



Jornal Vascular Brasileiro

ISSN: 1677-5449

jvascbr.ed@gmail.com

Sociedade Brasileira de Angiologia e de  
Cirurgia Vascular  
Brasil

Junior Boim de Araujo, Walter; Ribas Timi, Jorge Rufino; Erzinger, Fabiano Luiz; Caron,  
Filipe Carlos

Trombose induzida pelo calor endovenoso: relato de dois casos tratados com  
rivaroxabana e revisão da literatura

Jornal Vascular Brasileiro, vol. 15, núm. 2, abril-junio, 2016, pp. 147-152

Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=245046412011>

- 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

## Trombose induzida pelo calor endovenoso: relato de dois casos tratados com rivaroxabana e revisão da literatura

### *Endothermal heat-induced thrombosis (EHIT): reports on two case treated with rivaroxaban and literature review*

Walter Junior Boim de Araujo<sup>1</sup>, Jorge Rufino Ribas Timi<sup>1</sup>, Fabiano Luiz Erzinger<sup>1</sup>, Filipe Carlos Caron<sup>1</sup>

#### Resumo

Define-se trombose induzida pelo calor endovenoso como a propagação do trombo a partir de uma veia superficial em direção a uma veia mais profunda. Em geral, é considerada clinicamente insignificante quando não há propagação do trombo para o sistema venoso profundo. Essa condição pode ser tratada com terapia anticoagulante, embora a observação pareça ser suficiente, principalmente para graus menores. Neste estudo, relatamos dois casos de trombose induzida pelo calor endovenoso que teriam indicação de heparina de baixo peso molecular até a resolução do quadro. Porém, optou-se pelo uso da rivaroxabana (15 mg de 12 em 12h), com resolução completa do trombo em 4 semanas (caso 1) e em 7 dias (caso 2). A rivaroxabana pode ser uma alternativa promissora no tratamento da trombose induzida pelo calor endovenoso avançada, pela simplicidade da posologia, sem comprometimento da eficácia ou da segurança. São necessários estudos prospectivos, randomizados e controlados que possibilitem melhor entendimento da condição e o desenvolvimento de recomendações mais definitivas sobre opções de prevenção e tratamento.

**Palavras-chave:** varizes; laser endovenoso; ecografia vascular; trombose venosa.

#### Abstract

Endothermal heat-induced thrombosis (EHIT) is defined as propagation of a thrombus from a superficial vein into a deeper vein and is generally considered clinically insignificant if the thrombus does not propagate to the deep venous system. The condition can be treated with anticoagulation therapy, although monitoring may be sufficient, especially in less severe cases. In this paper we report on two cases of EHIT that met the criteria for indication of low molecular weight heparin until resolution of symptoms. However, the treatment actually chosen was 15 mg of rivaroxaban every 12 h and the outcomes were complete thrombus resolution in 4 weeks in Case 1 and 7 days in Case 2. Rivaroxaban may be a promising alternative for treatment of severe EHIT because the dosage regimen is simplified without compromising efficacy or safety. Prospective, randomized, controlled studies are needed to better understand EHIT and to develop more definitive recommendations on prevention and treatment options for this condition.

**Keywords:** varicose veins; intravenous laser treatment; vascular ultrasonography; venous thrombosis.

<sup>1</sup> Universidade Federal do Paraná – UFPR, Departamento de Cirurgia, Curitiba, PR, Brasil.

Fonte de financiamento: Nenhuma.

Conflito de interesse: Os autores declararam não haver conflitos de interesse que precisam ser informados.

Submetido em: Dezembro 09, 2015. Aceito em: Março 31, 2016.

O estudo foi realizado no Instituto da Circulação, Curitiba, PR, Brasil.

## INTRODUÇÃO

O mecanismo de ação da termoablação com laser endovenoso (em inglês, *endovenous laser treatment* – EVLT) no tratamento de varizes de membros inferiores é baseado na geração de calor que leva a dano endotelial, resultando assim no espessamento e na fibrose com oclusão não trombótica das veias incompetentes<sup>1</sup>.

A intensidade da contração da parede venosa parece ser importante, pois o lúmen residual da veia após o tratamento com laser é sujeito a oclusão pela formação de coágulos<sup>2</sup>.

