

**Tromboflebite plantar: um diagnóstico diferencial raro em pacientes com dor plantar**

*Plantar vein thrombosis: a rare differential diagnosis in patients with plantar pain*

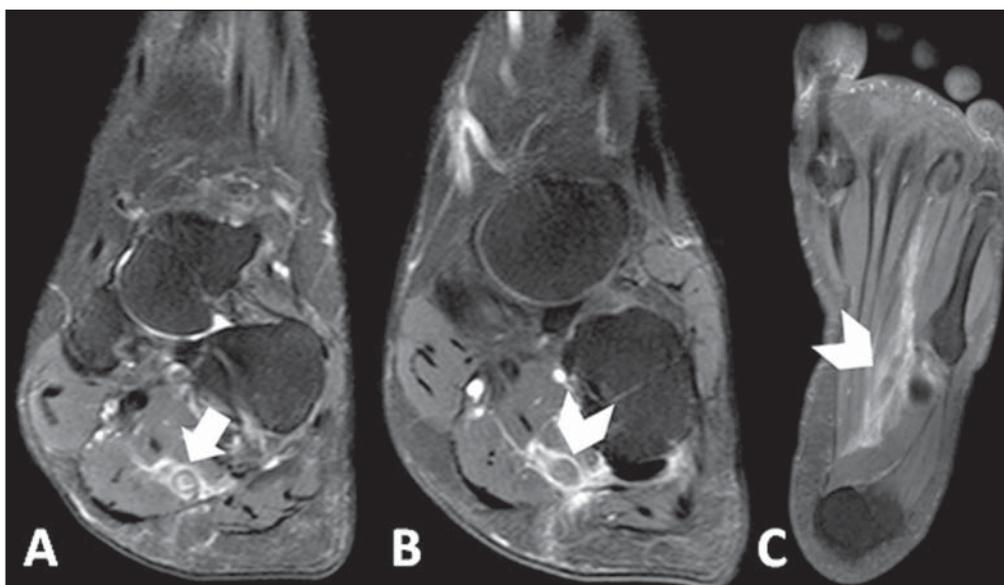
Sr. Editor,

Paciente do sexo feminino, 42 anos de idade, tabagista e com histórico de púrpura trombocitopênica trombótica, em terapia com corticosteroides e plasmaferese, deu entrada hospitalar com quadro de dor importante na região plantar do pé direito e dificuldade na deambulação, quadro iniciado há cerca de uma semana. Negava qualquer evento traumático, procedimento cirúrgico ou viagem recente. Ao exame físico percebia-se apenas hiperalgia à palpação. Foi solicitada ressonância magnética (RM) do pé direito, que demonstrou espessamento e falha de enchimento em toda a extensão da veia plantar lateral, associados a realce perivenular e edema das estruturas adjacentes, inferindo tromboflebite plantar (Figura 1). Foi realizada ultrassonografia suplementar, que mos-

trou material hipocogênico no interior da veia plantar lateral associado a ectasia e não compressibilidade do vaso, assim como ausência de fluxo ao estudo Doppler, achados que corroboravam a hipótese inicial (Figura 2). A paciente recebeu alta hospitalar com orientações de repouso e tratamento com anti-inflamatórios não esteroidais (AINES), apresentando melhora dos sintomas no acompanhamento ambulatorial.

Tromboflebite plantar (TFP) é uma condição rara<sup>(1)</sup>, havendo menos de 100 casos publicados atualmente<sup>(2)</sup>, caracterizada pela formação de trombo intraluminal nas veias plantares. Acomete preferencialmente mulheres com idade média de 58,2 anos<sup>(3)</sup>. A veia, geralmente trombosada, é a plantar lateral, acometida em 96% dos casos, seguida pela plantar média, em 41% das vezes<sup>(3)</sup>. São especulados diversos agentes causais, entre eles, traumas<sup>(4,5)</sup>, síndromes paraneoplásicas<sup>(6,7)</sup>, estado pós-cirúrgico<sup>(4,7)</sup>, trombofilias<sup>(2,6)</sup>, uso de anticoncepcionais<sup>(2,4)</sup>, imobilização<sup>(5,6)</sup> e infecção pelo HIV<sup>(7)</sup>. Contudo, a maioria dos casos é classificada como idiopática<sup>(2)</sup>.

**Figura 1. A:** Sequência DP com saturação da gordura demonstrando espessamento parietal da veia plantar lateral, associado a edema perivascular (seta). **B,C:** Sequência T1 pós-injeção de contraste mostrando falha de enchimento endoluminal e realce perivascular (cabeças de setas).



**Figura 2.** Ultrassonografia da região plantar mostrando material hipocogênico no interior da veia plantar lateral, associado a ectasia e não compressibilidade do vaso, assim como ausência de fluxo ao estudo Doppler.

