

Trombose venosa extensa em paciente pediátrico: relato de caso

Extensive venous thrombosis in a pediatric patient: case report

DOI:10.34119/bjhrv5n6-170

Recebimento dos originais: 04/11/2022

Aceitação para publicação: 08/12/2022

Alda Luiza Alves Silva

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade de Itaúna

Endereço: Rodovia MG 431 Km 45, Itaúna – MG, CEP: 35680-142

E-mail: aldaluiza.alves@hotmail.com

Camila Cristina Santos

Residente em Clínica Médica pela Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte (SCMBH)

Instituição: Santa Casa da Misericórdia de Belo Horizonte

Endereço: Av. Francisco Sales, Número 1111, Santa Efigênia, Belo Horizonte

E-mail: santoscamilacristina@yahoo.com.br

Gabriel Oliveira Fonseca

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade de Itaúna

Endereço: Rodovia MG 431, Km 45, Itaúna – MG, CEP: 35680-142

E-mail: gabrielfsca98@outlook.com

Guilherme Gomes Negri

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade de Itaúna

Endereço: Rodovia MG 431, Km 45, Itaúna – MG, CEP: 35680-142

E-mail: gui.negri98@gmail.com

Luiza Nogueira de Azevedo Antunes

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade de Itaúna

Endereço: Rodovia MG 431, Km 45, Itaúna – MG, CEP: 35680-142

E-mail: luizanogueiraazevedoantunes@gmail.com

Rafaela Rabelo Maciel

Graduada em Medicina, Pneumologista pelo Hospital Madre Tereza

Instituição: Santa Casa da Misericórdia de Belo Horizonte

Endereço: Av. Francisco Sales, Número 1111, Santa Efigênia, Belo Horizonte

E-mail: pneumorafa@gmail.com

RESUMO

A trombose venosa é uma condição multifatorial em que vasos sanguíneos tornam-se ocluídos pela formação de coágulos, sendo explicada pela Tríade de Virchow, podendo sua etologia ser de caráter congênito ou adquirido. Em pacientes pediátricos, por sua vez, essa patologia é incomum e pouco discutida na literatura. Devido à raridade do caso, o objetivo deste trabalho

é relatar a investigação do fator etiológico da trombose venosa profunda em um paciente pediátrico. Trata-se de um paciente do sexo masculino, de 13 anos, proveniente de Belo Horizonte, Minas Gerais, que procurou a UPA com quadro de dor, edema, calor, rubor e mobilidade reduzida em membro inferior direito, sendo encaminhado para a Santa Casa da Misericórdia de Belo Horizonte para extensão propedêutica. Durante a internação, foram realizados diversos exames laboratoriais e de imagem que confirmaram a trombose venosa profunda no membro relatado anteriormente e diagnosticaram como sua possível causa a Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide. Portanto, esse relato de caso tem como finalidade gerar conhecimentos científicos acerca dos diferentes diagnósticos etiológicos da trombose venosa em pacientes pediátricos permitindo assim melhor manejo de casos semelhantes.

Palavras-chave: Trombose venosa, pediatria, Síndrome do Anticorpo antifosfolípide.

ABSTRACT

Venous thrombosis is a multifactorial condition in which blood vessels become occluded by clot formation, being explained by Virchow's Triad, and its etiology may be congenital or acquired. In pediatric patients, in turn, this pathology is uncommon and little discussed in the literature. Due to the rarity of the case, the objective of this paper is to report the investigation of the etiologic factor of deep vein thrombosis in a pediatric patient. This is a 13-year-old male patient from Belo Horizonte, Minas Gerais, who sought the UPA with pain, edema, heat, redness and reduced mobility in the right lower limb, and was referred to Santa Casa da Misericórdia de Belo Horizonte for propedeutic extension. During hospitalization, several laboratory and imaging tests were performed, which confirmed the deep vein thrombosis in the limb reported above, and diagnosed Antiphospholipid Antibody Syndrome as its possible cause. Therefore, this case report aims to generate scientific knowledge about the different etiologic diagnoses of venous thrombosis in pediatric patients, thus allowing better management of similar cases.

Keywords: venous Thrombosis, pediatrics, antiphospholipid Antibody Syndrome.

