

SÍNDROME DA COMPRESSÃO DA VEIA ILÍACA

ILIAC VEIN COMPRESSION SYNDROME

Ricardo Virgínio dos Santos¹; Anna Carolina Fernandes Moraes¹; João Pedro Martins e Silva¹; Guilherme Nebo Jambor¹; Alexandre Campos Moraes Amato, TCBC-SP¹.

RESUMO

A síndrome da compressão da veia ilíaca (SCVI) é uma situação clínica na qual a artéria ilíaca comum direita comprime extrinsecamente a veia ilíaca comum esquerda. Pacientes com tal alteração anatômica estão predispostos à formação de trombose venosa profunda à esquerda com sinais de hipertensão venosa em membro inferior esquerdo (MIE), simulando patologias de evolução semelhante. Na SCVI, devido à existência de uma alteração anatômica, é necessária a descompressão da veia por cirurgia aberta convencional ou endovascular. Relatamos o caso de um paciente de 48 anos, sexo masculino, que procurou o serviço de especialista em cirurgia vascular por aumento da quantidade de varizes, claudicação venosa e piora da dor e edema em MIE, com longa evolução.

Descritores: Veia Ilíaca. Artéria Ilíaca. Varizes. Edema. Flebografia.

ABSTRACT

Iliac vein compression syndrome (IVCS) is a clinical situation in which the right common iliac artery extrinsically compresses the left common iliac vein. Patients with these anatomical changes are predisposed to the formation of deep venous thrombosis on the left side with signs of venous hypertension in the left lower limb (LLL), simulating diseases of similar evolution. In IVCS, due to the existence of an anatomical change, vein decompression is required, either by conventional open surgery or endovascular procedure with stent placement. This study reports the case of a 48-year-old male patient who sought a specialist in vascular surgery due to an increase in varicose veins, venous claudication, and worsening of pain and edema in the LLL, for a long period of time.

Keywords: Iliac Vein. Iliac Artery. Varicose Veins. Edema. Phlebography.

INTRODUÇÃO

A síndrome da compressão da veia ilíaca (SCVI), também chamada de síndrome de May-Thurner ou de Cockett, é uma situação clínica na qual a artéria ilíaca comum direita comprime extrinsecamente a veia ilíaca comum esquerda, manifestando-se clinicamente como dor e edema do membro inferior esquerdo (MIE), ou até mesmo como trombose venosa profunda (TVP) íleo-femoral esquerda^{1,2}.

Tal compressão pode levar à obstrução da veia ilíaca por dois mecanismos. O primeiro envolve a própria compressão mecânica da veia sobre a coluna vertebral, enquanto o segundo está relacionado com a hipertrofia intimal da veia pelas repetidas compressões dinâmicas¹.

Pacientes com essa alteração anatômica estão predispostos à formação de TVP íleo-femoral esquerda, sendo cirurgia, gravidez e repouso prolongado os fatores principais precipitantes dos quadros agudos³.

O tratamento invasivo da SCVI é necessário quando o paciente é sintomático, e tem como objetivo principal tratar os sintomas relacionados à hipertensão venosa e prevenir sequelas da doença oclusiva venosa⁴.

Devido à complexidade e à morbidade da cirurgia aberta, a abordagem endovascular vem se tornando a principal escolha terapêutica, pois mostra menor risco cirúrgico e maior resolatividade⁵. Para tratar os sintomas crônicos, utiliza-se um stent para descompressão venosa; para os sintomas agudos, como TVP, utiliza-se a trombólise guiada por cateter⁶. O'Sullivan *et al.* relataram que o tratamento endovascular da SCVI é seguro e efetivo; porém, mais estudos são necessários para a avaliação da perviabilidade desses *stents* em longo prazo⁷. De certa forma, a complexidade e os riscos da cirurgia aberta limitavam naturalmente a realização indiscriminada do

¹ Universidade Santo Amaro (UNISA), São Paulo, SP, Brasil.

tratamento, exigindo-se sintomas exuberantes para a cirurgia ser justificada; entretanto, com o advento do tratamento endovascular⁸, percebe-se que pacientes oligosintomáticos e às vezes assintomáticos estão sendo submetidos a procedimentos invasivos para o tratamento de fenômeno imagenológico⁹. O presente artigo tem o objetivo de mostrar a importância da suspeita clínica no diagnóstico de SCVI e a correta indicação do tratamento invasivo.

