

## Doença cística da adventícia na veia basílica: relato de caso

### *Basilic vein cystic adventitial disease: case report*

Rafael Sampaio Vasconcelos<sup>1</sup>, Cesar Augusto Cherubim Filho<sup>1</sup>, Felipe Mavignier Pereira França<sup>1</sup>,  
Eduardo de Lucca D'allacqua<sup>1</sup>, Marcelo Bellini Dalio<sup>1</sup>, Edwaldo Edner Joviliano<sup>1</sup>

#### Resumo

A doença cística da adventícia é uma entidade rara que acomete principalmente a artéria poplítea. A ocorrência em veias é muito rara, e sua etiologia é desconhecida. Clinicamente, apresenta-se como isquemia, trombose ou dor a depender do território acometido. Apresentamos o caso de um paciente masculino jovem referindo nódulo no braço esquerdo. A angiorressonância magnética do membro mostrou lesão cística em contato com a veia basílica, com conteúdo homogêneo e sem realce pós-contraste. Foi realizada ressecção da lesão em bloco com o segmento venoso envolvido. O estudo anatomopatológico foi sugestivo de cisto de adventícia de veia basílica.

**Palavras-chave:** doença cística da adventícia; veia basílica; angiorressonância magnética.

#### Abstract

Cystic adventitial disease is a rare entity that most often involves the popliteal artery. It rarely occurs in veins. Its etiology is unknown. Clinically, it presents with ischemia, thrombosis or pain, depending on the vessel affected. Here we present the case of a young male with a nodule in the left arm. Magnetic resonance angiography showed a cystic lesion in contact with the basilic vein, with homogenous content without post-contrast enhancement. The lesion was resected *en bloc* together with the venous segment involved. The results of microscopic analysis were suggestive of basilic vein cystic adventitial disease.

**Keywords:** cystic adventitial disease; basilic vein; magnetic resonance angiography.

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo – USP, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Hospital das Clínicas, Departamento de Cirurgia e Anatomia, Divisão de Cirurgia Vascular e Endovascular, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Fonte de financiamento: Este estudo recebeu financiamento parcial da Fundação FAEPA.

Conflito de interesse: Os autores declararam não haver conflitos de interesse que precisam ser informados.

Submetido em: Maio 06, 2016. Aceito em: Junho 25, 2016.

O estudo foi realizado na Divisão de Cirurgia Vascular e Endovascular, Departamento de Cirurgia e Anatomia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A doença cística da adventícia é uma entidade rara<sup>1</sup> que se caracteriza por degeneração cística da camada adventícia, com presença de conteúdo mucoide<sup>2,3</sup>. A maioria dos relatos na literatura descreve casos em artérias<sup>4,5</sup>. Em veias, a doença cística da adventícia é extremamente rara<sup>1</sup>. Não encontramos relatos de casos de doença cística da adventícia em veias do membro superior. O objetivo deste artigo é relatar um caso raro de doença cística da adventícia em veia basilíca tratado com sucesso por ressecção da lesão em bloco com segmento venoso acometido. O paciente autorizou a publicação do caso por meio de termo de consentimento informado.

## DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente masculino, 34 anos, branco, relatava abaulamento na face medial do braço esquerdo com dois anos de evolução. Procurou assistência em

serviço de assistência primária, onde foi levantada a hipótese de lipoma de tecido celular subcutâneo e realizada tentativa de ressecção sob anestesia local. Durante o procedimento, foi observada íntima relação da lesão com a veia basilíca. Optou-se então por abortar o procedimento e encaminhar o paciente ao nosso serviço. Na consulta inicial, referia dor local. Ao exame físico, apresentava nódulo bem delimitado de consistência fibroelástica de aproximadamente 2,5 x 3,0 cm na face medial do braço esquerdo, com dor leve à palpação e sem sinais flogísticos (Figura 1a). Apresentava cicatriz da incisão prévia com bom aspecto. Realizamos a investigação com angiorressonância magnética do membro superior, que evidenciou lesão cística em contato com a parede da veia basilíca, causando compressão do vaso. A lesão tinha paredes lisas, conteúdo homogêneo e sem realce pós-contraste (Figura 2). Não havia trombose da veia basilíca, e as demais veias do membro estavam bem contrastadas.