1 INTRODUÇÃO

A trombose é uma condição multifatorial em que vasos sanguíneos tornam-se ocluídos pela formação de coágulos. A doença é explicada pela Tríade de Virchow que inclui a lesão endotelial, a estase do sangue e a hipercoagulabilidade, podendo sua etiologia ser de caráter congênito ou adquirido. O tromboembolismo venoso (TEV) engloba a trombose venosa profunda (TVP) e a tromboembolia pulmonar (TEP). Sabe-se que a incidência de TEV na infância é rara, principalmente quando idiopática. A sintomatologia corresponde a edema, calor, rubor, dor e mobilidade reduzida do membro afetado. (PEREIRA et al., 2014; MATIDA, 2010; ALTUNA, 2013; MONTROYA et al., 2016; ANDRADE et al., 2018; SIQUEIRA et al., 2016; MAFFEI et al., 2020)

O diagnóstico, tanto em adultos, quanto em crianças é o mesmo, sendo realizado por meio da clínica do paciente, da análise dos fatores de riscos e de exames complementares, como

a dosagem de d-dímero, Ecografia-Doppler e outros. Além disso, nos casos em que não há relação com fatores predisponentes ou em sítios atípicos é importante a pesquisa de trombofilias hereditárias e doenças reumatológicas, como síndrome do Anticorpo Antifosfolípideo (SAAF) e Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) por exemplo. (PEREIRA et al., 2014; MATIDA, 2010; ALTUNA, 2013; MONTOYA et al., 2016; ANDRADE et al., 2018; SIQUEIRA et al., 2016; MAFFEI et al., 2020; CHATUVERDI et al., 2021)

Devido à baixa incidência de TVP na faixa pediátrica, existem poucos estudos acerca desse tópico. Em geral, o tratamento é baseado em diretrizes para adultos, sendo utilizado, principalmente, o uso de anticoagulantes, além de medidas como fibrinolíticos, trombectomia venosa ou colocação de filtro de veia cava. (PEREIRA et al., 2014; MATIDA, 2010; ALTUNA, 2013; MONTOYA et al., 2016; ANDRADE et al., 2018; SIQUEIRA et al., 2016; MAFFEI et al., 2020; CHATUVERDI et al., 2021)

Sendo assim, o objetivo principal deste trabalho é descrever um relato de caso sobre trombose venosa extensa em paciente pediátrico e sua abordagem clínica.

2 RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 13 anos de idade, branco, não tabagista ou etilista, natural de Belo Horizonte- MG, apresentou-se no posto de saúde, acompanhado por sua mãe, no dia 04/08/2022 devido a uma queixa de dor em região inguinal direita associada a um episódio de disúria. Foi, então, iniciado antibiótico empírico para infecção do trato urinário, sem melhora. Devido à ausência de alívio da dor, o antibiótico foi trocado, também sem sucesso. Em seguida, foi avaliado pela urologia que evidenciou varicocele no testículo, além de sugerir o diagnóstico de contratura muscular para a dor inguinal.

Dias depois o paciente evoluiu com edema de todo membro inferior direito (MID), associado à dor ao deambular. Na ocasião, procurou a unidade de pronto atendimento (UPA), onde realizou o exame de d-dímero cujo resultado foi elevado, não podendo descartar trombose. Com a possibilidade alta de TVP segundo o escore de Wells foi iniciada anticoagulação terapêutica e encaminhado para a Santa Casa da Misericórdia de Belo Horizonte (SCBH) para extensão propedêutica.

Paciente foi internado no dia 03/09/2022 na enfermaria da SCBH onde realizou doppler venoso de membro inferior direito que evidenciou TVP extensa e oclusiva de aspecto recente, mantendo assim, a anticoagulação terapêutica com enoxaparina 1mg/kg.

Durante o período inicial da internação o paciente apresentou febre e sudorese noturna. Foi iniciado Clavulin via oral no dia 08/09/22 por 10 dias devido ao quadro clínico febril, PCR

elevado (130,3) e Tomografia Computadorizada (TC) de tórax mostrando evidência de processo infeccioso em atividade. Foi realizada Traqueoscopia e Broncoscopia no dia 09/09/22, exame este sem alterações. Paciente apresentou melhora progressiva do quadro, se mantendo sem febre a partir do dia 17/09, com PCR em queda. Solicitado ecocardiograma transtorácico (ECOTT) para propedêutica de febre de origem indeterminada, exame esse sem alterações significativas. TCs de abdome e pelve realizadas evidenciaram linfonodomegalias intraabdominais generalizadas.