RELATO DO CASO

Paciente de 48 anos, sexo masculino, fazendeiro. Procurou especialista com queixa de dor e edema em membro inferior esquerdo há seis anos. Referia acordar com edema que piorava durante o dia, associado a dor desencadeada por deambulação intensa ou ortostatismo prolongado. A dor melhorava com repouso e uso de meia elástica. Negava outras comorbidades ou cirurgias prévias, traumas ou fraturas em membros inferiores (MMII) e não tinha história pessoal ou familiar de TVP dos MMII.

Sua primeira consulta com cirurgião vascular foi em 2004, com queixa de varizes. Nessa ocasião, realizou o exame de *eco-Doppler* colorido, que mostrou ausência de refluxo em veias profundas e superficiais, e apenas ectasias venosas superficiais em face medial de perna esquerda. Não realizou nenhum tratamento venoso específico nesse período.

Em julho de 2017, procurou o cirurgião vascular pelo aumento da quantidade de varizes, claudicação venosa em MIE e sintomas de dor e edema frequentes no MIE. Foi então realizado outro mapeamento com *eco-Doppler* que mostrou, novamente, ausência de refluxo em veias profundas e superficiais no MIE, com insuficiência de veias superficiais em face medial de perna esquerda e presença de veias com ectasias nessa região. Devido a importante assimetria da circunferência das panturrilhas - esquerda com 8cm a mais do que a direita (Figura 1) - e presença de cianose plantar no pé esquerdo, foi realizado exame de angiotomografia das veias pélvicas e abdominais em agosto de 2017, que evidenciou sinais de compressão extrínseca da veia íliaca comum esquerda pela artéria íliaca comum direita, associada a extensa rede colateral venosa do lado esquerdo, caracterizando SCVI (Figura 2).

Também foi realizada venografia, a qual evidenciou falha no enchimento em veia íliaca comum esquerda e exuberante circulação colateral venosa (Figura 3). Além do tratamento clínico com elastocompressão, foi proposto ao paciente o tratamento cirúrgico endovascular para eliminar ou reduzir a estenose da veia íliaca comum esquerda e assim aliviar a hipertensão venosa do doente (Figura 4).



Figura 1. Fotografia mostrando panturrilha esquerda com circunferência com 8cm a mais do que panturrilha direita.

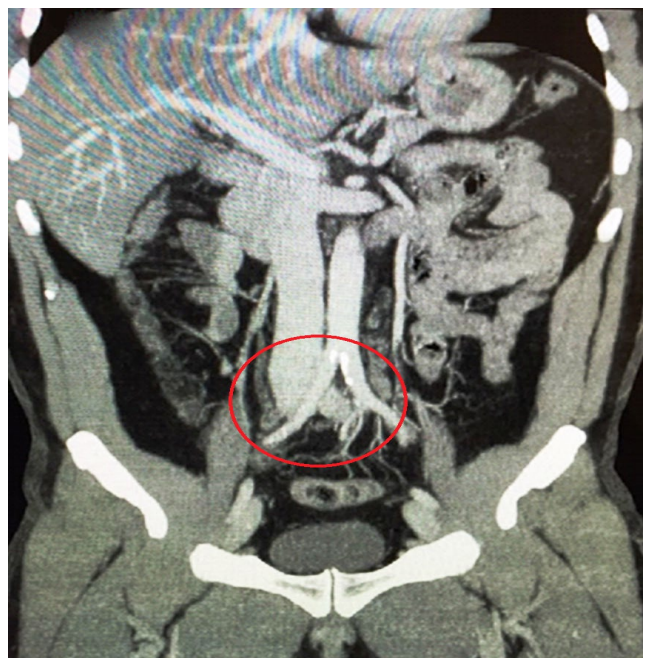


Figura 2. Angiotomografia venosa das veias pélvicas e abdominais mostrando artéria íliaca comum direita comprimindo veia íliaca comum esquerda.

