



Aneurisma de veia poplíteia: relato de dois casos

Popliteal vein aneurysm: report of two cases

Marcio Miyamoto^{1,2,3}, Marina de Lorenzo Costa⁴, Victor Hugo Granella⁴, Bruna Zimmerman Angelo¹,
Danielle Corrêa de Andrade¹, Cintia Lopes Raymundo^{1,2}, Ricardo César Rocha Moreira³

Resumo

Os aneurismas venosos são raros, sendo na maioria das vezes diagnosticados de forma incidental. Os aneurismas de veia poplíteia são os mais comuns entre os aneurismas venosos e apresentam uma forte associação com a ocorrência de trombose venosa profunda e embolia pulmonar recorrente. O presente estudo descreve dois casos de aneurisma de veia poplíteia associados a trombose venosa profunda.

Palavras-chave: aneurisma; veia poplíteia; trombose venosa profunda.

Abstract

Venous aneurysms are rare and often diagnosed incidentally. Popliteal vein aneurysms are the most common type of venous aneurysms and have a strong association with the occurrence of deep vein thrombosis and recurrent pulmonary embolism. This article reports two cases of popliteal vein aneurysms associated with deep vein thrombosis.

Keywords: aneurysm; popliteal vein; deep vein thrombosis.

¹ Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUC-PR, Hospital Universitário Cajuru – HUC, Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular, Curitiba, PR, Brasil.

² Instituto VESSEL de Aperfeiçoamento Endovascular de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil.

³ Hospital Nossa Senhora das Graças – HNSC, Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular Elias Abrão, Curitiba, PR, Brasil.

⁴ Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUC-PR, Hospital Universitário Cajuru – HUC, Liga Acadêmica de Medicina Vascular – LAMEV, Curitiba, PR, Brasil.

Fonte de financiamento: Nenhuma.

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

Submetido em: Outubro 15, 2017. Aceito em: Março 13, 2018.

O estudo foi realizado no Hospital Universitário Cajuru (HUC), Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), Curitiba, PR, Brasil.

INTRODUÇÃO

Os aneurismas venosos foram descritos inicialmente por Sir William Osler no ano de 1913 e podem acometer teoricamente qualquer segmento venoso do organismo¹. O aneurisma da veia poplítea (AVP) é o aneurisma venoso mais comum, sendo descrito inicialmente em 1968 por May e Nissl². Em uma revisão realizada em 2006 por Bergqvist et al.³, foram identificados 147 casos dessa doença. O objetivo deste artigo é descrever dois casos de AVP e o manejo escolhido para cada um.

RELATO DOS CASOS

Caso 1

Paciente com 15 anos de idade do sexo masculino apresentava queixa de dor associada a um aumento de volume localizado em fossa poplítea direita com início há um mês. Relatou história prévia de malformação vascular em região posterior de coxa direita, porém sem diagnóstico definido. Ao exame físico, apresentava uma massa de consistência firme na região de fossa poplítea direita associada

a aumento de volume difuso em região posterior distal da coxa direita. Foi realizado eco-Doppler, que diagnosticou volumoso AVP à direita. Devido ao risco de trombose e aos sintomas exacerbados do paciente, optou-se por abordagem cirúrgica com aneurismectomia venosa e reconstrução primária da veia poplítea (Figura 1). Paciente foi orientado a manter tratamento com anticoagulantes por 3 meses e buscar acompanhamento clínico.

Caso 2

Paciente com 66 anos de idade do sexo feminino apresentava quadro de dor e edema em membro inferior esquerdo desde a raiz da coxa. Relatava história de imobilização de poucas horas como único fator de risco detectável para trombose na anamnese. O eco-Doppler mostrou, além da trombose venosa de veias gastrocnêmias e fibulares à esquerda, presença de AVP (Figura 2). A paciente foi manejada com anticoagulação sistêmica utilizando rivaroxabana por 6 meses, além de cuidados locais como calor local e elevação dos membros e terapia compressiva com meia elástica de média compressão.

