

Trombose venosa profunda proximal no puerpério

Proximal deep vein thrombosis in the puerperium: case report

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

O ciclo gravídico-puerperal é importante fator de risco para tromboembolia venosa (TV), que inclui a trombose venosa profunda (TVP) e a embolia pulmonar (EP), constituindo, em nosso meio, a segunda causa de mortalidade materna. A gestação pode levar à coexistência de estase venosa, lesão endotelial e estado de hipercoagulabilidade (triade de Virchow), o que favorece a formação de trombos. A TVP isolada é mais comum do que a que se complica por EP, entretanto, a morbimortalidade associada ao tromboembolismo pulmonar é mais preocupante. A maioria dos casos de EP decorre de TVP de membros inferiores. Sua suspeição clínica é fundamental para que seja diagnosticada com a ajuda de meios complementares e seja permitida a terapêutica adequada com precocidade, influenciando favoravelmente em seu desfecho. Este relato descreve as repercussões de puérpera com 17 anos de idade, apresentando dor progressiva e incapacitante em membro inferior esquerdo, associada a edema local, em que foi diagnosticada TVP proximal.

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

ABSTRACT

The pregnancy-puerperium cycle is an important risk factor for thromboembolism. This disease, which includes deep vein thrombosis and pulmonary embolism, constitutes the second major cause of maternal mortality. Pregnancy itself can lead to the coexistence of venous stasis, endothelial lesion and hypercoagulation state (Virchow's Triad), that favours the formation of thrombus. The venous thromboembolism has a significant incidence in general population, representing a public health problem, of interest to many medical specialties. The isolated deep vein thrombosis is more often found than that complicated by pulmonary embolism; however, the morbimortality associated to the latest is far more preoccupying. Most cases of pulmonary embolism are secondary to deep vein thrombosis of the lower limbs. For this sake, such disease must be carefully appreciated by the generalist and the specialist, since the clinical suspicious allied to complementary exams allow for adequate therapy to be started as soon as possible, impacting favorably on the prognosis. The presente article approaches the case of a post-partum woman, 17 years old, with progressive and incapacitating pain on the left lower limb associated with local swelling. She was admitted at Hospital Risoleta Tolentino Neves with the diagnostic of proximal deep vein thrombosis of the left lower limb.

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

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.

Instituição:
Hospital das Clínicas da UFMG

Endereço para correspondência:
Avenida Alfredo Balena, 110 – 4º andar
Bairro: Santa Efigênia
Belo Horizonte, MG – Brasil
CEP: 34000-000
E-mail: renatavaresilva@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O ciclo gravídico-puerperal é importante fator de risco para tromboembolia venosa (TV), entidade que inclui em seu espectro a trombose venosa profunda (TVP) e a embolia pulmonar (EP), e constitui importante causa de morbimortalidade em Obstetria, sendo mais comum no pós-parto que no anteparto.^{1,2} Sua incidência é de um caso em 500 a 2.000 gestações.¹ Representa, em nosso meio, a segunda causa de mortalidade materna.²

Este relato descreve um episódio de TVP em puérpera, destacando aspectos epidemiológicos e diagnósticos. Sua relevância decorre de sua significativa incidência e morbimortalidade e do desafio de seu diagnóstico em alguns casos.

RELATO DO CASO

Puérpera de 17 anos de idade, feoderma, primigesta, admitida na urgência no 27º dia pós-cesariana com dor difusa e intensa em membro inferior esquerdo (MIE), iniciada há 48 horas, associada a edema em perna, joelho e coxa ipsilaterais e determinando dificuldade para deambular. Negava dispneia, tosse, hemoptise ou dor pleurítica. Aleitamento materno exclusivo. Ausência de comorbidades e de TEV, tabagismo ou uso de anticoncepcionais hormonais orais. Apresentava-se normotensa, com temperatura axilar de 38,8°C; eucárdica e eupneica, com ausculta pulmonar e cardíaca normais; assimetria de membros inferiores, com diferença de 2 e 9 cm entre as maiores circunferências das pernas e coxas, respectivamente. Discreto calor e edema significativo com empastamento muscular em coxa, fossa poplíteia, panturrilha e pé de MIE, com pulsos arteriais, motricidade e sensibilidades preservados. Panturrilha direita livre. Foi realizado duplex-scan de MIE, que evidenciou TVP íleo-femoral-poplíteia. Foi internada e iniciada anticoagulação com infusão venosa contínua de heparina não fracionada a 10 mL/h. Evoluiu com melhora da dor após repouso no leito e elevação do membro acometido e analgesia. A urocultura foi negativa. O tempo de tromboplastina parcial ativada 24 horas após o início da anticoagulação estava incoagulável, sendo substituída a heparina por enoxaparina subcutânea em dose terapêutica e varfarina oral. Recebeu alta hospitalar no sexto dia de internação, em boas condições clínicas, com RNI entre dois e três sob terapia oral anticoagulante.

