

# Editorial Temático

*Carlos Costa Almeida*

Director de Serviço do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Hospital Geral  
Professor da Faculdade de Medicina de Coimbra

## Aneurismas Venosos

### *Venous Aneurysms*

Um aneurisma é uma dilatação localizada e permanente dum vaso com alterações da sua parede. Ao contrário dos arteriais, os venosos são muito pouco frequentes, tão pouco que até 1962 não eram referidos em tratados de anatomia patológica ou de cirurgia, a não ser os aneurismas das veias usadas como pontagem arterial. E continuam a não o ser com alguma frequência, incluindo nalguns livros que tratam especificamente de patologia vascular. Mas eles existem, e podem causar problemas sérios, chegando ao desenlace fatal, e por isso têm de ser conhecidos e estudados para, na hipótese de surgirem num doente, se saber identificá-los e tratá-los adequada e atempadamente. Sendo raros, não vão ser vistos muitas vezes por ninguém, mas isso não é desculpa para o seu desconhecimento, porque nunca se poderá fazer o diagnóstico duma entidade nosológica se não se souber que ela existe...

Dentro da sua raridade, a frequência dos aneurismas venosos tem vindo a aumentar, mercê do mais espalhado conhecimento da sua existência e, sobretudo, do crescente número de exames imagiológicos não invasivos de cada vez maior acuidade, designadamente o ecodoppler, a TAC e a ressonância magnética nuclear. São a maioria das vezes assintomáticos, e é na realização de um daqueles exames, por outra razão, que são mais frequentemente detectados.

Podem ocorrer em qualquer ponto do sistema venoso, não parecendo ter preferência por sexo ou idade. As localizações mais habituais são nos membros, em especial nos inferiores (nas veias profundas ou superficiais, associados ou não a varizes); na veia cava superior ou no seu território, intratorácico, cervical (jugulares, interna ou externa), facial; na veia cava inferior e nas veias ilíacas; e em veias viscerais, sobretudo no território portal (veia porta, intra e extra-hepática, veia mesentérica superior, veia esplénica).

Tal como ocorreu nos aneurismas da aorta abdominal, também nos aneurismas venosos se procurou um critério de tamanho que permitisse classificar uma dilatação localizada duma veia como um aneurisma venoso.



Não há consenso, mas o diâmetro mínimo de 20 mm tem sido o mais usado, havendo, no entanto, quem procure relacionar o maior diâmetro da dilatação com o da veia onde ela ocorre, atingindo, para uns, o seu dobro, para outros, o triplo. Na veia porta é definido aneurisma quando o diâmetro excede 1,5 cm, ou 1,9 cm em presença de cirrose hepática.

A sua exacta etiologia permanece desconhecida, mas classificam-se globalmente em congénitos e adquiridos. Tal como acontece com as varizes, assume-se como ponto de partida fisiopatológico uma fraqueza da parede venosa, localizada, permitindo ceder e a veia dilatar-se nesse ponto. Essa dilatação, interessando toda a parede, pode ser concêntrica – aneurismas fusiformes – ou excêntrica – aneurismas saculares, ou sacciformes, estes às vezes com uma comunicação estreita com a veia de onde provêm e chamados então, por alguns, diverticulares. É provável que, nalguns casos, causas congénita e adquirida se associem, levando à dilatação da veia. Argumenta-se com um possível aumento de pressão dentro da veia, fazendo ceder o ponto fraco da parede, o que é evidente, por exemplo, nos associados a uma fístula arteriovenosa e na versão adquirida dos aneurismas portais, em que a causa principal é a hipertensão portal. Mas, pelo contrário e fora dessa transmissão de pressão, nos membros superiores, na cabeça e no pescoço essa hipótese não parece razoável. Apontam-se como outros desencadeantes diversas situações de enfraquecimento parietal, tais como reacções inflamatórias perivenosas; processos traumáticos, externos ou internos, circunscritos, incluindo a cateterização venosa; compressão local por artérias, por nervos ou por excrescências ou tumores ósseos. Ou, então, compressão venosa dificultando o fluxo venoso e aumentando a pressão a montante. Em particular nos aneurismas da veia porta identificam-se, para além da hipertensão portal, a pancreatite e o trauma, incluindo de cirurgia prévia.

As alterações histológicas parietais do aneurisma venoso não são uniformes, mas residem fundamentalmente numa endoflebo-hipertrofia (hipertrofia da íntima) e numa endoflebo-esclerose (perda de tecido muscular liso e de tecido elástico, com substituição por tecido conjuntivo), numa parede que vai ficando mais delgada e com menos elasticidade, o que leva à sua dilatação localizada não elástica, isto é, permanente. Este processo lembra muito o que se passa na parede arterial nos aneurismas arteriais, e na parede das veias utilizadas em substituição de artérias (*bypass* arterial) e que se tornam aneurismáticas. Os aneurismas nessas veias arterializadas (com alterações parietais descritas primariamente por Alexis Carrel) podem ser causados por lesões do tipo aterosclerótico, mas tem havido descrição de aneurismas sem características ateroscleróticas aparentes nesses canais venosos de substituição arterial. Curiosamente, essas pontagens tornam-se mais vezes aneurismáticas quando foram usadas no tratamento de aneurismas arteriais, do que quando foram colocadas para correcção de isquémia derivada de lesões estenótico-oclusivas. Parece, pois, nesses casos, poder falar-se duma diátese aneurismática, ou dilatante, dos vasos, quer arteriais quer venosos, no território arterial. Tendo muito provavelmente por substrato uma causa de fraqueza parietal, seja ela qual for. Não havendo, no entanto, evidência que os associe a essa diátese aneurismática, nos aneurismas venosos primários têm-se posto várias hipóteses patogénicas para o enfraquecimento da parede. Uma delas é a do aumento da actividade de metaloproteínases na matriz intersticial, que também tem sido desenvolvida no que respeita à fisiopatologia das veias varicosas, elas igualmente dilatadas embora duma maneira generalizada e com aumento de diâmetro e de comprimento, tornando-se por isso tortuosas.



