita como pioneiro um caso relatado por Harris, em 1928, de uma criança de 5 anos com aneurisma no mediastino⁵. Aneurismas venosos de tronco braquiocefálico⁸, de veia jugular^{9,10} e de veia safena¹¹ já foram relatados por autores brasileiros.

Os aneurismas venosos ocorrem em qualquer idade e sexo, sendo a maioria de origem congênita, embora possam ser adquiridos por trauma, processos inflamatórios e alterações degenerativas localizadas¹.

A localização mais freqüente é nos membros inferiores, sendo particularmente na veia poplítea o maior número de casos relatados, embora sejam

citados em outras localizações, como em veias do pescoço, abdome e tórax⁷. Grice et al. agrupou-os em três regiões principais: torácica central, visceral e pescoço e extremidades⁴. No levantamento realizado, não encontramos relato de aneurismas venosos ao nível dos pés, embora estes sejam referidos por Legnani como sendo os terceiros em freqüência nos membros inferiores, após os aneurismas das veias poplítea e safena magna^{6,8}. Não encontramos relatos de aneurismas venosos no nível dos pés. Sessa, em seu extenso trabalho, não faz referência a aneurismas venosos nos pés^{7,12}.

Ainda não há um critério preciso quanto ao parâmetro do diâmetro para definir uma dilatação venosa como aneurismática. Em relação às veias torácicas e abdominais, este diâmetro fica em torno de 6 a 7 cm^{7,12}; para a veia poplítea, McDevitt propõe uma dilatação duas vezes o diâmetro normal, o qual varia habitualmente entre 5 a 7 mm^{9,13}.

A evolução natural das lesões dos aneurismas venosos varia na dependência de sua localização, podendo passar despercebidas devido à limitada experiência com eles, sendo o aneurisma poplíteo considerado o mais perigoso e de tratamento mais agressivo pelo risco de tromboembolismo. Na casuística de Aldridge, os casos relatados de tromboembolismo chegam a 71% em 24 casos relatados^{10,14}.

Em geral, os aneurismas venosos apresentam-se como massas subcutâneas compressíveis, diminuindo com a elevação e aumentando com o abaixamento do membro ou manobra de Valsalva. Embora localizados em trajetos venosos, podem simular tumores de partes moles e ser confundidos com hérnia inguinal, massa de consistência cística e varizes¹⁵, reagindo bem à ressecção após ligadura ou à restauração, como os poplíticos^{11,16}. Apesar da relativa facilidade do diagnóstico dos aneurismas venosos superficiais, cerca de metade dos casos relatados na literatura só tiveram seu diagnóstico confirmado pela cirurgia¹.

Embora a ruptura seja uma complicação previsível caso não seja realizado o tratamento cirúrgico, esta é uma complicação bastante rara, principalmente nos aneurismas periféricos, sendo referida mais entre os torácicos e abdominais^{7,12}. Outras complicações citadas são hipertensão portal e comprometimento respiratório e do retorno venoso ao coração⁵.

Lev & Saphir, em estudos de necropsia, encontraram alterações estruturais em decorrência da idade

descritas como endoflebohipertrofia (hipertrofia da íntima) e endofleboesclerose (diminuição das fibras musculares lisas com substituição por tecido conjuntivo). Esses fatores poderiam resultar em alterações degenerativas, levando eventualmente a dilatações focais aneurismáticas⁴. Para Schatz & Fine, esses fatores seriam semelhantes à arteriosclerose na formação de um aneurisma arterial².

Embora a causa dos aneurismas venosos seja desconhecida, a teoria mais aceita é a perda focal de componentes do tecido conjuntivo normal da parede da veia, devido a uma falha congênita de desenvolvimento ou perdas degenerativas com a idade, resultando em um enfraquecimento da parede e tornando-a vulnerável à dilatação^{12,17}.