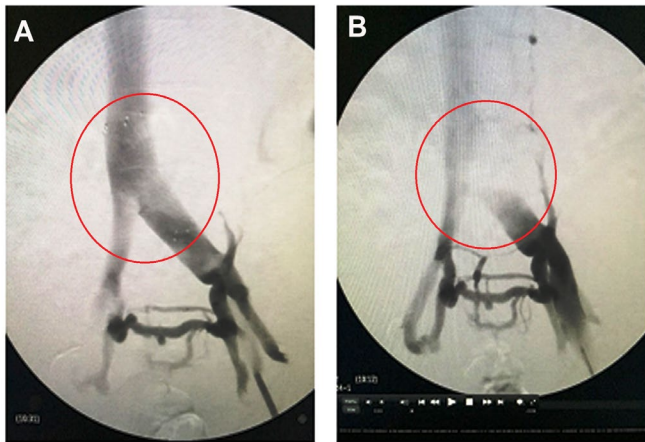


Figura 3. Venografia evidenciando falha no enchimento em veia ilíaca comum esquerda e exuberante circulação colateral venosa (A) e falha de enchimento e presença de circulação colateral venosa (B).

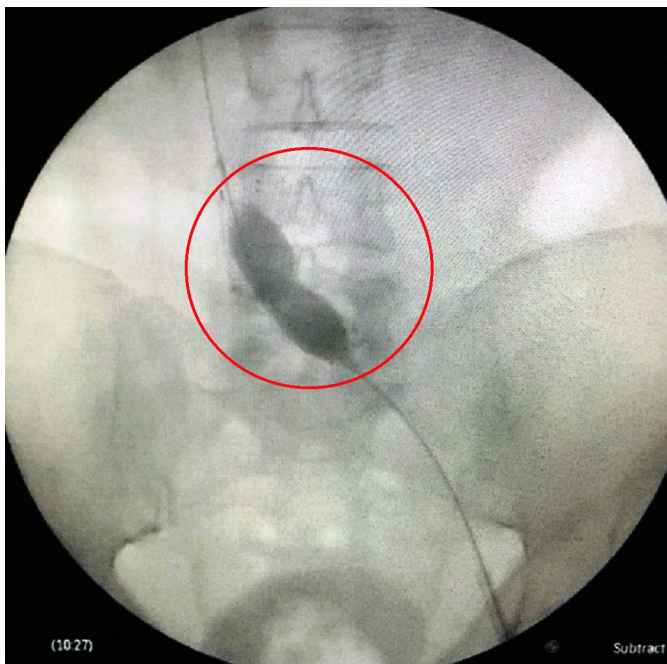


Figura 4. Angioplastia e abertura de *stent* em área estenótica.

DISCUSSÃO

A presença de sintomas em pacientes com o fenômeno da compressão da veia ilíaca não é tão frequente¹⁰. Estudos que avaliaram a incidência de SCVI em pacientes assintomáticos mostraram que esta é muito baixa¹⁰. Quanto aos que apresentam sintomas relacionados à doença venosa crônica dos MMII, a SCVI acomete 2 a 5% dos pacientes com doença venosa dos MMII, e está presente em 18 a 49% dos portadores de TVP do MIE^{1,11}. Há predomínio no sexo feminino, com média de idade de 34,4 anos na população brasileira¹².

O padrão ouro atual para definir estenose hemodinamicamente significativa é a

flebografia e a ultrassonografia intravascular; porém, são exames invasivos e de alto custo, reservados para o momento cirúrgico.

O *eco-Doppler* é um método que permite identificar a presença de obstrução significativa de maneira menos invasiva, mostrando o grau de compressão e a velocidade do fluxo sanguíneo.

Portanto, as alterações hemodinâmicas e o diagnóstico dos eventos-alvo (TVP aguda) devem ser baseados inicialmente nos exames clínico e ultrassonográfico¹⁰.

