

O papel dos exames de imagem no diagnóstico de trombose das veias esplâncnicas: relato de dois casos

*The role of imaging exams in the diagnosis of thrombosis of the splanchnic veins:
Report of two cases*

Caren Meneghetti Gonçalves¹, Ângela Faistauer¹, Luisa Azambuja Alcalde¹, Ismael Borges Moraes¹, Ana Luisa Xavier da Silveira², Camila Moitinho Coreixas³, João Rubião Hoefel Filho⁴

¹ Estudantes do último ano da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

² Médica graduada pela Universidade Federal de Pelotas.

³ Médica residente do Serviço de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital São Lucas da PUCRS.

⁴ Chefe do Serviço de Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética do Centro de Diagnóstico por Imagem do Hospital São Lucas da PUCRS. Professor de Radiologia e Diagnóstico por Imagem da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

RESUMO

Objetivos: apresentar dois casos de trombose de veias esplâncnicas, que é considerada uma causa potencialmente fatal de isquemia intestinal, sendo as veias porta e mesentérica superior as mais acometidas. Discutir as possíveis etiologias e realçar a importância do uso de exames de imagem no diagnóstico dessa afecção.

Descrição dos Casos: duas pacientes com trombose venosa esplâncnica apresentaram manifestações clínicas inespecíficas. No primeiro caso as principais manifestações foram dor abdominal, diarreia sanguinolenta, distensão abdominal e náuseas. No segundo caso, a paciente apresentava dor abdominal vaga, inapetência e hipotensão arterial. Nos dois casos o diagnóstico foi firmado por tomografia computadorizada.

Conclusões: considerando as manifestações clínicas vagas da trombose de veias esplâncnicas, os exames de imagem, em especial a tomografia computadorizada, apresentam papel fundamental no seu diagnóstico.

DESCRIPTORIOS: TROMBOSE VENOSA; VEIAS MESENTÉRICAS; VEIA PORTA; DIAGNÓSTICO POR IMAGEM; TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HELICOIDAL; RELATOS DE CASO.

ABSTRACT

Aims: To present two cases of thrombosis of the splanchnic veins, which is considered a possible fatal cause of intestinal ischemia, with the portal and superior mesenteric veins being the most affected. To discuss the etiological possibilities and emphasize the importance of using imaging exams for the definitive diagnosis.

Case Description: Two women with splanchnic venous thrombosis showed nonspecific clinical manifestations. In the first case, the main symptoms were abdominal pain, bloody diarrhea, abdominal distension and nausea. In the second case, the patient presented with vague abdominal pain, anorexia and hypotension. In both cases the diagnosis was established by computed tomography.

Conclusion: Considering the nonspecific clinical manifestations of splanchnic veins thrombosis, the imaging exams, especially the computed tomography, play a major role in its definitive diagnosis.

KEY WORDS: VENOUS THROMBOSIS; MESENTERIC VEINS; PORTAL VEIN; DIAGNOSTIC IMAGING; HELICAL COMPUTED TOMOGRAPHY; CASE REPORTS.

INTRODUÇÃO

A circulação esplâncnica pode ser acometida por oclusão vascular secundária à trombose. Apesar da maior frequência de lesão ocorrer no segmento arterial, a trombose das veias esplâncnicas é responsável por 5% a 15% de todos os casos de isquemia vascular mesentérica, sendo considerada uma causa potencialmente fatal de isquemia intestinal, com taxa de mortalidade estimada em 20%.¹ Os vasos mais acometidos por tal evento são as veias porta e mesentérica superior.

As possíveis etiologias para a trombose venosa esplâncnica podem ser primárias, consideradas idiopáticas, ou secundárias, quando há condições clínicas predisponentes.² As causas secundárias mais comuns são a cirrose hepática, o hepatocarcinoma, as doenças infecciosas e mieloproliferativas, os estados de hipercoagulabilidade, as cirurgias, outras neoplasias e o embolismo por trombos de outras veias esplâncnicas.³⁻⁵ Anomalias congênitas ou adquiridas do sistema porta podem ser causadoras de trombose de veias esplâncnicas.⁶ Dentre as causas inflamatórias e infecciosas, destacam-se a pancreatite, a diverticulite e a tromboflebite séptica. Já as neoplasias não hepáticas mais relacionadas com a trombose de veias esplâncnicas são o colangiocarcinoma, o carcinoma pancreático e o adenocarcinoma colorretal.³