DISCUSSÃO

No ciclo gravídico-puerperal são comuns os elementos que compõem a clássica tríade de Virchow, a saber: estase venosa, lesão endotelial e estado de hipercoagulabilidade. A hipercoagulabilidade atua no sentido de proporcionar menos riscos de hemorragias no parto. A gestante apresenta níveis aumentados de vários fatores de coagulação, enquanto a atividade fibrinolítica encontra-se diminuída, acarretando risco 4-50 vezes mais alto de TEV.^{2,5} Apesar disso, a maioria das pacientes obstétricas prescinde de anticoagulação profilática. O parto cesário engendra maior risco de TVP pós-natal do que o vaginal, atribuído à maior injúria tecidual e vascular proporcionado pela cirurgia.^{1,3} Na gravidez, a TVP acomete preferencialmente o MIE.^{3,5} Essa distribuição assimétrica deve-se à estase na veia ilíaca esquerda, pela compressão exercida pela artéria ilíaca comum direita, que, em última análise, advém de transmissão da compressão do útero gravídico sobre a veia cava inferior. Outros fatores de risco são parto pré-termo, cardiopatia prévia, multiparidade, índice de massa corporal elevado, idade superior a 35 anos, uso de anticoncepcionais orais antes de engravidar, tabagismo, antecedentes familiares ou pessoais de trombose ou trombofilias, ausência de amamentação materna pós-parto e permanência prolongada no leito.^{1,3,6}

Admite-se que a incidência de TEV ao longo da gestação possui distribuição uniforme, sendo cinco vezes maior no puerpério do que durante a gestação.^{1,3,5}

A importância do diagnóstico precoce e tratamento adequado da TVP está em prevenir e tratar suas principais complicações precoces e tardias, respectivamente, a EP, de elevada mortalidade e alto índice de subdiagnóstico; e insuficiência venosa crônica, de significativa morbidade. Cerca de 90% das EPs são secundárias à TVP de membros inferiores.⁵

O diagnóstico na gestante é dificultado pelas alterações fisiológicas da gravidez, cujas manifestações podem se sobrepor às da TV (a exemplo de dor e edema em membros inferiores, dispneia e elevação do dímero D).^{1,2} As manifestações clínicas que sugerem EP incluem dispneia súbita, dor pleurítica, hemoptise, taquipneia, taquicardia, febre e hipotensão arterial, entre outras.

A terapêutica da TVP varia conforme o momento em que a paciente se encontra (gestante ou puérpera), suas condições clínicas e hemodinâmicas. De maneira geral, utiliza-se heparina não fracionada por via endovenosa durante 7-10 dias na fase aguda e terapia de manutenção com heparina de baixo peso molecular nas gestantes.⁵

CONCLUSÃO

A TVP é motivo de atenção especial em Obstetrícia, dada sua elevada incidência no período gravídico-puerperal. Representa importante problema de saúde pública na população geral. Anamnese e exame físico norteiam a propedêutica complementar, sendo esse tripé o esteio para diagnóstico e intervenção terapêutica precoces, o que permite prevenir ou minimizar complicações, sobretudo a mais temida delas, a EP.

REFERÊNCIAS

1. Schwartz DR, Malhotra A, Weinberger SE. Deep vein thrombosis and pulmonary embolism in pregnancy: Epidemiology, pathogenesis, and diagnosis. UpToDate. 2011. [Cited 2011 oct 15]. Available from: <http://www.uptodate.com>.
2. Simpson EL, Lawrenson RA, Nightingale AL, Farmer RD. Venous thromboembolism in pregnancy and the puerperium: incidence and additional risk factors from a London perinatal database. *BJOG*. 2001 Jan; 108(1):56-60.
3. Silveira PRM. Trombose venosa profunda e gestação: aspectos etiopatogênicos e terapêuticos. *J Vasc Bras*. 2002; 1(1):6. [Citado em 2011 Set 21]. Disponível em: <http://www.jvascbr.com.br/02-01-01/02-01-01-65/02-01-01-65.pdf>
4. James AH. Pregnancy-associated thrombosis. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. 2009; 1:277-85.
5. Núñez DC, Méndez DN, Gil AEC, Hernandez DD, Tamayo OC. Enfermedad tromboembólica y embarazo. *Medisan*. 2005 abr-jun; 9(2): 22-8.
6. Bezares B, Jiménez OS. Patología Puerperal. *An Sist Sanit Navar*. 2009; 32(1): 169-75.