

Caso Clínico – Insuficiência Venosa Crônica

Prof. Marco Antonio Alves Azizi¹

Guilherme Gomes Azizi²

Identificação: M. A. S. S, 62 anos, feminina, do lar, casada, natural e moradora do Rio de Janeiro.

Queixa Principal: “Perna inchada com ferida”

História da Doença Atual (HDA): A paciente relata que há cinco anos iniciou quadro de edema em membro inferior esquerdo com surgimento de hiperpigmentação parda. Relata que possui varizes em membros inferiores iniciada aos trinta anos de idade. O quadro permaneceu por aproximadamente dois anos. Após essa época sofreu um trauma direto no terço inferior da perna devido à queda da própria altura, seguido de sangramento das varizes da região e surgimento de uma lesão de um centímetro de diâmetro na área afetada. Nos últimos três anos a lesão foi aumentando até ocupar metade do terço inferior da perna na face medial. Durante a evolução da patologia a paciente fez inúmeros tratamentos de forma descontínua e colocação de vários tipos de medicamentos. Atendida nesta data (02/10/2018) apresentava edema de ++/4+ no membro inferior esquerdo acompanhado de varizes e hiperpigmentação parda e cicatriz de úlcera com área de lesão de aproximadamente dois centímetros.

História Patológica Progressiva (HPP): Paciente hipertensa e diabética em tratamento regular e com valores controlados, relata histerectomia há 10 anos por mioma.

História Familiar (HF): Mãe hipertensa. Desconhece outros parentes.

História Social (HS): Nega tabagismo e etilismo, local de moradia com condições sanitárias satisfatórias onde habitam quatro pessoas.

Antecedentes Ginecológicos e Obstétricos: Gesta 3 para 3, menopausa aos 48 anos de idade, histerectomia aos 52 anos de idade.

Exame Físico:

Geral: paciente lúcida, orientada no tempo e no espaço. Hidratada, acianótica, anictérica, eupneica, afebril.

Cabeça e Pescoço: dentro da normalidade

Tórax:

Aparelho respiratório: atípico, sem tiragens, com expansibilidade preservada, frêmito toraco vocal uniformemente palpável bilateralmente. Som claro atimpânica à percussão. Murmúrio Vesicular uniformemente Audível, sem ruídos adventícios.

Aparelho Cardiovascular: precórdio normodinâmico. Ictus palpável no 5º espaço intercostal esquerdo na linha hemiclavicular. Ritmo cardíaco regular em 2 tempos com sopro sistólico de +/6+ no foco mitral sem irradiação, bulhas normofonéticas.

Abdome: globoso devido à obesidade, cicatriz típica de cesariana, flácido, indolor à palpação superficial e profundo, sem visceromegalias com peristalse presente.

¹ Prof de Semiologia e Morfologia da Escola de Medicina Souza Marques. Prof. da Disciplina de Clínica Médica - Angiologia da Universidade Iguazu. Especialista em Angiologia pela SBACV e

AMB

² Serviço de Imunologia da UFRJ. Fundador da Liga Acadêmica de Angiologia e Cirurgia Vascular da Escola de Medicina Souza Marques (LAANCV)

Membros:

Superiores: sem alterações.

Inferiores: membro inferior direito sem alterações. Membro inferior esquerdo apresentando edema de ++/4+ acompanhado de varizes e hiperpigmentação parda, e cicatriz de úlcera com área de lesão de aproximadamente dois centímetros



Comentários:

A Insuficiência Venosa Crônica dos Membros Inferiores (IVC) é um conjunto de manifestações clínicas causadas pela anormalidade do sistema venoso periférico (superficial, profundo ou ambos), acometendo os membros inferiores. Descrita nos primórdios por Hipócrates (460 - 377 aC), que relacionava as úlceras de perna e veias dilatadas com a posição ortostática, causada pela Hipertensão venosa de longa duração. Acomete até 80% da população em grau leve e entre 1 e 5 % em grau grave. De origem venosa, ocorre por aumento da pressão nos capilares, devido a obstrução venosa e a insuficiência valvular. As veias trombosadas tendem a recanalizar. Quando a obstrução não é extensa, a circulação colateral pode auxiliar; porém quando ocorre acometimento de várias válvulas a hipertensão é freqüente. Independente da causa, a hipertensão venosa é o núcleo central dos sintomas apresentados na IVC. Medindo-se a pressão venosa superficial distal nos membros inferiores de indivíduos normais encontramos valores de aproximadamente 80 a 90mmHg no repouso. Durante o exercício, esta pressão decresce, chegando a valores como 30-40mmHg. Já indivíduos que apresentam IVC, apesar da pressão inicial ser idêntica durante o repouso, a mesma diminui significativamente menos (para algo como 70mmHg) ou mesmo aumenta, como na ocorrência de veias perfurantes insuficientes onde a pressão do compartimento muscular pode ser transmitida à superfície.

O quadro clínico inicia com edema, com presença de teleangectasia, veias reticulares e varicosas, seguido de Hiperpigmentação ou dermatite ocre, eczema de estase, celulite ou erisipela, lipodermatoesclerose e úlcera. A anamnese e o exame físico confirmam quase a totalidade dos diagnósticos. Os métodos complementares não invasivos são Doppler, eco color Doppler e pletismografia. Os invasivos são a flebografia, linfocintilografia, arteriografia e angiotomografia venosa. O tratamento é dividido em clínico e cirúrgico. No tratamento clínico, evitar imobilidade, vestes que alterem o retorno venoso, sapatos altos ou sem saltos, obesidade e repouso são elementos fundamentais; além realizar correção ortopédica e elastocompressão. Podem ser usados medicamentos sistêmicos e o tratamento da úlcera quando presente. O tratamento cirúrgico, quando necessário pode ser feito por ligaduras endoscópicas, obliteração endoluminal de safenas, exérese mecânica de veias varicosas e endoprótese venosas.