A trombose venosa esplâncnica apresenta um quadro clínico vago, com dor abdominal difusa e

sintomas gastrointestinais inespecíficos. Por outro lado, o seu diagnóstico é confirmado através de exames de imagem, muitas vezes solicitados sem que tenha sido levantada a hipótese de trombose venosa.^{3,4,7}

O objetivo deste artigo é apresentar o relato de dois casos de trombose de veias esplâncnicas e discutir as possibilidades diagnósticas para esse quadro clínico inespecífico que apresenta grande variedade de fatores predisponentes. O relato foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul sob o registro CEP 10/05165.

RELATO DO CASO 1

Uma paciente com 63 anos, obesa, ex-tabagista, apresentou importante dor abdominal difusa e contínua. O quadro evoluiu durante quatro dias, com piora progressiva da dor, episódios de diarreia sanguinolenta, distensão abdominal e náuseas. A paciente estava em tratamento para hipotireoidismo e tinha história prévia de nefrectomia há dois anos por tumor renal.

No serviço de emergência a paciente foi submetida à ultrassonografia com doppler, que evidenciou imagem compatível com trombose de veia porta. Como investigação complementar, foi solicitada uma tomografia computadorizada (TC) da região abdominal, a qual revelou trombose comprometendo veia mesentérica superior e estendendo-se para veia porta (Figuras 1 e 2).

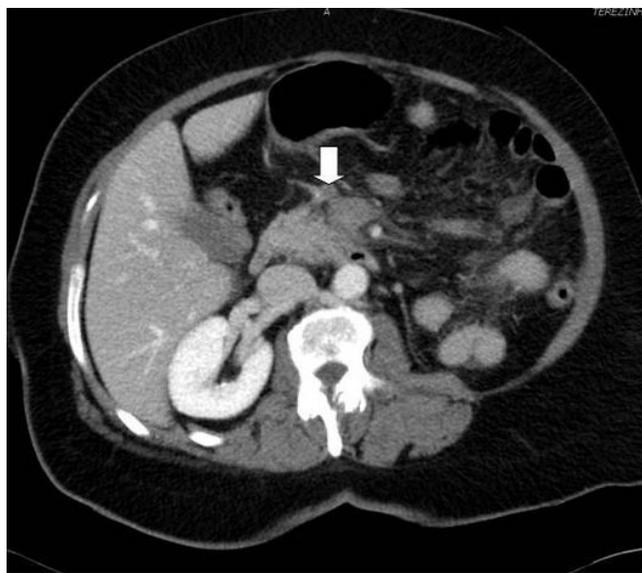


Figura 1. CASO 1. Tomografia computadorizada helicoidal. Corte tomográfico no plano da veia renal direita. Identifica-se a cabeça do pâncreas e o processo unciforme, assim como a veia mesentérica superior trombosada, junto à convergência venosa (seta).

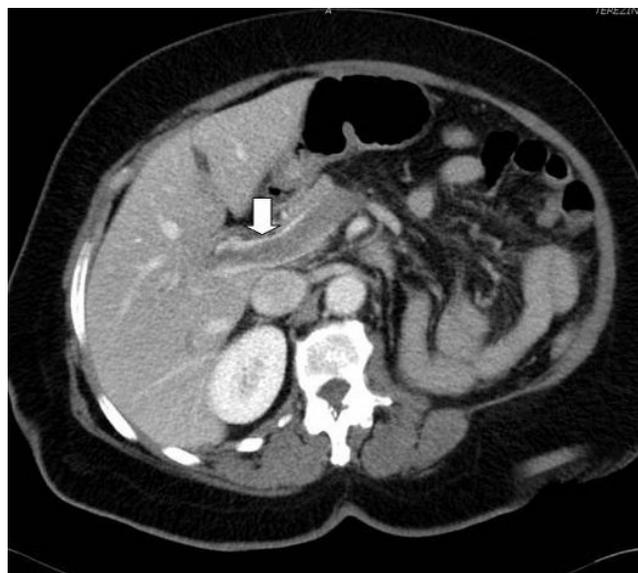


Figura 2. CASO 1. Tomografia computadorizada helicoidal. Corte tomográfico no plano da artéria renal esquerda. Identifica-se a veia porta trombosada e parcialmente recanalizada (seta).

