

Ponte espiralada de veia safena no tratamento da síndrome de veia cava superior: relato de caso com seguimento de 15 anos

*Spiral saphenous vein graft in the management of superior vena cava syndrome:
a case report*

Ricardo César Rocha Moreira¹, Marcio Miyamoto², Graciliano José França³

Resumo

A síndrome da veia cava superior é uma condição pouco freqüente causada, na maioria das vezes, por tumores malignos. Uma etiologia incomum e benigna é a fibrose mediastinal idiopática. Os autores relatam o caso de um paciente com síndrome da veia cava superior causada por fibrose mediastinal idiopática. O tratamento inicial foi realizado através de uma ponte atrojugal interna direita com politetrafluoretileno, que ocluiu com recorrência dos sintomas após quatro anos. O paciente foi submetido a novo enxerto atrojugal, dessa vez, usando veia safena espiralada. Durante o seguimento de 15 anos, o enxerto permaneceu pèrvio, conforme comprovação através de eco-Doppler, e o paciente assintomático.

Palavras-chave: síndrome da veia cava superior, fibrose, trombose venosa.

Abstract

Superior vena cava syndrome is rare condition that is usually caused by malignancy, especially bronchogenic carcinoma. Idiopathic fibrosing mediastinitis rarely leads to superior vena cava syndrome. The authors report the case of a patient with superior vena cava syndrome caused by idiopathic fibrosing mediastinitis. The patient had been previously treated with internal jugular-right atrial bypass surgery with polytetrafluoroethylene, which occluded four years later. A new internal jugular-right atrial bypass using a spiral saphenous vein graft was then performed. After 15 years of follow-up, the patient is asymptomatic and the spiral graft is patent by duplex scan.

Key words: superior vena cava syndrome, fibrosis, venous thrombosis.

A síndrome da veia cava superior (SVCS) foi descrita inicialmente por William Hunter em 1757. Até 1990, mais de 2.000 casos haviam sido relatados¹. Essa condição é causada por tumores malignos, especial-

mente carcinoma broncogênico, em 85% dos pacientes. Mais recentemente, o cateterismo de veias centrais para acesso prolongado e colocação de marca-passo tem se tornado uma importante causa dessa síndrome². Doenças inflamatórias do mediastino que causam fibrose mediastinal são causas raras^{3,4}. A seguir, apresentamos o caso de um paciente com SVCS causado por fibrose mediastinal idiopática e tratado com enxerto de veia safena espiralada.

Relato do caso

Paciente masculino, 27 anos, comerciante, com queixas de cefaléia, edema de face, de tronco e de

1. Doutor em Clínica Cirúrgica pela Universidade Federal do Paraná. Chefe do Serviço de Cir. Vascul. Prof. Dr. Elias Abrão, Curitiba, PR.
2. Cirurgião, Serviço de Cir. Vascul. Prof. Dr. Elias Abrão, Curitiba, PR.
3. Ecografista vascular, Hospital Nossa Senhora das Graças e Clínica Ecodoppler Colorido, Curitiba, PR.

Artigo submetido em 17.06.03, aceito em 29.09.03.

membros superiores. Ao exame físico, além do edema, apresentava circulação colateral exuberante no tronco e nos membros superiores. A radiografia de tórax mostrou uma massa paramediastinal direita. Uma venografia por punção bilateral do membro superior evidenciou oclusão da veia cava superior e abundante circulação colateral. O paciente foi submetido à toracotomia exploradora por esternotomia. Evidenciou-se uma massa mediastinal de coloração esbranquiçada e de textura fibrótica comprimindo a veia cava superior. A biópsia de congelação não foi conclusiva para malignidade. Optou-se por biópsia do tumor e confecção de uma ponte da jugular interna direita para o átrio direito feita de politetrafluoretileno (PTFE). Houve alívio total dos sintomas no pós-operatório imediato, e o paciente recebeu alta hospitalar no 4º dia após a operação. O resultado da patologia evidenciou mediastinite fibrosante, cuja etiologia não foi determinada (idiopática). Quatro anos após a operação, houve oclusão do enxerto de PTFE com recorrência dos sintomas. A investigação para tuberculose e micoses sistêmicas resultou negativa. O paciente foi submetido a uma nova ponte da jugular interna direita para o átrio direito através de esternotomia, usando um enxerto de veia safena magna espiralada (Figura 1). Houve alívio dos sintomas, e o paciente

recebeu alta no 4º dia pós-operatório. O paciente vem sendo acompanhado anualmente por 15 anos com eco-Doppler colorido e angiotomografia (Figura 2), permanecendo assintomático e com o enxerto pérvio.