Ainda assim, somente o *eco-Doppler* de MMII não é capaz de excluir compressão venosa proximal, devido a inúmeros fatores: é examinador dependente; necessita de compressão do transdutor na pele; é um exame limitado para visualização dos vasos ilíacos localizadas mais profundamente na pele; e não revela características anatômicas específicas de SCVI. Além disso, caso a apresentação clínica seja altamente sugestiva de compressão venosa proximal, deve-se prosseguir a investigação¹³.

A angiotomografia de abdome e pelve é útil e fidedigno diagnóstico de SCVI, demonstrando a compressão da veia ilíaca e permitindo excluir causas extrínsecas de compressão, mas é de alto custo e requer radiação, sendo indicada a pacientes com grande suspeita clínica¹⁰.

Em um estudo prospectivo publicado em janeiro de 2017, foi utilizada uma amostra de 500 pacientes assintomáticos submetidos a tomografia computadorizada, divididos em grupos de acordo com o gênero e subdivididos pela idade maior ou menor que 40 anos¹⁰. Dos 500 pacientes iniciais, 367 concluíram o estudo, 17 foram diagnosticados com eventos-alvo durante o acompanhamento e, desses, apenas 6 (1,6%), apresentaram SCVI. Portanto, concluiu-se que, para pacientes assintomáticos, torna-se desnecessária investigação mais aprofundada com angiotomografia¹¹. Em casos de alterações significativas ao *eco-Doppler* (grau de compressão > 50%) associado a sinais de hipertensão venosa assimétrica, deve-se proceder a angiotomografia¹⁰.

O diagnóstico de SCVI está mais associado a eventos agudos como TVP e à presença súbita de edema assimétrico em MIE do que a hipertensão venosa não trombótica, com apresentação clínica de evolução mais insidiosa e menos exuberan-

te⁶. No paciente acima, a suspeita clínica evidenciada pelos sinais de hipertensão venosa (veias varicosas, edema, alterações cutâneo-tróficas) em MIE, em associação ao *eco-Doppler* colorido, foram determinantes para a suspeita de SCVI, que foi confirmada pela angiotomografia.

Portanto, para o diagnóstico dessa doença é fundamental estar atento a todas as alterações clínicas de hipertensão venosa predominantemente em MIE sugestivas de SCVI que exijam uma investigação mais detalhada, reduzindo-se os casos subdiagnosticados e as condutas inadequadas.

O tratamento tem como objetivo melhorar a sintomatologia e prevenir fenômenos tromboembólicos. Atualmente, não há consenso na literatura no que diz respeito ao tratamento ideal para pacientes com SCVI que ainda não desenvolveram TVP. Porém, pacientes sintomáticos, com prejuízo na qualidade de vida e riscos de complicações agudas e crônicas¹, devem ser tratados.

Na SCVI, como existe uma alteração anatômica, é necessária a descompressão da veia por cirurgia aberta convencional ou endovascular, sendo a técnica endovascular o método de escolha atual tanto para tratar a TVP íleo-femoral quanto para corrigir a anormalidade anatômica com a colocação de stent¹, por ser considerada uma alternativa segura e efetiva em comparação com o tratamento cirúrgico aberto¹⁴.

Embora o implante de *stent* seja habitualmente realizado para doença arterial periférica, há poucos dados sobre a segurança e a perviabilidade de longo prazo dos *stents* implantados para doença venosa¹⁵, despertando algumas incertezas no que tange o tratamento ideal; como implantar um *stent* em um sistema venoso altamente trombogênico em um paciente relativamente jovem e oligossintomático, que irá necessitar de acompanhamento periódico durante toda a vida e anticoagulação mínima por seis meses após o procedimento de colocação do *stent*.

Outro fator é que os *stents* atuais disponíveis são bem maiores que a zona de compressão da artéria sobre a veia ilíaca, aumentando a superfície trombogênica, além de não serem dedicados a essa localização anatômica específica, mostrando que há carência de *stents* específicos para essa síndrome.

Conclui-se que a SCVI pode manifestar-se clinicamente com sinais de hipertensão venosa em MIE ou, até mesmo, com TVP íleo-femoral esquerda, simulando patologias de evolução semelhante. Sendo assim, torna-se subdiagnosticada e malconduzida, concluindo-se que há necessidade de uma investigação mais detalhada dos casos sugestivos, para aumentar a acurácia diagnóstica e conduta terapêutica adequada, reduzindo a morbimortalidade.