Os sinais e sintomas cardinais de TFP são a dor plantar<sup>(1-3)</sup> de início recente<sup>(7,8)</sup> e o edema local, com apresentação tipicamente unilateral<sup>(1)</sup>, associados a limitação da deambulação<sup>(2)</sup>.

Como a lista de diagnósticos diferenciais é vasta, os métodos de diagnóstico por imagem tornam-se uma ferramenta útil na correta caracterização da doença.

A ultrassonografia é considerada o principal método no diagnóstico da TFP<sup>(1,3)</sup>, demonstrando conteúdo venoso hipocóico<sup>(2,6)</sup> associado a ectasia<sup>(2,5,6)</sup>, perda da compressibilidade vascular<sup>(2,4)</sup> e ausência de fluxo ao estudo Doppler<sup>(2,6)</sup>. Entretanto, as veias plantares são negligenciadas no exame de rotina<sup>(1,2,4)</sup>, o que pode explicar a baixa taxa de diagnóstico da doença.

A RM tem ganhado destaque, pois, além de fazer o diagnóstico de TFP, consegue excluir outras possíveis causas de dor plantar<sup>(2)</sup>. Tem como achados principais a caracterização de falha de enchimento intraluminal das veias plantares<sup>(2,4,6)</sup>, associada a edema<sup>(5,6)</sup> e realce perivenular<sup>(5)</sup>. Esses achados foram encontrados em 100% dos casos, em um dos maiores estudos versando sobre o tema<sup>(5)</sup>. Em contrapartida, somente em 2008 foi descrito o primeiro caso de TFP diagnosticado pela RM<sup>(9)</sup>.

A TFP não possui tratamento definido<sup>(1,3)</sup>, havendo a possibilidade de uso de anticoagulação<sup>(1-4,6)</sup>, AINES<sup>(1,3,6)</sup>, meias elásticas<sup>(3,6)</sup> e repouso<sup>(6)</sup>. Todavia, as terapias têm mostrado resultados semelhantes.

As complicações mais importantes da TFP são a progressão da trombose para as veias profundas da perna<sup>(7)</sup> e a ocorrência de tromboembolismo pulmonar<sup>(1)</sup>.

Dentre os diagnósticos diferenciais da TFP, podemos destacar: fasciite plantar<sup>(2,4,5)</sup>, afecções tendíneas<sup>(3,5)</sup>, bursites<sup>(5)</sup>, neuroma de Morton<sup>(4,5)</sup>, fraturas de estresse<sup>(2,4,5)</sup>, sesamoidite<sup>(5)</sup> e cistos gangliônicos<sup>(5)</sup>. Não há descrição de óbito relacionado à TFP.

REFERÊNCIAS

1. Barros M, Nascimento I, Barros T, et al. Plantar vein thrombosis and pulmonary embolism. *Phlebology*. 2015;30:66-9.
2. Bruetman JE, Andrews JA, Finn BC, et al. Plantar vein thrombosis as a cause of local pain. *Medicina (B Aires)*. 2014;74:87-8.
3. Czihal M, Röling J, Rademacher A, et al. Clinical characteristics and course of plantar vein thrombosis: a series of 22 cases. *Phlebology*. 2014. [Epub ahead of print].

4. Karam L, Tabet G, Nakad J, et al. Spontaneous plantar vein thrombosis: state of the art. *Phlebology*. 2013;28:432-7.
5. Miranda FC, Carneiro RD, Longo CH, et al. Tromboflebite plantar: achados em ressonância magnética. *Rev Bras Ortop*. 2012;47:765-9.
6. Geiger C, Rademacher A, Chappell D, et al. Plantar vein thrombosis due to busy night duty on intensive care unit. *Clin Appl Thromb Hemost*. 2011;17:232-4.
7. Barros MV, Labropoulos N. Plantar vein thrombosis – evaluation by ultrasound and clinical outcome. *Angiology*. 2010;61:82-5.
8. Bernathova M, Bein E, Bendix N, et al. Sonographic diagnosis of plantar vein thrombosis: report of 3 cases. *J Ultrasound Med*. 2005;24:101-3.
9. Siegal DS, Wu JS, Brennan DD, et al. Plantar vein thrombosis: a rare cause of plantar foot pain. *Skeletal Radiol*. 2008;37:267-9.

**Maurício Fabro<sup>1</sup>, Sara Raquel Madalosso Fabro<sup>1</sup>, Rafael Santiago Oliveira Sales<sup>1</sup>, Cesar Augusto Machado<sup>1</sup>, Gustavo Lopes de Araújo<sup>1</sup>**

1. Hospital Santa Catarina de Blumenau, Blumenau, SC, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Maurício Fabro. Rua Tobias Barreto, 266, ap. 304, Vila Nova. Blumenau, SC, Brasil, 89035-070. E-mail: mauriciofabro@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0075>