Discussão

A fibrose mediastinal é a causa benigna mais comum da SVCS. O espessamento ou a presença de massa fibrótica causa compressão da veia cava superior, levando a um quadro de hipertensão venosa a montante. Os sinais mais comuns dessa síndrome incluem edema de face, de pescoço e de membros superiores, além de plethora facial e circulação colateral na parede torácica. O paciente geralmente refere sensação de peso na cabeça, dispnéia e ortopnéia, cefaléia, alterações visuais, dor periorbital e tosse¹⁻³. Embora a fibrose mediastinal possa ser causada por tuberculose e por micoses sistêmicas, na maioria das vezes, não se descobre a causa da fibrose (idiopática).

Ao contrário das doenças malignas, a compressão da veia cava superior pela fibrose mediastinal idiopática tem um curso lento e progressivo. Por esse motivo, o tratamento conservador é inicialmente indicado, aguardando-se o desenvolvimento de circulação colateral,

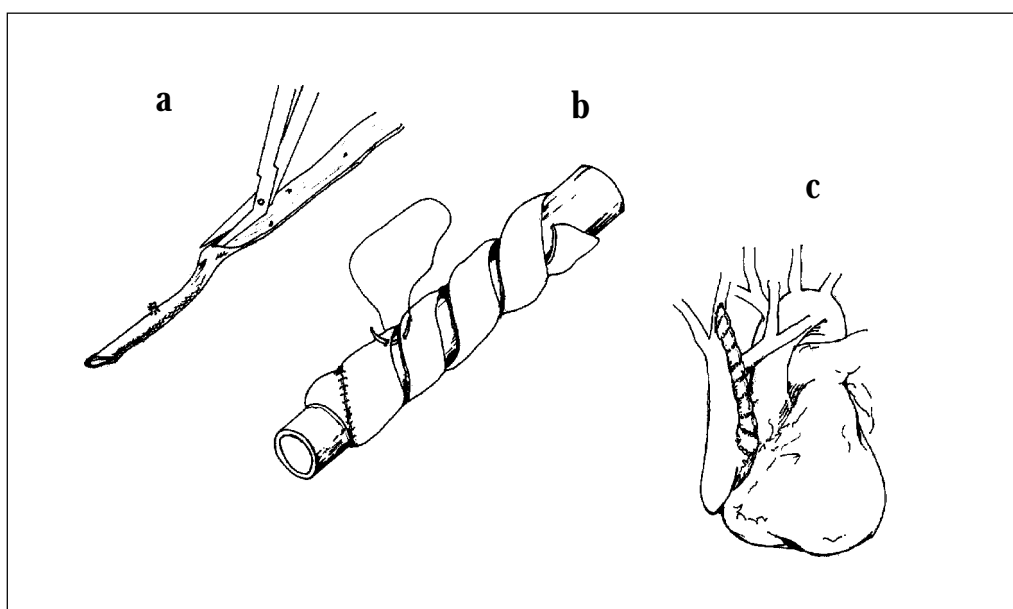


Figura 1 - Enxerto de veia safena magna espiralada: a) abertura da veia safena longitudinalmente, b) anastomose em espiral da veia montada num dreno de tórax, e c) resultado final.

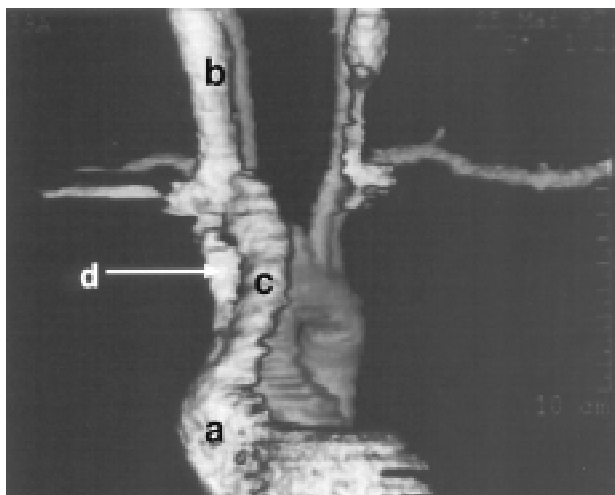


Figura 2 - Angiotomografia: a) átrio direito, b) veia jugular interna direita, c) ponte espiralada de veia safena interna, e d) prótese de PTFE ocluída.

que, na maioria dos casos, compensa o quadro de hipertensão venosa. Quando ocorre falha do tratamento clínico ou sintomas de mau prognóstico (comprometimento neurológico ou obstrução das vias aéreas superiores), há indicação de tratamento invasivo^{1,3,5}.

Várias são as opções de enxerto disponíveis para esse tipo de operação. No tratamento da SVCS, a veia safena espiralada foi usada com sucesso pela primeira vez por Doty *et al.*¹. O paciente tratado permaneceu por 15 anos com o enxerto pérvio e assintomático. Essa técnica, entretanto, foi inicialmente descrita por Chiu *et al.*⁶ como substituto para grandes vasos. Para a SVCS causada por doenças benignas, esse tipo de enxerto vem apresentando boa perviedade a longo prazo, superior às próteses sintéticas. Alguns autores, entretanto, referem complexidade e tempo prolongado na confecção, dificuldade de manuseio e risco de trombose precoce devido à longa linha de sutura¹.