Para seguimento do caso, em busca da investigação etiológica da TVP e linfonodomegalias foram acionadas equipes de hematologia e reumatologia, as quais indicaram realização de extensa propedêutica com autoanticorpos, sorologias virais, marcadores inflamatórios, entre outros. Foram solicitados FAN, Anti-RO, C4, C3, Anti-HBs, HBsAg, Anti HCV, TR HIV, Toxo IgG e IgM, VDRL, Epstein Baar IgM, CMV IgM e IgG, Anti Cardiolipina IgG e IgM, IgG total, IgM total, Imunofenotipagem para HPN, ECA, VHS e anticoagulante lúpico, sendo que nenhum desses exames tiveram resultados significativos para determinação etiológica da TVP. Após propedêutica extensa, paciente fechou critérios para SAAF devido positividade do anticorpo Beta2 glicoproteína IgG em contexto de trombose extensa atípica. Não fechou critérios para Lúpus eritematoso sistêmico ou outras doenças reumatológicas que precisariam de confirmação anatomopatológica, como Castleman ou sarcoidose, configurando SAAF primária até o momento. Outras hipóteses levantadas foram de hemoglobinúria paroxística noturna, afastada via imunofenotipagem negativa, e linfoma, o qual necessitaria de biópsia de cadeia linfonodal profunda impossibilitada no momento devido aos riscos de suspensão de anticoagulação para realização de procedimento cirúrgico intra hospitalar. Por fim, em decisão conjunta com as equipes médicas, com o paciente e seu responsável, foi definido pela realização da biópsia em momento oportuno ambulatorialmente, já que as novas TCs evidenciaram estabilidade das linfonodomegalias e o paciente não mantinha febre e outros sinais de alarme.

Nesse contexto, o paciente recebeu alta com possível diagnóstico de SAAF primária, sendo necessária a repetição dos exames após 12 semanas para definição completa. Além disso, foi prescrito Marevan por tempo indeterminado e definido acompanhamento ambulatorial com as equipes de hematologia e reumatologia da SCBH.

3 DISCUSSÃO

A trombose venosa profunda pediátrica é multifatorial. O TVP idiopático é raro na infância, sendo constantemente relacionado a doenças de base ou a fatores de risco, visto que

mais de 90% das crianças com TVP terão duas ou mais condições associadas. A doença é explicada pela Tríade de Virchow que inclui a lesão endotelial, a estase do sangue e a hipercoagulabilidade. Enquanto os dois primeiros componentes se relacionam com condições adquiridas, o último apresenta principalmente causas genéticas que originam de mutações nos fatores de coagulação, denominadas trombofilias hereditárias. (PEREIRA et al., 2014; MATIDA, 2010; ALTUNA, 2013; MONTOYA et al., 2016; ANDRADE et al., 2018; SIQUEIRA et al., 2016; MAFFEI et al., 2020)

A incidência de TEV em pacientes pediátricos não é conhecida com exatidão, sobretudo em nosso país, mas sabe-se que ela apresenta dois picos, sendo maior nos recém-nascidos, seguido pelos adolescentes, sobretudo do sexo feminino, devido ao uso de anticoncepcional oral e gravidez. (PEREIRA et al., 2014; MATIDA, 2010; ALTUNA, 2013; MONTOYA et al., 2016; ANDRADE et al., 2018; SIQUEIRA et al., 2016; MAFFEI et al., 2020)

A trombose venosa profunda corresponde a 0,05% das internações hospitalares no setor pediátrico, o que a torna uma condição rara. As causas para esta baixa incidência podem ser atribuídas a um endotélio intacto, fatores de coagulação com baixa capacidade de gerar trombina e níveis elevados de Y 2 macroglobulina. Além disso, a predominância de alteração hereditária de coagulação em crianças com história prévia de TVP varia de 10 a 59%, sendo a mutação do fator V de Leiden a trombofilia hereditária mais frequente. (PEREIRA et al., 2014; MATIDA, 2010; ALTUNA, 2013; MONTOYA et al., 2016; ANDRADE et al., 2018; SIQUEIRA et al., 2016; MAFFEI et al., 2020)