**Neoplasia pulmonar simulando bola fúngica**

*Pulmonary neoplasia mimicking fungus ball*

Sr. Editor,

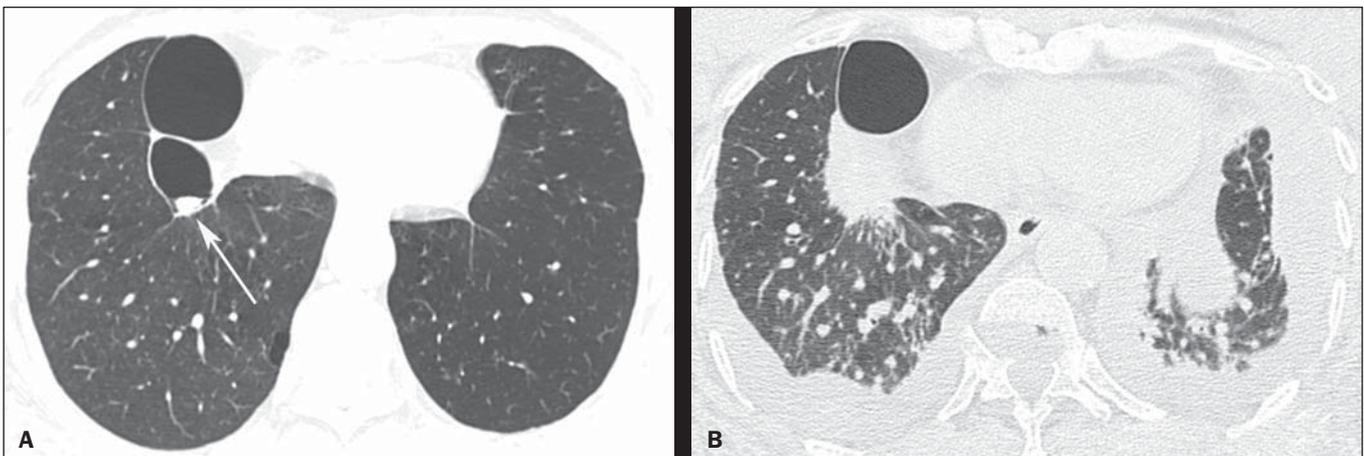
Relatamos o caso de um homem de 74 anos, tabagista de 80 maços/ano, com história de tuberculose pulmonar há 50 anos. Há dois anos realizou tomografia computadorizada de tórax, que mostrou enfisema centrolobular e parasseptal, além de formações bolhosas esparsas, com destaque para a maior, no lobo inferior direito, que apresentava pequena formação nodular em seu interior, medindo cerca de 0,8 cm de diâmetro (Figura 1A).

O paciente não retornou, e dois anos depois apresentou quadro de dispneia progressiva que teve início há dois meses, acompanhada de tosse, emagrecimento e dor no terço inferior do hemitórax direito. Foi realizada nova tomografia computadorizada de tórax, que mostrou massa com densidade de partes moles e contornos espiculados, adjacente à porção posterior da maior formação bolhosa, ocupando totalmente a bolha onde havia a imagem nodular no exame anterior (Figura 1B). Havia também espessamento intersticial, sugestivo de linfangite carcinomatosa, além de derrame pleural bilateral.

Biópsia de pericárdio e citologia do derrame pleural revelaram adenocarcinoma, sendo levantada a hipótese diagnóstica de adenocarcinoma de pulmão com metástases para pleura e pericárdio. Foi iniciada quimioterapia com gemcitabina e carboplatina. O paciente apresentou piora do quadro respiratório e evoluiu para óbito dois meses após.

Câncer de pulmão frequentemente se apresenta sob a forma de nódulo ou massa pulmonar solitária<sup>(1,2)</sup>. Contudo, as formas de apresentação são muito variadas e alguns aspectos atípicos podem ser observados. Um deles é o crescimento a partir de uma formação cística preexistente, simulando bola fúngica. Assim, uma imagem cística que apresenta espessamento focal ou difuso em sua parede, evoluindo para formação nodular, deve incluir neoplasia pulmonar no seu diagnóstico diferencial<sup>(3)</sup>, especialmente quando o nódulo está aderido à parede e não se move quando o paciente muda de decúbito.

Outras afecções que podem apresentar aspecto de bola fúngica são os aneurismas de Rasmussen, cistos hidáticos, abscessos e hematomas intracavitários, além de doenças fúngicas propriamente ditas (aspergilose, nocardiose, actinomicose, candidíase, coccidioidomicose)<sup>(2,4)</sup>.



**Figura 1.** TCAR com corte ao nível das bases pulmonares (A) mostrando lesões bolhosas à direita, com pequena formação nodular medindo cerca de 0,8 cm de diâmetro no interior de uma das bolhas (seta). Em B, exame feito dois anos após, com corte na mesma região mostrando massa com densidade de partes moles e contornos espiculados, adjacente à porção posterior da maior formação bolhosa, ocupando totalmente a bolha onde havia a imagem nodular no exame anterior. Observar também espessamento intersticial, sugestivo de linfangite carcinomatosa, além de derrame pleural bilateral.