A prótese de PTFE também é utilizada como substituto vascular no tratamento da SVCS. O PTFE é usado preferencialmente no caso de doença maligna associada à SVCS. O motivo dessa preferência é o fato de o PTFE ser mais resistente à compressão extrínseca do que os enxertos autógenos. A perviedade do PTFE, nessa situação, é de difícil avaliação, já que a maioria desses pacientes vão a óbito devido à doença básica em poucos anos. A perviedade relatada na literatura é de 86% em três a cinco anos⁷.

Outras opções disponíveis são a veia femoral superficial e os enxertos homólogos⁷. O uso da veia femoral superficial como enxerto foi descrito em 1951. Alguns autores afirmam que esse tipo de enxerto é de fácil manuseio, sendo tecnicamente mais fácil e rápido de ser obtido do que a veia safena espiralada. Porém, o edema de membro inferior pós-retirada da veia femoral pode ser significativo e incômodo para os pacientes⁸⁻¹⁰.

Nos últimos anos, as técnicas endovasculares também têm sido utilizadas no tratamento da SVCS¹¹. A experiência da angioplastia com *stent* auto-expansível ou expansível por balão, nessa situação, ainda é pequena. Porém, os resultados iniciais são animadores, com taxa de sucesso e perviedade precoce de 95%. A patência secundária é de 74% em cinco anos; contudo, a necessidade de reintervenção por reestenose não é incomum¹⁰. Por enquanto, o tratamento endovascular é reservado para os pacientes graves e com doença maligna com baixa expectativa de vida¹¹.

Nos casos de SVCS causada por doença benigna, em que a expectativa de vida é longa, o enxerto venoso apresenta resultados favoráveis a longo prazo¹.

Referências

1. Doty DB, Doty JR, Jones KW. Bypass of superior vena cava. Fifteen years experience with spiral vein graft for obstruction of superior vena cava caused by benign disease. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1990;99:889-96.
2. Seibel AC, Baptista-Silva JCC, Miranda F Jr. Síndrome da veia cava superior: diagnóstico e tratamento vascular. *Rev Bras Clin Terap* 2002;28:133-6.
3. Glovicki P, Vrtiska TJ. Surgical treatment of superior vena cava syndrome. In: Rutherford RB. *Vascular Surgery*. Philadelphia: W. B. Saunders; 2000. p. 2093-2103.
4. Tovar-Martin E, Tovar-Pardo AE, Marini M, Pimentel Y, Rois JM. Intraluminal leiomyosarcoma of the superior vena cava: a case of superior vena cava syndrome. *J Cardiovasc Surg* 1997;38:33-5.
5. Inase N, Ichioka M, Akamatsu H, Usui Y, Miyake S, Yoshizawa Y. Mediastinal fibromatosis presenting with superior vena cava syndrome. *Respiration* 1999;66(5):464-6.
6. Chiu CJ, Terzis J, MacRae ML. Replacement of superior vena cava with the spiral composite vein graft. A versatile technique. *Ann Thorac Surg* 1974;17(6):555-60.

7. Darteville PG, Chapelier AR, Pastorino U, et al. Long-term follow-up after prosthetic replacement of superior vena cava combined with resection of mediastinal-pulmonary malignant tumors. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1991;102:259-65.
8. Ohri SK, Lawrence DR, Townsend ER. Homograft as a conduit for superior vena cava syndrome. *Ann Thorac Surg* 1997;64:531-3.
9. Gladstone DJ, Pillai R, Paneth M, Lincoln JCR. Relief of superior vena caval syndrome with autologous femoral used as a bypass graft. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1985;89:750-2.
10. Marshall WG Jr, Kouchoukos NT. Management of recurrent superior vena caval syndrome with an externally supported femoral vein bypass graft. *Ann Thorac Surg* 1988;46:239-41.
11. Chacon Lopez-Muniz JI, Garcia Garcia L, Lanciego Perez C, et al. Treatment of superior and inferior vena cava syndromes of malignant cause with Wallstent catheter placed percutaneously. *Am J Clin Oncol* 1997;20:293-7.

Correspondência:

Dr. Ricardo C. R. Moreira

Rua Pedro Muraro 50/casa 24

CEP 82030-620 - Curitiba - PR

Tel.: (41) 244.8787 – Fax: (41) 335.3233

E-mail: ina@onda.com.br

Aos Programas de Residência de Angiologia e Cirurgia Vascular

Com o advento do novo ano e de novos residentes, o J Vasc Br solicita que os responsáveis pelos programas de residência enviem, com a maior brevidade possível, a nominata dos residentes do ano de 2004, com o nome e endereço completos.

Da mesma forma, solicitamos a confirmação do recebimento de todos os números da revista ao longo do ano de 2003.