Em função das alterações estruturais, os aneurismas venosos podem se apresentar como fusiformes ou saculares, em razão de uma dilatação progressiva e focal, mais ou menos concêntrica ou excêntrica⁷. Essa distinção é importante para a estratégia cirúrgica.

O diagnóstico, nos aneurismas periféricos, é dado pelo quadro clínico, pela presença de massa subcutânea e macia, que desaparece com a elevação do membro e aumenta com o seu abaixamento e com a manobra de Valsalva⁴, podendo ser confundida com hérnia inguinal, massa de consistência cística, tumor de partes moles e varizes¹³.

A confirmação diagnóstica é feita pelo exame histopatológico, com a presença de dilatações localizadas do lume, acompanhadas por vários graus de adelgaçamento da parede, podendo haver a presença de trombos. Há redução do número e do tamanho das fibras musculares e elásticas, persistindo praticamente somente a adventícia. Há hialinização da íntima, associada com trombos além de espessamento e fibrose da íntima com diminuição acentuada das células musculares lisas da camada média que pode estar delgada ou ausente em diferentes estágios, com presença ou não da limitante elástica interna^{11,16}.

A adventícia é freqüentemente fibrótica, com predomínio de fibras elásticas. Células inflamatórias, presentes principalmente nas áreas de trombose, também se encontram ao longo da parede da veia, na área aneurismática. Há predomínio de linfócitos, com poucos neutrófilos e raros eosinófilos. Mastócitos estão presentes na adventícia, aparentando não estarem aumentados, em comparação com cortes de veias não-aneurismáticas^{14,18}.

Tratamento

O tratamento, dependendo da localização anatômica do aneurisma, pode ser conservador, com a simples observação da sua evolução, ou cirúrgico, constando da excisão tangencial ou total³. Na região cervical, por exemplo, a cirurgia somente se impõe por razões estéticas, devido ao risco praticamente inexistente de ruptura. Nos intracavitários ou de veias como a poplítea, a cirurgia se impõe pelo risco de ruptura, além de trombose e embolia^{15,19}.

Conclusão

Diferente dos aneurismas arteriais, exaustivamente estudados e relatados, os aneurismas venosos são achados bastante raros na prática médica, sendo sua ocorrência sempre um motivo para publicação^{16,20}. Embora haja citação de aneurismas venosos no pé⁵, não encontramos, na literatura pesquisada, relatos anteriores de aneurismas nessa localização, ainda que se pense na sua possível origem traumática.

Os aneurismas venosos superficiais raramente causam tromboembolismo pulmonar, embora algumas vezes possam produzir problemas estéticos e dor^{17,21}. Nos casos relatados, a dor deveu-se à compressão do aneurisma pelo calçado.

O diagnóstico dos aneurismas superficiais é geralmente clínico, com confirmação pelo Doppler ultrassom. Embora em muitos relatos a flebografia ainda seja considerada como exame padrão, seguida pela ressonância magnética, esses dois exames devem ficar restritos ao diagnóstico de aneurismas venosos torácicos e abdominais^{15,18}.

O tratamento cirúrgico, quando se impõe, principalmente na presença de dor, como nos casos relatados, consiste, na maioria das vezes, de ressecção e ligadura proximal e distal. Nos aneurismas de veia poplítea, é preconizada a restauração venosa^{3,7}.

Apesar de pouco descritos, os aneurismas venosos devem sempre ser lembrados entre as patologias vasculares. Ainda que existam trabalhos de autores brasileiros relatando casos de aneurismas venosos, não encontramos referência de sua localização no pé, o que nos faz supor que este é o primeiro relato, na literatura brasileira, de aneurismas venosos no pé e, quem sabe, um dos poucos na literatura mundial, onde, embora referidos, também não encontramos referência bibliográfica.