A trombose induzida pelo calor endovenoso (em inglês, *endothelial heat-induced thrombosis* – EHIT) é definida como a propagação do trombo a partir de uma veia superficial em direção a uma veia mais profunda. Em geral, a EHIT é considerada clinicamente insignificante quando não há propagação do trombo para o sistema venoso profundo. Como tal, ela quase não é relatada na literatura, e a observação parece ser suficiente, principalmente para graus menores<sup>3</sup>.

Neste estudo, em uma análise retrospectiva das 278 safenas magnas e parvas tratadas através da técnica de EVLT em nosso serviço em um período de 5 anos, relatamos dois casos de EHIT em que se optou pela anticoagulação com rivaroxabana; pela simplificação da posologia, sem alteração da eficácia e da segurança, essa tem sido uma opção atraente na prevenção e no tratamento da trombose venosa profunda (TVP)<sup>4</sup>.

## DESCRIÇÃO DO CASO 1

Paciente do sexo feminino, 52 anos, diabética e hipertensa, com índice de massa corporal (IMC) de 31,2 e quadro clínico de varizes unilaterais de membro inferior esquerdo com classificação *Clinical-Etiology-Anatomy-Physiopathology* (CEAP) C5. Foi submetida a raqui-anestesia e colocada em decúbito dorsal. Posteriormente, foram realizadas punção ecoguiada e passagem de fibra nua (*bare fiber*) até 2 cm da junção safeno-femoral (JSF) (Figuras 1 e 2).

Nesse momento, foi feita a tumescência com soro fisiológico em temperatura ambiente e efetuada a EVLT 1470 nm e a densidade de energia linear endovenosa (em inglês, *linear endovenous energy density* – LEED) de 38,5 J/cm, com bom controle ecográfico imediato da JSF (Figura 3).

Também foi realizada a retirada das varizes tributárias e das veias perforantes-comunicantes insuficientes. A paciente recebeu dose única de enoxaparina de 40 mg 6 horas após o término da cirurgia; foi estimulada a deambulação a partir da recuperação anestésica. Recebeu alta após 10 horas do ato operatório, com prescrição de anti-inflamatórios e analgésicos.

Cinco dias após o procedimento, na primeira visita de acompanhamento, foi submetida a eco-Doppler colorido (EDC) de controle, que evidenciou a presença de EHIT com acometimento menor que 50% da luz da veia femoral comum esquerda; optou-se, então, pelo tratamento anticoagulante ambulatorial da paciente com rivaroxabana 15 mg de 12 em 12h. Repetido o

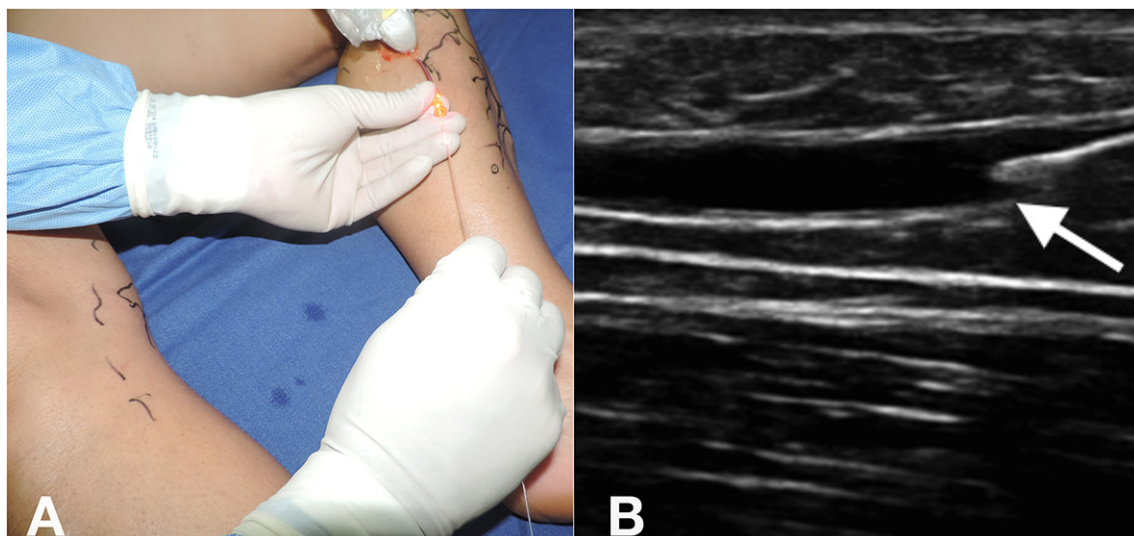


Figura 1. Punção ecoguiada (A) e passagem de fibra nua (*bare fiber*) (B).

