

Diagnóstico da trombose venosa profunda e particularidade na gravidez e puerpério

Deep vein thrombosis diagnosis and particularities of pregnant and post-partum woman

Maria Amália de Miranda Pereira¹, Maria Gabriela Pimentel Gomes¹, Natália Augusta Brito Madureira¹, Pedro Nery Bersan¹, Renata Tavares Silva¹, Rodrigo Vasconcellos Vilela¹, Samuel Reis da Silva¹, Thiago Silva Araújo Martins¹, William Schneider da Cruz Krettl²

RESUMO

A trombose venosa profunda (TVP) é motivo de atenção especial no período gravídico-puerperal, dado seu elevado risco relativo e absoluto e importante morbimortalidade. As manifestações que amiúde acompanham tais períodos da vida fértil feminina por vezes tornam o diagnóstico clínico desafiador. Neste contexto, os exames radiológicos assumem papel propedêutico central na abordagem da enfermidade. O exame ultrassonográfico (mais acessível aos serviços nacionais) oferece significativa acurácia para o diagnóstico de TVP, principalmente nos casos que inspiram mais temor às principais complicações. Com a correta abordagem inicial desses pacientes é possível lograr êxito na redução de incidência das implicações mais nefastas da doença. Esta revisão descreve os métodos diagnósticos da TVP e discute as particularidades existentes em seu manejo em grávidas.

Palavras-chave: Trombose Venosa; Gravidez; Período Pós-Parto; Embolia Pulmonar, Complicações Hematológicas na Gravidez.

¹ Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, MG – Brasil.
² Médico Obstetra, Preceptor do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, Belo Horizonte, MG – Brasil.

ABSTRACT

Deep vein thrombosis is subject to special attention on the pregnancy-puerperium period due to its high relative and absolute risk and important morbimortality. The changes through which undergoes the female body during pregnancy sometimes make the clinical diagnosis more challenging than it usually is. In this setting, radiologic exams take a central role on the disease approach. The ultrasound (usually the most accessible test to the national services) offers significant accuracy on the diagnosis of deep vein thrombosis, specially on cases that bring along an elevated risk of its most significant complications. With proper initial approach of these patients, it is possible to achieve a reduction of the most serious complications of the disease. This article presents a review of the diagnostic methods of deep vein thrombosis and discusses the particularities of the management of pregnant women.

Key words: Venous Thrombosis; Pregnancy; Postpartum Period; Pulmonary Embolism; Pregnancy Complications, Hematologic.

INTRODUÇÃO

A hemostasia constitui-se na propriedade do sangue de se manter fluido no interior dos vasos e do coração e de se solidificar para conter hemorragias. A trombose é o distúrbio hemostático caracterizado por solidificação sanguínea no interior do sistema cardiovascular na ausência de solução de continuidade da parede vascular. Por trombose venosa profunda (TVP) entende-se a formação patogênica de tampão plaquetário consolidado por rede de fibrina em vasos de

Instituição:
Hospital das Clínicas da UFMG

Endereço para correspondência:
Hospital das Clínicas da UFMG
Av. Alfredo Balena, 110 – 4º andar
Bairro: Santa Efigênia
Belo Horizonte, MG – Brasil
CEP: 34000-000
E-mail: pbersan@yahoo.com.br

capacitância de localização anatômica profunda em membros inferiores. Sua ocorrência depende da existência de três fenômenos, que figuram de forma isolada ou em conjunto em sua patogênese. Constituem a chamada tríade de Virchow, composta de hipercoagulabilidade, lesão endotelial e estase do fluxo sanguíneo. Desta maneira, os fatores de risco para TVP representam situações em que pelo menos um elemento da referida tríade é contemplado. Sendo assim, as condições que encerram risco de TVP podem ser hereditárias e adquiridas, respectivamente, deficiência de fator V de Leiden, causa mais comum de trombofilia; gene mutante da protrombina; deficiência de proteína C, de proteína S ou de antirombina III; e pós-operatório de intervenções ortopédicas, principalmente do quadril e joelhos, período gravídico-puerperal, imobilização prolongada e neoplasias malignas.