Referências

1. Sarap MD, Wheeler WE. Venous aneurysms. *J Vasc Surg*. 1988;8:182-3.
2. Friedman SG, Krishnasathy KV, Doscher W, Deckoff SL. Primary venous aneurysms. *Surgery*. 1990;108:92-5.
3. Gillespie DL, Villavicencio JL, Gallagher C, et al. Presentation and management of venous aneurysms. *J Vasc Surg*. 1997;26:845-52.
4. Calligaro KD, Ahmad S, Dandora R, et al. Venous aneurysms: surgical indications and review of the literature. *Surgery*. 1995;117:1-6.
5. Legnani G, Mettini L, Bonfioli C, Motta F. Venous aneurysm of extremities: a case report and literature review. *Cardiovasc Surg*. 1995;3:445-6.
6. Harolds JA, Friedman MH. Venous aneurysms. *South Med J*. 1977;70:219-21.
7. Castle JM, Arous EJ. Femoral vein aneurysm: a case report and review of the literature. *Cardiovasc Surg*. 1995;3:317-9.
8. Burihan E, Francisco Jr. J, Succi JE, Stefanini V, Miranda Jr. F. Aneurisma venoso congênito. Apresentação de um caso de tronco venoso braquiocefálico e revisão da literatura. *Rev Bras Cir*. 1983;73:15-8.
9. Zorn WG, Zorn TT, Van Bellen B. Aneurysm of the anterior jugular vein. *J Cardiovasc Surg (Torino)*. 1981;22:546-9.
10. Risoli SB, Guillaumon AT, Lane JC, Poterio Filho J, Luccas GC. Aneurisma venoso em veia jugular: descrição de dois casos. *Cir Vasc Angiol*. 1986;2:21-3.
11. Piccinato CE, Cherri J, Moriya T. Aneurisma venoso: relato de um caso. *Rev Assoc Med Bras*. 1986;32:71-2.
12. Sessa C, Perrin M, Nicolini P. Anévrismes veineux. *EMC - Chirurgie*. 2005;2:317-31.
13. McDevitt DT, Lohr JM, Martin KD, Welling RE, Sampson MG. Bilateral popliteal vein aneurysms. *Ann Vasc Surg*. 1993;7:282-6.
14. Aldridge SC, Comerota AJ, Katz ML, Wolk JH, Goldman BI, White JV. Popliteal venous aneurysm: report of two cases and review of the world literature. *J Vasc Surg*. 1993;18:708-15.
15. Kassabian E, Coppin T, Combes M, Julia P, Fabiani JN. Radial nerve compression by a large cephalic vein aneurysm: case report. *J Vasc Surg*. 2003;38:617-9.
16. Sessa C, Nicolini P, Perrin M, Farah I, Magne JL, Guidicelli H. Management of symptomatic and asymptomatic popliteal venous aneurysms: a retrospective analysis of 25 patients and review of the literature. *J Vasc Surg*. 2000;32:902-12.
17. Wang ED, Li Z, Goldstein RY, Hurst LC. Venous aneurysms of the wrist. *J Hand Surg*. 2000;26A:951-5.
18. Schatz IJ, Fine G. Venous aneurysms. *N Eng J Med*. 1962;266:1310-2.
19. Banno H, Yamanouchi D, Fujita H, et al. External iliac venous aneurysm in a pregnant woman: a case report. *J Vasc Surg*. 2004;40:174-8.
20. Wolosker N, Zerati AE, Nishinari K, de Melo Galvão Filho M, Wolosker AM. Aneurysm of superior mesenteric vein: case report with 5-year follow-up and review of the literature. *J Vasc Surg*. 2004;39:459-61.
21. Yamamoto N, Kamiya K. Venous aneurysm of finger. Unusual location and difficult of diagnosis. *EJVES Extra*. 2005;10:38-40.

Correspondência:

Aristoteles Guilliod de Miranda
Travessa 14 de Abril, 1716
CEP 66063-140 – Belém, PA
Tel.: (91) 3229.3558, (91) 9986.1289
E-mail: guilliod@ufpa.br, guilliod@gmail.com