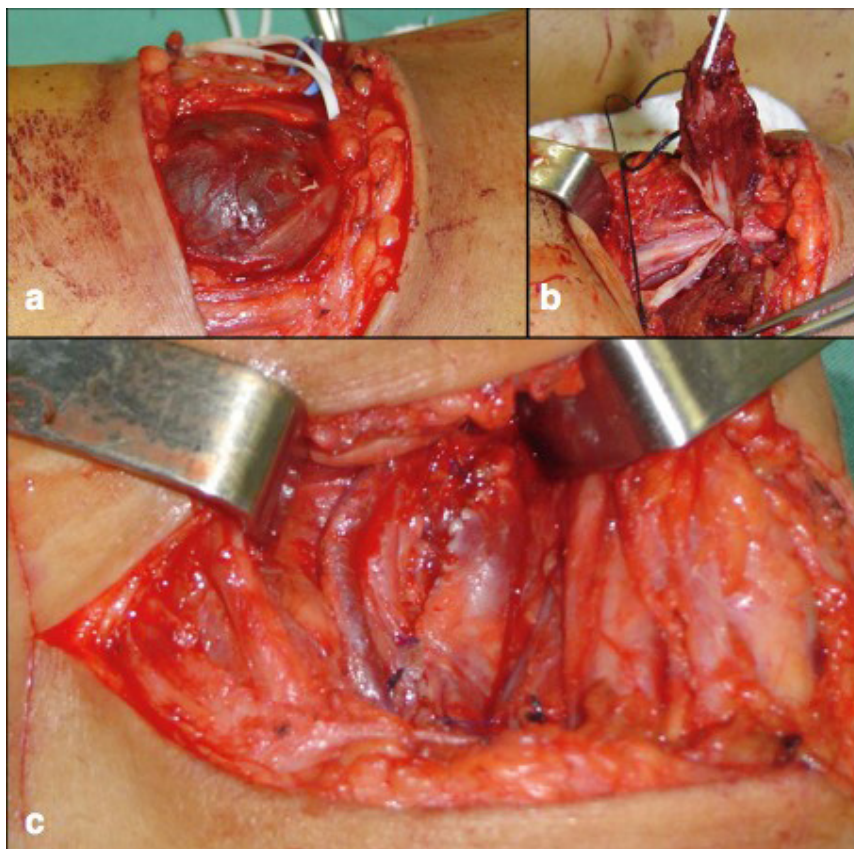


Figura 1. Acesso posterior (a), aneurismectomia (b) e venorrafia lateral (c).



Figura 2. Eco-Doppler mostrando aneurisma de veia poplíteia.

DISCUSSÃO

Os aneurismas vasculares poplíteos são raros e de prevalência não estabelecida, uma vez que não existem estudos de rastreamento. Descrições na literatura relatam prevalências abaixo de 0,5%^{4,5}. Não há informações sobre a relação entre casos sintomáticos e assintomáticos³.

Nos primeiros relatos de AVP publicados, a apresentação clínica mais comum – em até 80% – era o tromboembolismo venoso (TEV). Atualmente, com a maior disponibilidade de métodos de imagem pouco invasivo como o eco-Doppler, o diagnóstico precoce de aneurismas venosos na fase pré-trombótica ou como achado incidental em pacientes assintomáticos tornou-se cada vez mais frequente⁶. Na série relatada por Sessa et al.⁷, o eco-Doppler foi o exame utilizado para o diagnóstico em todos os 25 casos de AVP. Dor na região do joelho ou presença de massa na fossa poplíteia foram relatadas em 38% dos casos no estudo de Bergqvist et al.³. Donaldson et al.⁶ descreveram uma amostra de 21 pacientes, na qual 52% possuíam sintomas de insuficiência venosa crônica e 14% de embolia pulmonar, 19% foram diagnosticados com trombose venosa profunda e 29% tiveram achados incidentais.

Aproximadamente dois terços dos AVP são saculares, a maioria localiza-se no membro inferior esquerdo^{8,9} e cerca de 25% ocorrem de forma bilateral, ressaltando a importância de examinar ambas as pernas ao eco-Doppler. Devido à maior prevalência do AVP do lado esquerdo, foi proposta uma associação com a compressão da veia íliaca comum esquerda pela artéria íliaca comum direita, descrita em três pacientes assintomáticos submetidos a exames de imagem¹⁰. Porém, na série publicada por Donaldson et al.⁶, 12 pacientes com AVP foram submetidos a angiotomografia ou a angiorressonância

do território ilíaco-cava e não houve evidência de compressão venosa nesse território.