RELATO DE CASO 2

Uma paciente de 79 anos, com história de cirrose alcoólica e submetida à quimioembolização arterial há 20 dias por carcinoma hepatocelular, procurou o serviço de emergência por dor abdominal vaga, inapetência e diminuição do estado geral, apresentando-se hipotensa. Foi internada para investigação, sendo submetida à TC, que evidenciou trombose em veias porta, mesentérica superior e esplênica (Figura 3).



Figura 3. Caso 2. Tomografia computadorizada helicoidal. Corte tomográfico com identificação da emergência do tronco celiaco (ponta de seta), assim como a veia esplênica (seta clara) e a veia porta (seta escura) trombosadas.

DISCUSSÃO

A trombose de veias esplâncnicas é uma condição que apresenta quadro clínico vago, em que a dor abdominal difusa e lentamente progressiva é o sintoma mais referido pelos pacientes, além de distensão abdominal, náuseas, vômitos, diarreia e febre. O hemograma pode evidenciar leucocitose.^{1,3,4,7,8} Os sinais e os sintomas muitas vezes não são valorizados, o que dificulta o diagnóstico de trombose de veias esplâncnicas.

Existem evidências de que a trombose da veia mesentérica superior pode ocorrer sem sequelas clínicas severas. Alguns estudos demonstraram que quando apenas esse vaso e suas tributárias maiores estão trombosados, o infarto intestinal é incomum. Entretanto, quando os arcos venosos estão envolvidos, esse desfecho ocorre inevitavelmente. Quando a doença atinge a veia esplênica não é considerada letal, mas

pode ocasionar hiperesplenismo e formação de varizes gástricas.^{1,3}

Segundo a literatura, há forte relação entre trombose venosa e neoplasias malignas, sugerindo, também, maior agressividade da doença. Os sistemas gastrointestinal e genitourinário são os mais envolvidos. Assim, quando o evento trombótico é a primeira manifestação de neoplasia ou de doença metastática, considera-se uma síndrome paraneoplásica. Desse modo, a investigação de neoplasias em pacientes com trombose sem causa aparente é de fundamental importância, sendo os exames de imagem, como a TC, indicados.⁹⁻¹¹ O carcinoma hepatocelular é considerado a causa mais comum de trombose de veia porta³, sendo usualmente fatal, com menos de 5% dos pacientes sobrevivendo por cinco anos depois do diagnóstico.¹² Em uma pequena porcentagem de pacientes, a trombose da veia porta é o sinal inicial de um desconhecido carcinoma hepatocelular.³

O tratamento de tumores de fígado com quimioembolização tem sido alvo de muito questionamento, apesar de ter melhorado o prognóstico de muitos pacientes com tumores não operáveis. Salienta-se que a oclusão da veia porta aumenta enormemente o risco de necrose hepática devido à quimioembolização, sendo considerada um fator preditivo de pior prognóstico.¹²

Muitos métodos diagnósticos estão disponíveis, cada qual com suas vantagens e suas desvantagens. Entre eles estão a ultrassonografia com doppler, a ressonância magnética e a angiografia. No entanto, a TC helicoidal fornece excelentes detalhes anatômicos, revelando anormalidades intra e extraluminais, calcificações da camada íntima, trombose mural e edema mesentérico.¹³ A ultrassonografia com doppler permite avaliação direta das veias mesentérica e porta, fornece informação do fluxo e permite análise dos vasos viscerais pela forma de onda doppler; entretanto, é operador dependente e geralmente há limitações pela sobreposição de gases intestinais.⁴

A angiografia tem sido considerada como teste definitivo para isquemia intestinal, mas geralmente não é executada, pois ou o diagnóstico não é clinicamente suspeito, ou a condição do paciente determina intervenção cirúrgica de emergência.¹⁵ O uso da TC, entretanto, permite que um trombo venoso seja detectado por um método menos invasivo do que a angiografia.

A TC convencional permite detecção sensível de trombose venosa no centro de largos vasos da circulação porto-mesentérica. No entanto, é prejudicada pela respiração e por artefatos de movimento, e está sendo amplamente substituída pela TC helicoidal. A TC helicoidal tem conquistado um importante papel

na avaliação de pacientes com trombose venosa mesentérica aguda, sendo considerada como método diagnóstico de escolha em muitos centros, pois permite a avaliação das estruturas vasculares, da parede intestinal e do mesentério adjacente. As taxas de sensibilidade alcançam pelo menos 90%.