A gestação e o puerpério são condições pró-trombóticas, apresentando incidência de TVP que varia de quatro a 50 vezes o valor encontrado em não grávidas.¹ A gravidez e o puerpério são caracterizados por apresentarem os três componentes da tríade de Virchow¹, o que propicia eventos tromboembólicos.

A TVP, em qualquer condição, ocorre preferencialmente em vasos pélvicos ou de membros inferiores.² Em 80% dos casos ocorre inicialmente em veias profundas da perna, mas pode também surgir nas femorais ou ilíacas. Quando se inicia na perna, a extensão para as veias poplítea e femoral só ocorre em cerca de 10% dos casos.² Os sinais e sintomas podem ocorrer após duas semanas de pós-operatório de cirurgia de maior porte (de uma cesariana, por exemplo) em 3% dos casos, na ausência de profilaxia adequada.

A TVP complica-se, principalmente, com embolia pulmonar (principal causa de óbitos evitáveis em pacientes internados) e a síndrome pós-trombótica. Estima-se em 200.000 e 500.000 o número de mortes por EP e a ocorrência de TVP a cada ano nos Estados Unidos, respectivamente³, e de 160 novos casos de TVP e de 60 novos casos de EP fatal por 100.000 habitantes nos países ocidentais.⁴

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

O diagnóstico clínico da TVP pode ser difícil, pois grande parte dos casos é assintomática, e tam-

bém devido ao fato de que 30 a 50% dos pacientes com sintomas e sinais de TVP não apresentam a doença.⁵ A sintomatologia é comum a outras afecções e, assim, apenas os sinais clínicos não são suficientes para o diagnóstico de TVP.

Paciente com edema e dor em membro inferior unilateral, de instalação súbita deve ser avaliado pensando-se no diagnóstico de TVP. Os principais sintomas são dor, edema, aumento da temperatura, hiperemia, sensação de peso no membro, palpação de cordão venoso e manifestações sistêmicas como febre baixa e taquicardia.⁵

Na prática podem-se utilizar os sintomas, os sinais e os fatores de risco para determinar a probabilidade clínica de o indivíduo apresentar TVP. Fazendo o teste de predição clínica de TVP pelo escore de Wells⁵, classifica-se o paciente quanto à probabilidade de apresentar tal afecção. Cada critério recebe uma pontuação e é dividido em três categorias: sintomas e sinais, fatores de risco e diagnóstico diferencial provável. De acordo com a pontuação, podem-se prever as chances de o paciente apresentar TVP em alta, moderada e baixa probabilidade (Tabela 1).

Tabela 1 - Modelo de predição clínica proposta por Wells *et al.*¹⁰

Características Clínicas	Escore
Câncer em atividade	1
Paresia, paralisia, ou imobilização com gesso dos membros inferiores	1
Imobilização (> 3 dias) ou cirurgia maior (até 4 semanas)	1
Aumento da sensibilidade ao longo das veias do sistema venoso profundo	1
Edema em todo o membro	1
Edema da panturrilha (> 3 cm) em relação à perna normal	1
Edema depressível (cacifo) maior perna afetada (unilateral)	1
Veias colaterais superficiais	1
Diagnóstico diferencial mais provável (celulite, tromboflebite superficial, alterações osteoarticulares, câimbras, ruptura muscular ou tendínea, alterações linfáticas, cisto de Baker)	-2

Até 0 ponto = baixa probabilidade; 1 a 2 pontos = moderada probabilidade; 3 ou mais pontos = alta probabilidade.

De acordo com o resultado encontrado para predição clínica, a conduta pode variar de acordo com o fluxograma da Figura 1.