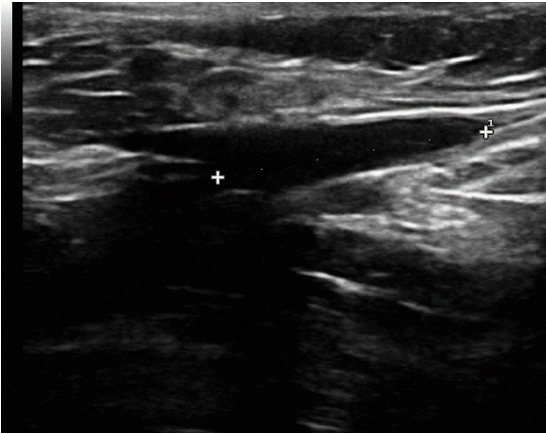


Figura 2. Posicionamento da fibra a 2 cm da junção safeno-femoral.

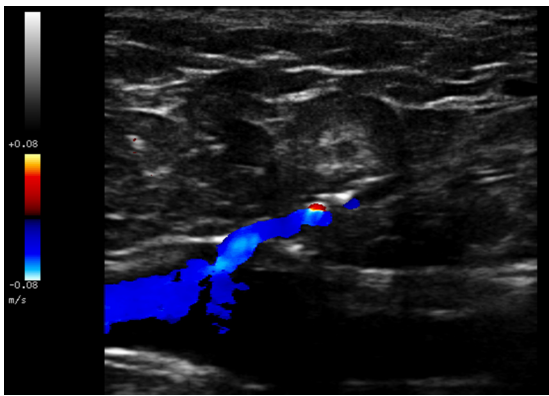


Figura 3. Controle imediato da junção safeno-femoral após termoablação.

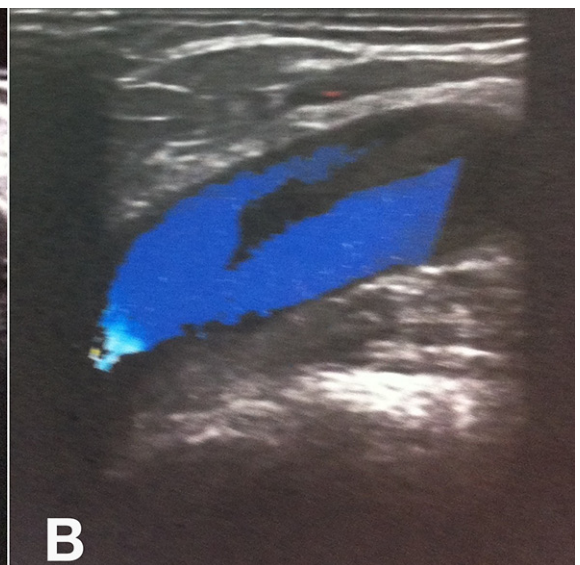


Figura 4. Trombose induzida pelo calor endovenoso com trombo de aspecto flutuante e progressão menor de 50% da luz na veia femoral comum. (A) Imagem ecográfica em modo B; (B) Imagem ecográfica em modo color.

exame em 4 semanas, foram evidenciadas a regressão do trombo e a resolução do quadro, momento em que o anticoagulante foi suspenso.

## ■ DESCRIÇÃO DO CASO 2

Paciente do sexo feminino, 42 anos, com quadro de insuficiência venosa dos membros inferiores, classificação de CEAP C3, sem outras comorbidades e com história familiar (irmã) de TVP. Foi submetida a raquianestesia, punção de veia safena magna ao nível do joelho e EVLT 1470 nm, com utilização de fibra nua (*bare fiber*) com LEED de 36 J/cm na safena magna direita e de 42 J/cm na safena magna esquerda a partir de 2 cm da JSF, guiado por EDC, sem a realização de tumescência bilateral, sempre com paciente em posição de Trendelenburg. Associada ao procedimento, foi realizada a ressecção de varizes tributárias e perforantes insuficientes nas pernas.