O AVP deve ser considerado como um dos diagnósticos diferenciais em pacientes com aumento de volume na região da fossa poplíteia e em pacientes jovens com TEV em que a triagem para trombofilia é negativa. O exame inicial de escolha é a ultrassonografia com Doppler venoso, por permitir a exclusão diagnóstica e a avaliação de potenciais diagnósticos diferenciais³.

O tratamento de escolha tem sido tradicionalmente o reparo cirúrgico em pacientes com aneurismas maiores que 3 cm, recorrência de trombose ou embolia pulmonar após anticoagulação e alto risco para trombose venosa. A ocorrência de embolia pulmonar e óbito foi observada em cinco pacientes tratados com anticoagulação sistêmica isolada no estudo de Maldonado-Fernandez et al.⁹. A literatura possui dados divergentes quanto à recorrência de TEV em pacientes tratados apenas com anticoagulação, variando de 0 a 80%^{6,11}. A recorrência de TEV é pouco descrita e não há casos publicados de morte por embolia pulmonar em pacientes submetidos a correção cirúrgica^{7,9,11}.

Existem várias técnicas cirúrgicas disponíveis para o tratamento do aneurisma de veia poplíteia e sua escolha varia de acordo com a anatomia do aneurisma. O acesso posterior é o mais utilizado, seguido de ressecção do saco aneurismático e venorrafia lateral para reconstrução venosa⁷. Pode haver a necessidade de reconstrução vascular através de venoplastia com remendo ou mesmo de confecção de uma ponte com enxerto autólogo. A ligadura da veia poplíteia com aneurismectomia não é uma técnica recomendada, considerando as sequelas a longo prazo relacionadas a insuficiência venosa e edema de membros inferiores^{12,13}. O regime da anticoagulação após o tratamento cirúrgico ainda não é bem estabelecido, mas sugere-se um

período de 6 a 8 semanas de anticoagulação como razoável para a endotelização da área reconstruída³. Alguns autores recomendam pelo menos 3 meses de anticoagulação^{7,14}.

Em conclusão, os aneurismas venosos poplíteos são raros, mas potencialmente fatais, pelo risco de embolia pulmonar. O eco-Doppler é o método diagnóstico de escolha. Apesar de não haver consenso quanto ao tratamento dos pacientes com AVP, deve-se levar em conta o risco individual de recorrência de trombose venosa, sendo a cirurgia mais indicada nesses casos.