REFERÊNCIAS

1. Cavalcante LP, Souza JES, Pereira RM, Bernardes MV, Amanajás AMS, Parisati MH, et al. Síndrome de compressão da veia ilíaca: revisão de literatura. *J Vasc Bras*. 2015;14(1):78-83.
2. Goldman RE, Arendt VA, Kothary N, Kuo WT, Sze DY, Hofmann LV, et al. Endovascular management of May-Thurner Syndrome in adolescents: a single-center experience. *J Vasc Interv Radiol*. 2017;28(1):71-7.
3. Foit NA, Chen QM, Cook B, Hammerberg EM. Iliofemoral deep vein thrombosis after tibial plateau fracture fixation related to undiagnosed May-Thurner syndrome: a case report. *Patient Saf Surg*. 2013;7(1):12.
4. Rajachandran M, Schainfeld RM. Diagnosis and treatment of May-Thurner syndrome. *Vasc Dis Manag*. 2014;11(11):E265-73.
5. Bozkaya H, Cinar C, Ertugay S, Korkmaz M, Guneyli S, Posacioglu H, et al. Endovascular treatment of iliac vein compression (May-Thurner) syndrome: angioplasty and stenting with or without manual aspiration thrombectomy and catheter-directed thrombolysis. *Ann Vasc Dis*. 2015;8(1):21-8.
6. Knuttinen MG, Naidu S, Oklu R, Kriegshauser S, Eversman W, Rotellini L, et al. May-Thurner: diagnosis and endovascular management. *Cardiovasc Diagn Ther*. 2017;7(Suppl 3):S159-S64.
7. O'Sullivan GJ, Semba CP, Bittner CA, Kee ST, Razavi MK, Sze DY, et al. Endovascular management of iliac vein compression (May-Thurner) syndrome. *J Vasc Interv Radiol*. 2000; 11(7):823-36.
8. Amato ACM, Benitti DA. Nova era do planejamento cirúrgico endovascular

- [editorial]. *J Vasc Bras.* 2011;10(4):279-81.
9. Cunha Júnior JR, Neves DQ, Fontes FA, Solano GP, Cardoso MCT, Lima MH, et al. Tratamento endovascular da síndrome de compressão da veia ilíaca (May-Thurner): relato de caso. *J Vasc Bras.* 2011;10(1):72-6.
 10. Cheng L, Zhao H, Zhang FX. Iliac vein compression syndrome in an asymptomatic patient population: a prospective study. *Chin Med J (Engl).* 2017;130(11):1269-75.
 11. Oğuzkurt L, Ozkan U, Tercan F, Koç Z. Ultrasonographic diagnosis of iliac vein compression (May-Thurner) syndrome. *Diagn Interv Radiol.* 2007;13(3):152-5.
 12. Marques MA, Silveira PRM, von Ristow A, Gress M, Massière B, Vescovi A, et al. Prevalência de marcadores de trombofilia em pacientes portadores da síndrome de May-Thurner e trombose de veia ilíaca comum esquerda. *J Vasc Bras.* 2010;9(4):229-32.
 13. Rossi FH, Gama CAR, Fonseca IYI, Barros KJF, Rodrigues TO, Pinto IMF, et al. Computed tomography venography diagnosis of ilio caval venous obstruction in advanced chronic venous insufficiency. *J Vasc Bras.* 2014;13(4):306-11.
 14. Raju S. Best management options for chronic iliac vein stenosis and occlusion. *J Vasc Surg.* 2013;57(4):1163-9.
 15. Matsuda A, Yamada N, Ogihara Y, Tsuji A, Ota S, Ishikura K, et al. Early and long-term outcomes of venous stent implantation for iliac venous stenosis after catheter-directed thrombolysis for acute deep vein thrombosis. *Circ J.* 2014;78(5):1234-9.

Recebido em: 11/01/2019

Aceito para publicação: 29/03/2019

Conflito de interesses: Não

Fonte de financiamento: Não

Endereço para correspondência:

Alexandre Campos Moraes Amato

E-mail: alexandre@amato.com.br