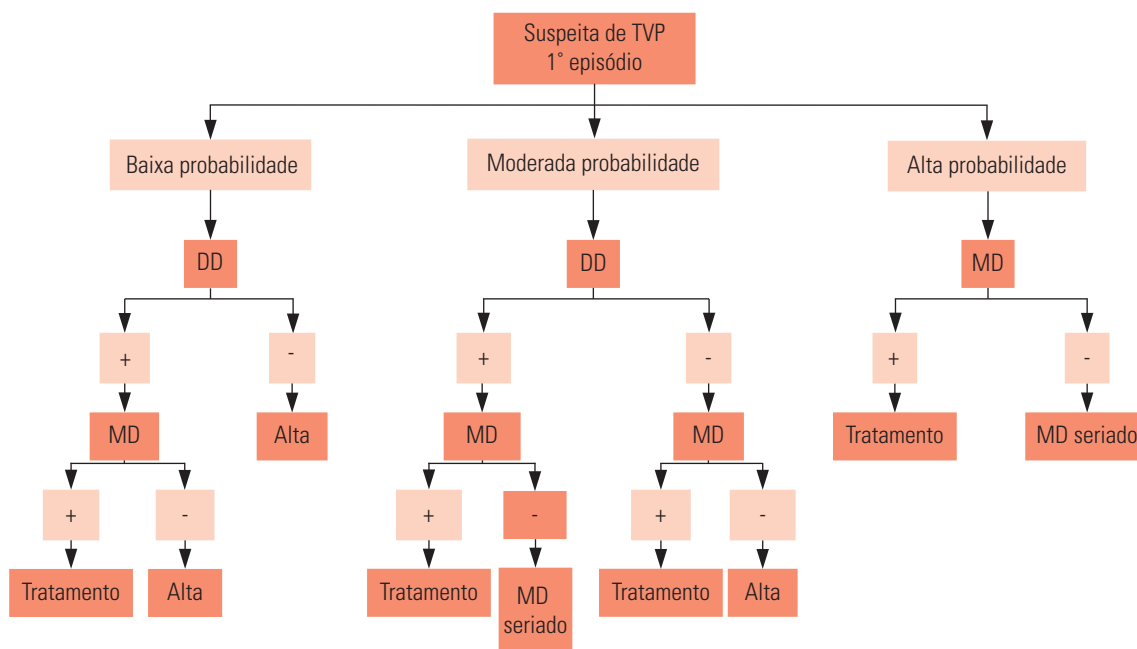


Figura 1 - Algoritmo para abordagem diagnóstica da trombose venosa profunda (TVP), utilizando o dímero-D (DD), o ultra-som de imagem ou mapeamento dúplex (US/MD) e o modelo de Wells *et al.*, 1997.

DIAGNÓSTICO COMPLEMENTAR

Em muitos casos, é valioso o emprego de técnicas de diagnóstico auxiliares ao exame clínico. O principal exame de imagem utilizado para diagnóstico de TVP é a ultrassonografia com duplex scan^{6,7}, com sensibilidade entre 95⁷ e 97%⁶ e especificidade entre 94%⁶ e mais de 95%⁷ na população geral. A principal limitação do teste é sua baixa sensibilidade para detecção de TVP assintomática ou isolada em vaso distal da perna (36%⁶).

A ressonância magnética é outro exame de imagem que tem encontrado crescente aceitação na investigação da TVP, com sensibilidade reportada de até 100% na detecção da doença, tanto na coxa quanto na perna.⁷

O padrão-ouro em termos radiológicos, no entanto, permanece sendo a venografia. Entretanto, por ser um exame invasivo e que expõe o paciente à radiação ionizante e por ter taxas de sensibilidade e especificidade semelhantes àquela dos demais exames, é pouco utilizada na prática médica.^{7,8}

Entre os exames laboratoriais na investigação da TVP, destaca-se a dosagem de D-dímero no soro. Apesar da baixa especificidade do teste (7,4%⁶), sua sensibilidade é elevada, atingindo valor preditivo negativo de 95,5%⁶, sobretudo quando combinado à baixa probabilidade pré-teste para TVP. É importante, portanto, para afastar a suspeita da doença.

DIAGNÓSTICO NA MULHER GRÁVIDA E NO PUERPÉRIO

Especial atenção deve ser dispensada ao diagnóstico de TVP na gestante e na puérpera, visto que o exame clínico e os exames citados podem ser contraindicados ou ter seus resultados falseados pelas alterações dessa fase da vida da mulher.

As manifestações clínicas de TVP são significativamente insensíveis e inespecíficas, particularmente na gestação e puerpério imediato, quando certo grau de edema e dor difusa nos membros inferiores usualmente acompanham a evolução esperada dessas condições.