A sintomatologia do TVP abrange edema unilateral do membro, podendo estar associado a dor e ao aparecimento de circulação colateral visível, além de calor, rubor e mobilidade reduzida do membro afetado. (PEREIRA et al., 2014; MATIDA, 2010; ALTUNA, 2013; MONTOYA et al., 2016; ANDRADE et al., 2018; SIQUEIRA et al., 2016; MAFFEI et al., 2020)

O diagnóstico baseia-se na clínica do paciente, associado aos fatores de riscos e aos exames complementares sugestivos, sendo a Ecografia-Doppler o exame de escolha. Nos casos em que há impossibilidade de realização da ecografia ou em que seus resultados forem inconclusivos, a flebografia é uma opção. Já a Tomografia Computorizada e a Ressonância Magnética são reservadas para os casos de TEV das veias cava superior e inferior, pélvica, intratorácica e subclávia, ou também quando o resultado da Ecografia-Doppler é incerto. A utilização do D-dímero (DD), por sua vez, indicará a necessidade ou não de outros exames, sendo este um marcador sensível, mas não específico para TEV. Na UPA, o paciente realizou o D-dímero em busca de excluir o diagnóstico de TVP, porém o resultado foi positivo. Sendo

então encaminhado para SCBH, onde realizou Ecografia-Doppler de membros inferiores que demonstrou trombose oclusiva, de aspecto recente de veias íliaca externa, femoral comum, femoral superficial e poplítea de MID. (MATIDA, 2010; ALTUNA, 2013; ANDRADE et al., 2018; SIQUEIRA et al., 2016; MAFFEI et al., 2020)

Como fatores etiológicos, pode-se citar o cateterismo central, condição mais prevalente, neoplasias, cardiopatias congênitas, traumas, Lúpus Eritematoso Sistêmico, Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide, Síndrome nefrótica, uso de pílulas anticoncepcionais, infecções, entre outras. Através da realização de exames, o paciente do caso apresentado não possuía nenhum dos fatores etiológicos acima, exceto Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide, que foi determinado pela positividade do anti-B2-glicoproteína IgG. (PEREIRA et al., 2014; MATIDA, 2010; ALTUNA, 2013; MONTOYA et al., 2016; ANDRADE et al., 2018; SIQUEIRA et al., 2016; MAFFEI et al., 2020)

A SAAF é uma doença autoimune multissistêmica caracterizada por eventos tromboembólicos arteriais, venosos ou de pequenos vasos. O diagnóstico é feito baseado nas manifestações clínicas e pela presença persistente de anticorpos antifosfolípidos (aPL), medidos por pelo menos um dos três testes: teste de anticoagulante lúpico (LA), anticorpos anti-B2-glicoproteína e anticorpos anticardiolipina (aCL). Por fim, o tratamento dessa condição se baseia principalmente na prevenção de novos eventos tromboembólicos, através do uso de anticoagulantes. (CHATUVERDI et al., 2021; ORDI-ROS et al., 2019)

Ainda em relação ao diagnóstico, consensos atuais orientam a triagem laboratorial de trombofilias, congênitas e adquiridas, quando houver história pessoal e familiar, recidiva ou ocorrência espontânea de TVP ou na presença de trombose venosa em sítios incomuns. Pelo fato do paciente estar anticoagulado, a pesquisa de trombofilia não foi realizada devido à possibilidade do resultado ser falseado. (PEREIRA et al., 2014; MATIDA, 2010; ALTUNA, 2013; MONTOYA et al., 2016; ANDRADE et al., 2018; SIQUEIRA et al., 2016; MAFFEI et al., 2020)

As complicações mais importantes da TVP na infância incluem a síndrome pós-trombótica, a recorrência da doença, mais comum em pacientes com trombofilia associada, ausência de resolução do trombo e sangramento associado à anticoagulação. (PEREIRA et al., 2014; MATIDA, 2010; ALTUNA, 2013; MONTOYA et al., 2016; ANDRADE et al., 2018; SIQUEIRA et al., 2016; MAFFEI et al., 2020)