Um achado tomográfico da trombose venosa porto-mesentérica inclui o defeito de preenchimento intraluminal hipodenso, contínuo e bem definido, com baixa atenuação central – que corresponde ao coágulo dentro do vaso com oclusão parcial ou completa nos cortes contrastados. Muitas vezes, há extensão do trombo da veia porta para veia esplênica ou mesentérica superior. Como achados indiretos, pode-se visualizar circulação colateral portossistêmica, engurgitamento de veias, edema mesentérico e distensão de alças intestinais, além de transformação cavernosa da veia porta e de shunts arterioportais. Nos quadros em que há evolução desfavorável com isquemia do intestino, evidencia-se espessamento da parede intestinal. A diferenciação entre trombo tumoral e benigno nem sempre é possível na TC dinâmica.^{14,15} O aumento da impregnação do trombo na fase arterial sugere a presença de invasão da veia porta e trombose tumoral.³

Com base nos casos relatados e nos dados da literatura acerca da história natural de trombose das veias esplâncnicas, observa-se a importância da detecção precoce dessa entidade através da TC, que é o exame de escolha. Os radiologistas precisam estar cientes das situações que predisõem a formação de trombose venosa esplâncnica e devem ser capazes de reconhecer suas possíveis complicações. Com estes dois elementos, terão condições de realizar o diagnóstico precoce e, desse modo, possibilitar que os pacientes apresentem um melhor desfecho.

REFERÊNCIAS

1. Vogelzang RL, Gore RM, Anschuetz SL, et al. Thrombosis of the splanchnic veins: CT diagnosis. *AJR Am J Roentgenol.* 1988;150:93-6.
2. Schramm A, Pechan J, Kandrik R. Portal vein thrombosis: uncommon clinical picture. *Bratisl Lek Listy.* 2006;107:31-3.
3. Lee HK, Park SJ, Yi BH, et al. Portal vein thrombosis: CT features. *Abdom Imaging.* 2008;33:72-9.
4. Choudhary AM, Grayer D, Nelson A, et al. Mesenteric venous thrombosis: a diagnosis not to be missed! *J Clin Gastroenterol.* 2000;31:179-82.
5. Sobhonslidsuk A, Reddy R. Portal vein thrombosis: a concise review. *Am J Gastroenterol.* 2002;97:535-41.
6. Gallego C, Velasco M, Marcuello P, et al. Congenital and acquired anomalies of the portal venous system. *Radiographics.* 2002;22:141-59.
7. Joh JH, Kim DI. Mesenteric and portal vein thrombosis: treated with early initiation of anticoagulation. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2005;29:204-8.
8. Impérato M, Moujahid M, Mennecier D, et al. Thrombose aigue de la veine mésentérique supérieure: étude retrospective de neuf cas. *Ann Chir.* 2006;131:595-600.
9. Linares MA, Rodrigues TE, Hirato KK, et al. Prevalência de neoplasias em 415 pacientes com trombose venosa profunda avaliados em hospital escola. *J Vasc Bras.* 2004;3:347-9.
10. Meis E, Levy RA. Câncer e trombose: uma revisão da literatura. *Rev Bras Cancerol.* 2007;53:183-93.
11. Tonini G, Vincenzi B, Santini D. Paraneoplastic syndromes: what we know and what we should know. *Clin Ter.* 2006;157:93-4.
12. Gates J, Hartnell GG, Stuart KE, et al. Chemoembolization of hepatic neoplasms: safety, complications, and when to worry. *Radiographics.* 1999;19:399-414.
13. Grisham A, Lohr J, Guenther JM, et al. Deciphering mesenteric venous thrombosis: imaging and treatment. *Vasc Endovascular Surg.* 2005;39:473-9.
14. Urban BA, Fishman EK. Tailored helical CT evaluation of acute abdomen. *Radiographics.* 2000;20:725-49.
15. Rosen A, Korobkin M, Silverman PM, et al. Mesenteric vein thrombosis: CT identification. *AJR Am J Roentgenol.* 1984;143:83-6.