Devido à não confiabilidade da semiologia e da anamnese para o seguro diagnóstico da enfermidade e ao importante potencial de morbidade do tratamento, o diagnóstico por exames complementares se faz essencial na abordagem inicial da TVP. É importante lembrar que sistemas de predição por pontuação não são validados para o uso na gestação.⁸ É, porém, interessante ressaltar que estudo com 194 grávidas selecionadas aleatoriamente determinou achados altamente preditivos para TVP, que podem ser facilmente aplicados na prática. Tais fenômenos clínicos consistem-se em: sintomas na perna esquerda, diferença maior ou igual a 2 cm entre as maiores

circunferências das pernas e apresentação no primeiro trimestre.⁷ Quando as gestantes se apresentaram com duas ou três dessas variáveis, o diagnóstico foi confirmado em 58% dos casos. A confirmação de TVP não ocorreu em nenhum dos casos em que não houve quaisquer dos três achados referidos.

A análise de D-dímero é questionada nesse período, já que níveis elevados da substância são frequentemente encontrados em grávidas sem qualquer sinal de alterações hematológicas.^{6,7} A venografia pode ser realizada em situações especiais, mas deve ser evitada, pela exposição à radiação, e, quando necessária, usar metade da dose de radiofármaco e com proteção pélvica adequada.⁷ A ressonância magnética parece não trazer riscos ao feto, mas esse fato ainda carece de comprovação e ela deve ser empregada com cautela.⁶ A USG com doppler parece ser o exame mais indicado nessa situação, por não trazer riscos para o feto ou para a mãe.

É importante lembrar, no entanto, que qualquer um desses exames apresenta perigo muitas vezes mais baixo do que o não diagnóstico de uma mãe ou puérpera com TVP e, portanto, devem ser empregados conforme a necessidade do caso.⁷

CONCLUSÃO

A trombose venosa profunda é motivo de atenção especial no período gravídico-puerperal, dado seu elevado risco relativo e absoluto e importante morbimortalidade associados à baixa acurácia do exame clínico. Como exame complementar, a venografia continua sendo o padrão-ouro para o diagnóstico de TVP, porém em mulheres grávidas deve ser realizada com cautela devido à exposição do feto à radiação.

A opção da ultrassonografia com doppler pode ser indicada por não acarretar riscos para a gestante ou feto. História médica detalhada com exame físico minucioso, sempre complementados por métodos de imagem, devem estabelecer diagnóstico precoce para intervenção terapêutica imediata, visando minimizar a taxa de complicações precoces e tardias, muitas vezes fatais ou incapacitantes.

REFERÊNCIAS

1. Landaw SA, Bauer KA. Approach to the diagnosis and therapy of lower extremity deep vein thrombosis. UpToDate. 2011. [Cited 2011 oct 15]. Available from: <http://www.uptodate.com>.
2. McPhee SJ, Papadakis MA. Current Medical diagnosis & treatment. New York: Lange Medical Books; 2008.
3. Coon WW, Willis III PW, Keller JB. Venous thromboembolism and other venous disease in the Tecumseh Community Health Study. *Circulation*. 1973; 48:839-46.
4. Nicolaides AN, Belcaro G, Bergqvist D, et al. Prevention of thromboembolism: European Consensus Statement. In: Bergqvist D, Comerota AJ, Nicolaides AN, Scurr JH, ed. Prevention of venous thromboembolism. *Med Orion*. 1994; 41:445-56.
5. Rollo HA, Fortes VB, Junior ATF, Yoshida WB, Lastória SM, Abreu FH. Abordagem diagnóstica dos pacientes com suspeita de trombose venosa profunda dos membros inferiores. *J Vasc Br*. 2005; 4(1):79-92.
6. Bagaria SJ, Bagaria VB. Strategies for diagnosis and prevention of venous thromboembolism during pregnancy. *J Pregnancy*. 2011; 2011:206858.
7. Schwartz DR, Malhotra A, Weinberger SE. Deep vein thrombosis in pregnancy: epidemiology, pathogenesis and diagnosis. UpToDate. 2011. [Cited 2011 oct 15]. Available from: <http://www.uptodate.com>.
8. Gomes LM, Marchiori E, Rodrigues RS. Trombose venosa profunda e suspeita de tromboembolismo pulmonar: avaliação simultânea por meio de angiotomografia pulmonar e venotomografia combinadas. *Radiol Bras*. 2006 Jan/Feb; 39(1):19-26.