Diante da infrequência do TVP na faixa pediátrica existem poucos estudos acerca desse tópico, portanto, esses pacientes são tratados de acordo com pequenos estudos e diretrizes adaptadas de protocolos para adultos. Em geral, o tratamento da TEV é iniciado com heparina

não fracionada (HNF) ou com heparina de baixo peso molecular (HBPM) e mantido com antagonistas da vitamina K (AVK). Ainda hoje, os novos anticoagulantes orais não são escolha para tratamento da SAAF por serem menos eficientes em evitar novos eventos trombóticos. O tempo de tratamento difere conforme o quadro apresentado. Em quadros com causas solucionadas, este é mantido de três a seis meses. Em quadros sem causas desencadeantes ou associadas a TEP, este é mantido por 6 meses. Já nos quadros de causas permanentes, o tratamento é mantido enquanto a mesma durar. Em situações específicas pode-se utilizar fibrinolíticos, tromboectomia venosa ou colocação de filtro de veia cava. Outras medidas adotadas são a mobilização, a deambulação e a utilização de meias compressivas precocemente. (PEREIRA et al., 2014; MATIDA, 2010; ALTUNA, 2013; MONTOYA et al., 2016; ANDRADE et al., 2018; SIQUEIRA et al., 2016; MAFFEI et al., 2020; ORDI-ROS et al., 2019)

Com o diagnóstico definido de TVP no paciente, iniciou-se o uso de enoxaparina sódica 40mg, duas vezes ao dia, bem como o estímulo à deambulação durante toda a internação, sendo liberado para casa com uso de Varfarina sódica 5mg, uma vez ao dia de forma permanente, com controle de RNI. A decisão por esse medicamento foi pautada no fato do paciente ter sido diagnosticado com SAAF. (PEREIRA et al., 2014; MATIDA, 2010; ALTUNA, 2013; MONTOYA et al., 2016; ANDRADE et al., 2018; SIQUEIRA et al., 2016; MAFFEI et al., 2020; ORDI-ROS et al., 2019)

4 CONCLUSÃO

A suspeita de trombose em crianças e adolescentes, por mais que seja uma condição rara, deve ser sempre questionada devido às suas potenciais complicações e à gravidade do quadro. Após a confirmação diagnóstica é de extrema importância a busca de sua etiologia para extensão da propedêutica. Além disso, é evidente a associação entre TVP pediátrica e doenças reumatológicas e hematológicas como LES, SAAF e trombofilias, sendo de suma importância a pesquisa das mesmas nesses quadros.

Por fim, frente à escassez de informações acerca do tema na população pediátrica há necessidade de novos estudos com a finalidade de guiar seu diagnóstico e manejo.

REFERÊNCIAS

- PEREIRA, Helena et al. Tromboembolismo venoso em idade pediátrica. **Revista Nascer e Crescer**, p. 83-86, 2014.
- MATIDA, Caroline Kazue. Trombose venosa profunda dos membros inferiores em crianças e adolescentes tratados em um único centro no Brasil: epidemiologia e evolução. 2010.
- ALTUNA, Diana. Trombosis en pediatria. **Hematología**, v. 17, p. 38-43, 2013.
- MONTOYA, Mariela Alejandra Maradiaga; ZAVALA, Francisco Gerardo Cruz. Trombosis venosa profunda en adolescente de 15 años de edad. **Archivos de medicina**, v. 12, n. 2, p. 10, 2016.
- ANDRADE, Joana Verdelho et al. Tromboembolismo Venoso em Idade Pediátrica: Estudo Retrospectivo de 15 Anos. **Acta Medica Portuguesa**, v. 31, n. 9, 2018.
- SEQUEIRA, Ana Isabel et al. Trombose venosa profunda em idade pediátrica—estudo retrospectivo de 10 anos. **Nascer e Crescer**, v. 25, p. 147-153, 2016.
- MAFFEI, Francisco Humberto de Abreu; YOSHIDA, Winston B.; LASTÓRIA, Sidnei. Tromboembolismo venoso em crianças e adolescentes. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 1, n. 2, p. 121-128, 2020.
- CHATUVERDI, Shruti; KNIGHT Jason S. Pathogenesis of antiphospholipid syndrome. **Waltham, Mass, UpToDate**, 2021.
- ORDI-ROS, Josep et al. Rivaroxaban versus vitamin K antagonist in antiphospholipid syndrome: a randomized noninferiority trial. **Annals of internal medicine**, v. 171, n. 10, p. 685-694, 2019.