Do ponto de vista clínico, como já se disse, os aneurismas venosos são mais frequentemente mudos, podendo vir a manifestar-se pelas suas complicações: trombose, a mais frequente, com possível embolização pulmonar ou arterial paradoxal, ou rotura com hemorragia. É importante ter presente que face a uma embolia pulmonar de origem desconhecida, sem sinais de trombose venosa, há que procurar a existência dum aneurisma venoso, em especial com trombo no seu interior. Isto acontece mais nos aneurismas saculares que nos fusiformes, e mais nos de maiores dimensões que nos mais pequenos. Nos membros inferiores, a trombose dum aneurisma numa veia profunda pode ser confundida com uma trombose venosa profunda. Também por vezes o estudo não invasivo de doentes com tromboembolia pulmonar ou trombose venosa profunda sintomáticas, ou com varizes dos membros inferiores, pode levar ao diagnóstico incidental dum aneurisma venoso assintomático e não complicado.

É possível o aneurisma ter um efeito de massa, com compressão de estruturas vizinhas, como outras veias, artérias, ureteres, duodeno, vias biliares, nervos, ou com distensão destes (por vezes com incómodo local, ou parestesias e mesmo dor, nessa zona ou referidas ao território nervoso), e apresentar-se como uma massa palpável, confundível com uma hérnia crural, por exemplo, ou, de acordo com a sua localização, uma veia varicosa mais dilatada, um hemangioma, um linfocele, um higroma quístico, um quisto de Baker, etc. Os da região portal podem provocar icterícia, dores abdominais, hemorragia digestiva. Os da cava inferior cursam eventualmente com sinais de hemorragia retroperitoneal, com dores abdominais ou/e lombares, ou hemorragia peniana, ou sinais de trombose venosa profunda dos membros inferiores ou/e de tromboembolia pulmonar. De notar que estes últimos, se estiverem trombosados, podem ser erradamente tomados, na TAC e na RMN, por tumores retroperitoneais.

É muito importante estar ciente da existência desta patologia e da maneira de lidar com ela. Os casos sintomáticos devem ser tratados, naturalmente, bem como os complicados. Duma maneira geral os aneurismas venosos assintomáticos, pequenos e descobertos incidentalmente devem ser mantidos apenas sob vigilância, atentos o seu crescimento ou o desenvolvimento de complicações (rotura, mas em especial tromboembolização). Mas se forem já grandes ou tiverem trombos no seu interior, deverá equacionar-se-lhes o tratamento, sobretudo por receio da embolização pulmonar. Quando localizados nas veias profundas dos membros inferiores (mais frequentemente na poplítea), mesmo os que não evidenciam trombose podem embolizar, pelo que está também indicado o seu tratamento profilático. Se os aneurismas assintomáticos forem superficiais e estiverem em áreas visíveis do corpo, poder-se-á proceder à sua ressecção por simples razão estética, a pedido do doente.

O tratamento cirúrgico mais usado é a aneurismectomia tangencial, com venorrafia longitudinal, nos saculares, ou a ressecção venosa segmentar, nos fusiformes, com ou sem anastomose topo a topo ou interposição de prótese. Há quem faça o envolvimento venoso com uma placa de politetrafluoroetileno (PTFE) reforçando a intervenção cirúrgica feita. Será útil manter o doente anticoagulado no pós-operatório durante uns meses, em princípio três, embora esta atitude não seja consensual. Outra possibilidade é o tratamento endovascular, com prótese isolando o aneurisma, quando sacular ou diverticular.

Face a uma trombose aneurismática venosa, pode escolher-se uma terapêutica conservadora, com heparina de baixo peso molecular ou trombólise seguida de anticoagulação. Há autores que referem, no entanto, um terço



dos doentes a desenvolverem fenómenos embólicos mesmo sob anticoagulação. Nos aneurismas dos membros inferiores ou nos ilíacos ou da veia cava inferior será de colocar um filtro cava concomitantemente. Mas é mais eficaz e mais rápido intervir, cirurgicamente, com remoção dos trombos e ressecção do aneurisma ou da porção da veia atingida, com ou sem anastomose topo a topo ou interposição de prótese. A técnica escolhida depende sobretudo do tipo de aneurisma e do seu tamanho, e ainda da sua localização. O tratamento conservador deve reservar-se para os casos de alto risco cirúrgico ou de elevada dificuldade técnica cirúrgica.

*Correspondência:*

CARLOS COSTA ALMEIDA  
e-mail: c.m.costa.almeida@gmail.com