Recebeu alta no mesmo dia, com uso de anti-inflamatório e dose única de enoxaparina de 40 mg 6 horas após o término da cirurgia, sendo estimulada a deambulação diária. Mesmo orientada a retornar ao ambulatório no sétimo dia, a paciente compareceu somente no 28º dia de pós-operatório, quando foi submetida a EDC de controle, que evidenciou a presença de EHIT com trombo de aspecto flutuante e acometimento menor que 50% da luz da veia femoral comum direita (Figura 4). Foi realizado tratamento domiciliar com rivaroxabana 15 mg de 12 em 12h. No sétimo dia após a realização do EDC de controle, não mais se evidenciou a presença de trombo (Figura 5).



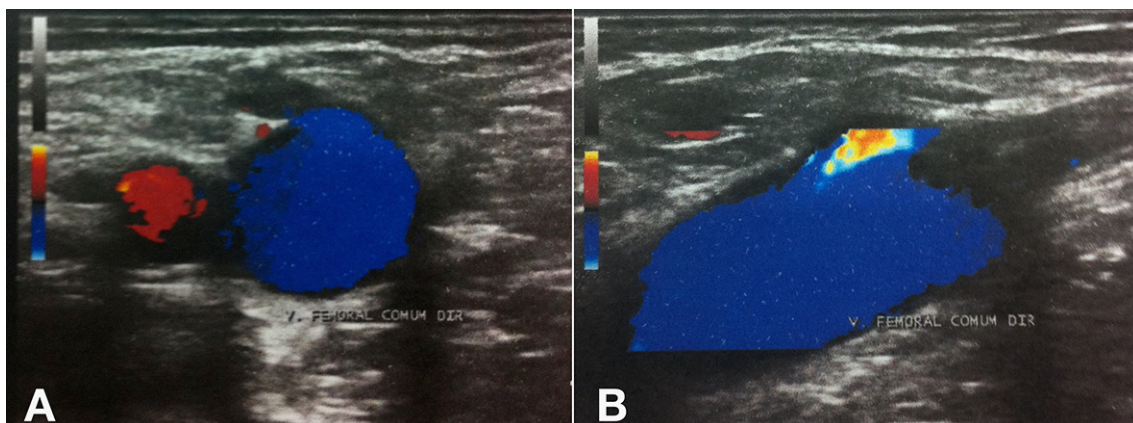


Figura 5. Eco-Doppler de controle após o sétimo dia de tratamento com rivaroxabana. (A) Imagem em modo color com transdutor na transversal; (B) Imagem em modo color com transdutor na longitudinal.

A paciente permaneceu assintomática e completou três meses de anticoagulação. Teve os resultados de seus testes de trombofilia negativos, mas o desaparecimento do trombo após 7 dias chamou atenção para uma provável embolia pulmonar (EP). Por esse motivo, optou-se por realizar angiotomografia de tórax, que descartou essa hipótese diagnóstica.

## DISCUSSÃO

A EHIT é um resultado esperado no acompanhamento da EVLT da veia safena magna. O que ainda não está claro na literatura é a evolução clínica dos pacientes que apresentam EHIT nas proximidades ou que se estende para a JSF<sup>5</sup>.

Apesar de não existir evidência da correlação entre a distância do início da termoablação na JSF e a possibilidade de EHIT, pode ocorrer migração da fibra após a realização da tumescência, com deslocamento mínimo da fibra pela compressão externa<sup>6</sup>. Existe a sugestão de que a mudança da distância do início da termoablação em relação à JSF para 2,5 cm ou superior possa resultar em uma diminuição da incidência de EHIT<sup>7</sup>.

Diversos sistemas de classificação da EHIT foram desenvolvidos, podendo diferir no que diz respeito a necessidade, tipo de tratamento, dose e duração da anticoagulação<sup>8-10</sup>.

Kabnick et al.<sup>8</sup> desenvolveram um sistema de classificação da EHIT de acordo com a extensão do trombo e sua propagação para o sistema venoso profundo (Quadro 1).

Lawrence et al.<sup>9</sup> também desenvolveram um sistema de classificação da extensão da termoablação endovenosa para a JSF, com uma proposta terapêutica para cada nível (Quadro 2).

Harlander-Locke et al.<sup>10,11</sup> descreveram um sistema de classificação da extensão da termoablação endovenosa para a junção safeno-poplítea, incluindo a incidência e uma proposta de tratamento para cada nível (Quadro 3).