REFERÊNCIAS

- Osler W. An arterio-venous aneurysm of the axillary vessels of 30 years' duration. *Lancet*. 1913;182(4705):1248-9. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)77636-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(01)77636-2).
- May R, Nissl R. Aneurysms of the popliteal vein. *Fortschr Geb Rontgenstr Nuklearmed*. 1968;108(3):402-3. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0029-1228348>. PMID:4971553.
- Bergqvist D, Björck M, Ljungman C. Popliteal venous aneurysm: a systematic review. *World J Surg*. 2006;30(3):273-9. <http://dx.doi.org/10.1007/s00268-005-7982-y>. PMID:16479328.
- Franco G, Nguyen Khac G. Anéurysme veineux de la fosse poplitée: exploration ultrasonographique. *Phlebologie*. 1997;50:31-5.
- Labropoulos N, Volteas S, Giannoukas A, Touloupakis E, Delis K, Nicolaides AN. Asymptomatic popliteal vein aneurysms. *Vasc Surg*. 1996;30(6):453-8. <http://dx.doi.org/10.1177/153857449603000602>.
- Donaldson CW, Oklu R, Watkins MT, et al. Popliteal venous aneurysms: characteristics, management strategies and clinical outcomes: a modern single center series. *Ann Vasc Surg*. 2014;28(8):1816-22. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avsg.2014.06.065>. PMID:25011086.
- 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(5):902-12. <http://dx.doi.org/10.1067/mva.2000.110353>. PMID:11054222.
- Morisson B, Serafim JMB, Santos EB, Colhen DP, Caífa BM, Carvalho R. Aneurisma de veia poplíteia: relato de caso e revisão da literatura. *J Vasc Bras*. 2011;10(1):68-71. <http://dx.doi.org/10.1590/S1677-54492011000100013>.
- Maldonado-Fernandez N, Lopez-Espada CM-GF, Martinez-Gamez FJ, et al. Popliteal venous aneurysms: results of surgical treatment. *Ann Vasc Surg*. 2013;27(4):501-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avsg.2012.07.005>. PMID:23522443.
- Gaweesh AS, Kayed MH, Gaweesh TY, Shata A. Popliteal venous aneurysms and iliac vein compression: a possible association. *Phlebology*. 2014;29(6):386-9. <http://dx.doi.org/10.1177/0268355513486781>. PMID:23635877.
- Marin J, Gosselin J, Khayat AFJ, Foucault JP. A case of an aneurysm of the popliteal vein with repeated pulmonary embolisms. *Phlebologie*. 1978;31(4):433-8. PMID:740731.
- Rich NM, Hughes CW. Popliteal artery and vein entrapment. *Am J Surg*. 1967;113(5):696-8. [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9610\(67\)90323-6](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9610(67)90323-6). PMID:6021447.
- Lindhagen A, Hallbook T. Venous function in the leg 20 years after ligation and partial resection of the popliteal vein. *Acta Chir Scand*. 1982;148(2):131-4. PMID:7148309.
- 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(4):708-15. [http://dx.doi.org/10.1016/0741-5214\(93\)90081-V](http://dx.doi.org/10.1016/0741-5214(93)90081-V). PMID:8411479.

Correspondência

Marcio Miyamoto

Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUC-PR, Hospital
Universitário Cajuru – HUC, Serviço de Cirurgia Vasculare
Endovascular
Rua Francisco Juglair, 77/505 – Mossunguê
CEP 81200-230 - Curitiba (PR), Brasil
Tel.: (41) 99961-0486
E-mail: miyamoto@gmail.com

Informações sobre os autores

MM - Cirurgião vascular chefe, Serviço de Cirurgia Vasculare, Hospital
Universitário Cajuru (HUC), Pontifícia Universidade Católica
do Paraná (PUC-PR); Cirurgião vascular e endovascular, Serviço
de Cirurgia Vasculare e Endovascular Elias Abrão, Hospital Nossa
Senhora das Graças; Tutor, Liga Acadêmica de Medicina Vascula
(LAMEV), Hospital Universitário Cajuru; Diretor, Instituto VESSEL de
Aperfeiçoamento Endovascular de Curitiba.
MLC e VHG - Acadêmicos do curso de medicina, Universidade
Federal do Paraná (UFPR); Integrantes da Liga Acadêmica de
Medicina Vasculare (LAMEV), Hospital Universitário Cajuru, Pontifícia
Universidade Católica do Paraná.
BZA e DCA - Médicas residente, Serviço de Cirurgia Vasculare do
Hospital Universitário Cajuru (HUC), Pontifícia Universidade Católica
do Paraná (PUC-PR).
CLR - Cirurgiã vascular, Serviço de Cirurgia Vasculare, Hospital
Universitário Cajuru (HUC), Pontifícia Universidade Católica
do Paraná (PUC-PR); Cirurgiã vascular, Instituto VESSEL de
Aperfeiçoamento Endovascular de Curitiba.
RCRM - Doutor em Clínica Cirúrgica, Universidade Federal do
Paraná (UFPR); Cirurgião vascular chefe, Serviço de Cirurgia Vasculare
e Endovascular Elias Abrão, Hospital Nossa Senhora das Graças
(HNSG).

Contribuições dos autores

Concepção e desenho do estudo: MM, RCRM, CLR
Análise e interpretação de dados: MM, RCRM, CLR
Coleta de dados: MM, RCRM, MLC, VHG, BZA, DCA, CLR
Redação do artigo: MM
Revisão crítica do texto: MM
Aprovação final do artigo*: MM, RCRM, MLC, VHG, BZA, DCA, CLR
Análise estatística: N/A.
Responsabilidade geral pelo estudo: MM

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