Não há dados convincentes que embasem o uso rotineiro de anticoagulantes em dose profilática na EVLT. Os pacientes selecionados com história de trombose venosa superficial, TVP ou obesidade são candidatos à profilaxia<sup>12</sup>. Rhee et al.<sup>6</sup>, em uma análise retrospectiva de 519 procedimentos de EVLT ao longo de um período de 3 anos, encontraram o escore de avaliação de risco de TVP (escore de Caprini)<sup>13</sup> e o sexo masculino como fatores de risco independentes. Concluíram que parece haver uma correlação entre trombofilia e EHIT, e que o cálculo de uma pontuação de avaliação de riscos para os indivíduos pode permitir uma previsão do aumento do risco para EHIT e indicar quais pacientes poderiam se beneficiar de profilaxia medicamentosa<sup>6</sup>.

Sufian et al. fizeram um estudo prospectivo para avaliar a incidência de EHIT e sua progressão, e concluíram que os fatores de risco incluem: tamanho da veia, idade e flebectomias concomitantes<sup>14</sup>.

A EP após procedimentos de EVLT é, felizmente, rara. Rosales-Velderrain et al. relaram três casos de pacientes que desenvolveram EP após a ablação por radiofrequência da veia safena magna e mini-flebectomias das varizes primárias sintomáticas dos membros inferiores<sup>15</sup>. Apesar dos estudos de profilaxia para TVP com uso de novos anticoagulantes estarem voltados para situações específicas, como as cirurgias ortopédicas<sup>16</sup>, o uso *off-label* destes na profilaxia das mais diversas situações clínicas e cirúrgicas tem sido uma prática cada vez mais frequente.

**Quadro 1.** Sistema de classificação para a trombose induzida pelo calor endovenoso descrito por Kabnick et al.<sup>8</sup>.

| Classe | Extensão do trombo  | Tratamento   |
|--------|---|--|
| I      | Próximo à junção venosa superficial-profunda.                                 | Conduta expectante, com seguimento seriado com ultrassom.                                  |
| II     | Prolonga-se para além da junção, com diâmetro de secção transversal de < 50%. | Heparina de baixo peso molecular até a resolução do trombo, com acompanhamento ecográfico. |
| III    | Prolonga-se para além da junção, com diâmetro de secção transversal de > 50%. | Heparina de baixo peso e antivitamina K.   |
| IV     | Trombose venosa profunda totalmente oclusiva.                                 | Heparina de baixo peso e antivitamina K.   |

**Quadro 2.** Sistema de classificação da extensão da termoablação endovenosa para a junção safeno-femoral descrito por Lawrence et al.<sup>9</sup>.

| Classe | Extensão do trombo   | Tratamento                              |
|--------|--|---|
| 1      | Abaixo do nível da veia epigástrica superficial                        | Conduta expectante                      |
| 2      | No nível da veia epigástrica superficial                               | Conduta expectante                      |
| 3      | No nível da veia femoral comum   | Escolha do cirurgião                    |
| 4      | Abaulando na veia femoral comum  | Heparina de baixo peso                  |
| 5      | Após a junção safeno-femoral, adjacente à parede da veia femoral comum | Heparina de baixo peso                  |
| 6      | Na veia femoral comum, consistente com trombose venosa profunda        | Heparina de baixo peso e antivitamina K |

**Quadro 3.** Sistema de classificação da extensão da termoablação endovenosa para a junção safeno-poplítea descrito por Harlander-Locke et al.<sup>10,11</sup>.

| Nível | Extensão do trombo                           | Tratamento                              |
|-------|--|---|
| A     | > ou = 1 mm distal à veia poplítea           | Conduta expectante                      |
| B     | No nível da veia poplítea                    | Conduta expectante                      |
| C     | Prolonga-se para além da veia poplítea       | Escolha do cirurgião                    |
| D     | Trombose venosa profunda totalmente oclusiva | Heparina de baixo peso e antivitamina K |

Atualmente, os anticoagulantes diretos dos fatores II (trombina) e Xa também têm sido utilizados para fins de anticoagulação, tornando-se uma opção simplificada para o tratamento da TVP<sup>4</sup>. O estudo EINSTEIN<sup>17</sup> comparou o uso de rivaroxabana com o tratamento tradicional (enoxaparina-varfarina) da TVP e demonstrou não inferioridade de eficácia e segurança como monoterapia oral.

Werth et al.<sup>18</sup> documentaram um caso de EHIT assintomática, classe I de Kabnick, que progrediu para classe III após 7 dias de conduta expectante e acompanhamento clínico. Após a utilização de rivaroxabana durante 14 dias, evoluiu para resolução completa do trombo.

Embora dados de apoio ainda sejam necessários, estamos de acordo com as diretrizes do Fórum Venoso Americano<sup>19</sup>, que recomenda a realização pós-operatória do EDC em 24 a 72h (grau de recomendação 2C), para reconhecer e tratar, principalmente, os pacientes com graus mais avançados de EHIT, com extensão do trombo na veia femoral.

No presente estudo, relatamos dois casos de EHIT classe II de Kabnick e nível 5 de Lawrence em que a indicação seria a utilização de heparina de baixo peso molecular (HBPM) até a resolução do quadro.

Mesmo sabendo que o tratamento da EHIT em graus menores é mais controverso e deixado a critério do operador, queríamos tratar esses doentes com pelo menos um curso curto de anticoagulação. Devido ao mecanismo de ação semelhante, à facilidade do tratamento, à possibilidade de administração por via oral e à manutenção do tratamento em regime ambulatorial, optou-se pela utilização de rivaroxabana 15 mg de 12 em 12h, com resolução completa do trombo em 4 semanas no caso 1 e em 7 dias no caso 2.

## CONCLUSÃO

A rivaroxabana e os demais novos anticoagulantes orais podem ser alternativas promissoras para o tratamento dos casos avançados de EHIT, pela simplificação posológica. Com o aumento do número de procedimentos, a disseminação das técnicas de termoablação endovenosa e o aprofundamento do estudo das suas principais complicações, espera-se um maior número de documentações dos casos de EHIT e, conseqüentemente, a possibilidade de realização de estudos prospectivos, randomizados e controlados que possibilitem um maior entendimento e recomendações mais definitivas das opções de prevenção e tratamento.

## ■ REFERÊNCIAS

1. Min RJ, Khilnani N, Zimmet SE. Endovenous laser treatment of saphenous vein reflux: long-term results. *J Vasc Interv Radiol.* 2003;14(8):991-6. <http://dx.doi.org/10.1097/01.RVI.0000082864.05622.E4>. PMID:12902556.
2. Proebstle TM, Lehr HA, Kargl A, et al. Endovenous treatment of the greater saphenous vein with a 940-nm diode laser: thrombotic occlusion after endoluminal thermal damage by laser-generated steam bubbles. *J Vasc Surg.* 2002;35(4):729-36. <http://dx.doi.org/10.1067/mva.2002.121132>. PMID:11932671.
3. Kane K, Fisher T, Bennett M, et al. The incidence and outcome of endothermal heat-induced thrombosis after endovenous laser ablation. *Ann Vasc Surg.* 2014;28(7):1744-50. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avsg.2014.05.005>. PMID:24911803.
4. Gonsalves WI, Pruthi RK, Patnaik MM. The new oral anticoagulants in clinical practice. *Mayo Clin Proc.* 2013;88(5):495-511. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2013.03.006>. PMID:23639500.
5. Kabnick LS, Berland TL. Endovenous heat induced thrombosis (EHIT). In: *Proceedings of the 38th Annual Vascular and Endovascular Issues, Techniques and Horizons (VEITHsymposium); 2011; New York, New York; 2011.* [citado 2015 dez 09]. [http://www.cooltouch.com/PDF\\_CTEV/Endothermal\\_Heat\\_Induced\\_Thrombosis\\_EHIT.pdf](http://www.cooltouch.com/PDF_CTEV/Endothermal_Heat_Induced_Thrombosis_EHIT.pdf)
6. Rhee SJ, Stoughton J, Cantelmo NL. Procedural factors influencing the incidence of endovenous heat-induced thrombus (EHIT). *J Vasc Surg.* 2011;53(2):555. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2010.11.077>.
7. Sadek M, Kabnick LS, Rockman CB, et al. Increasing ablation distance peripheral to the saphenofemoral junction may result in a diminished rate of endothermal heat-induced thrombosis. *J Vasc Surg.* 2013;1(3):257-62. PMID:26992584.
8. Kabnick LS, Ombrellino M, Agis H, et al. Endovenous heat induced thrombosis (EHIT) at the superficial deep venous junction: a new post-treatment clinical entity, classification and potential treatment strategies. In: *Proceedings of the 18th Annual Meeting of the American Venous Forum; 2006; Miami, FL.* Miami; 2006.
9. Lawrence PF, Chandra A, Wu M, et al. Classification of proximal endovenous closure levels and treatment algorithm. *J Vasc Surg.* 2010;52(2):388-93. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2010.02.263>. PMID:20646894.
10. Harlander-Locke M, Jimenez JC, Lawrence PF, et al. Management of endovenous heat-induced thrombus using a classification system and treatment algorithm following segmental thermal ablation of the small saphenous vein. *J Vasc Surg.* 2013;58(2):427-31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2013.01.026>. PMID:23663871.
11. Harlander-Locke M, Jimenez JC, Lawrence PF, Derubertis BG, Rigberg DA, Gelabert HA. Endovenous ablation with concomitant phlebectomy is a safe and effective method of treatment for symptomatic patients with axial reflux and large incompetent tributaries. *J Vasc Surg.* 2013;58(1):166-72. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2012.12.054>. PMID:23571079.
12. Geerts WH, Bergqvist D, Pineo GF, et al. Prevention of venous thromboembolism: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). *Chest.* 2008;133(6, Supl):381S-453S. <http://dx.doi.org/10.1378/chest.08-0656>. PMID:18574271.
13. Bahl V, Hu HM, Henke PK, Wakefield TW, Campbell DA Jr, Caprini JA. A validation study of a retrospective venous thromboembolism risk scoring method. *Ann Surg.* 2010;251(2):344-50. <http://dx.doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181b7fca6>. PMID:19779324.
14. Sufian S, Arnez A, Labropoulos N, Lakhnanpal S. Endovenous heat-induced thrombosis after ablation with 1470 nm laser: Incidence, progression, and risk factors. *Phlebology.* 2015;30(5):325-30. <http://dx.doi.org/10.1177/0268355514526588>. PMID:24609619.
15. Rosales-Velderrain A, Gloviczki P, Said SM, Hernandez MT, Canton LG, Kalra M. Pulmonary embolism after endovenous thermal ablation of the saphenous vein. *Semin Vasc Surg.* 2013;26(1):14-22. <http://dx.doi.org/10.1053/j.semvascsurg.2013.07.001>. PMID:23932557.
16. Turpie AG, Lassen MR, Davidson BL, et al. Rivaroxaban versus enoxaparin for thromboprophylaxis after total knee arthroplasty (RECORD4): a randomised trial. *Lancet.* 2009;373(9676):1673-80. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60734-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60734-0). PMID:19411100.
17. Bauersachs R, Berkowitz SD, Brenner B, et al. Oral rivaroxaban for symptomatic venous thromboembolism. *N Engl J Med.* 2010;363(26):2499-510. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1007903>. PMID:21128814.
18. Werth S, Halbritter K, Mahlmann A, Weiss N. Treatment of an endovenous heat-induced thrombosis (EHIT) with rivaroxaban (Xarelto®). *Phlebologie.* 2015;44(4):184-7. <http://dx.doi.org/10.12687/phleb2264-4-2015>.
19. Gloviczki P, Comerota AJ, Dalsing MC, et al. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. *J Vasc Surg.* 2011;53(5, Supl):2S-48S. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2011.01.079>. PMID:21536172.

### Correspondência

Walter Junior Boim de Araujo  
Instituto da Circulação  
Rua Sete de Setembro, 5348, cj. 905  
CEP 80240-000 - Curitiba (PR), Brasil  
Tel.: (41) 3244-5000  
E-mail: wboim@hotmail.com

### Informações sobre os autores

WJBA - Mestre e doutorando pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), Departamento de Cirurgia.  
JRRT - Mestre, doutor e professor associado de Cirurgia Vascular da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Departamento de Cirurgia.  
FLE e FCC - Mestres pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), Departamento de Cirurgia.

### Contribuições dos autores

Concepção e desenho do estudo: WJBA  
Análise e interpretação dos dados: WJBA  
Coleta de dados: WJBA, FLE, FCC  
Redação do artigo: WJBA, FLE  
Revisão crítica do texto: JRRT  
Aprovação final do artigo\*: WJBA, JRRT, FLE, FCC  
Análise estatística: N/A.  
Responsabilidade geral pelo estudo: WJBA

\*Todos os autores leram e aprovaram a versão final submetida ao *J Vasc Bras.*