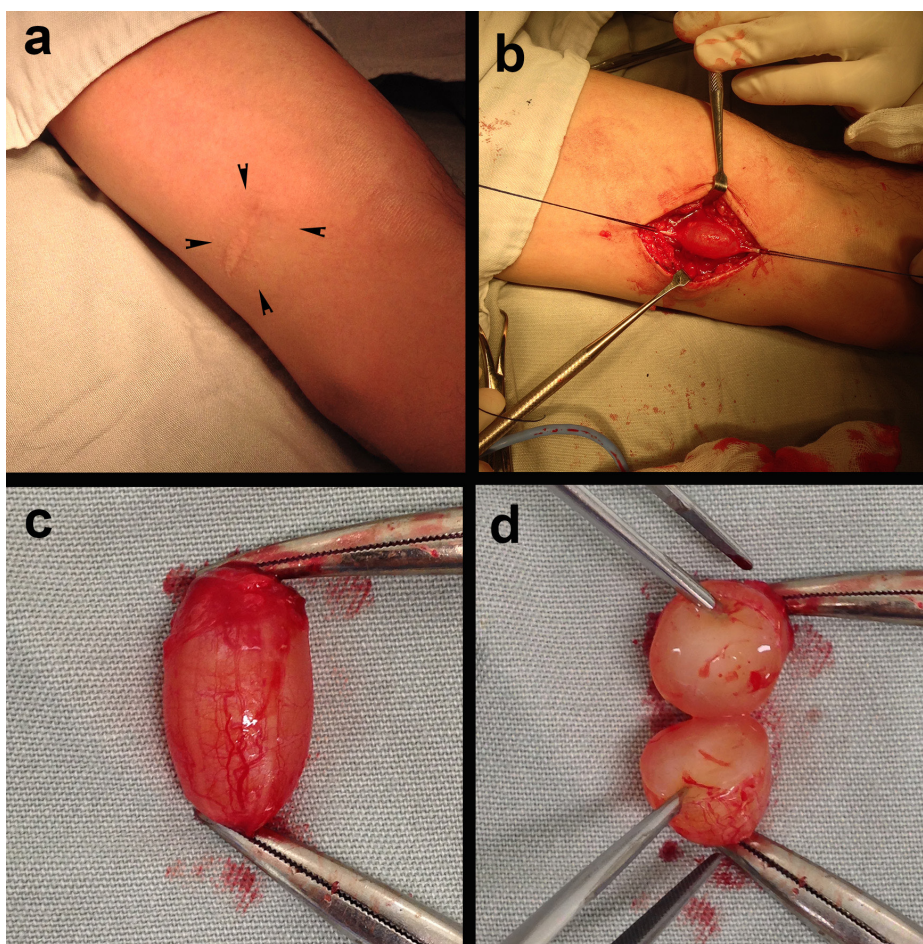
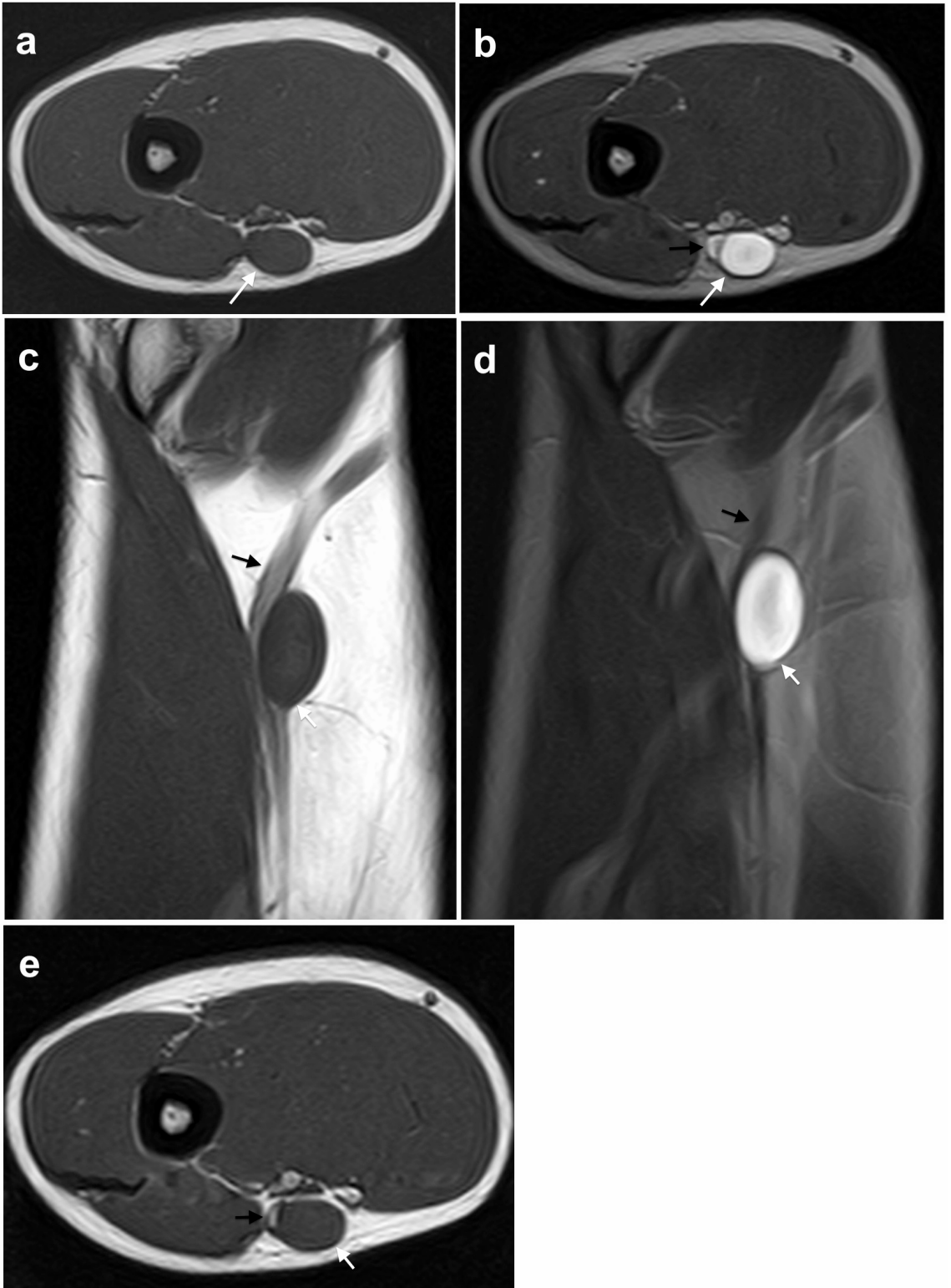


Figura 1. Imagens mostrando aspecto pré-operatório (a); lesão cística dissecada e firmemente aderida à veia basilíca, que foi reparada com fios de algodão (b); lesão ressecada (c) e lesão seccionada evidenciando seu conteúdo (d).



**Figura 2.** Angiorressonância magnética do membro superior esquerdo evidenciando lesão cística de paredes lisas e conteúdo homogêneo (setas brancas) adjacente e em contato com a parede da veia basílica (setas pretas), em cortes axial T1 (a), axial T2 (b), coronal T1 (c) e coronal T2 (d). As imagens obtidas após a administração de contraste em cortes coronal T1 (c) e axial T1 (e) não mostraram realce da lesão.

O paciente foi submetido a abordagem cirúrgica com dissecação da lesão e controle da veia basílica. O cisto apresentava pouca aderência aos planos adjacentes e estava intimamente relacionado à veia basílica, sem plano de clivagem entre a lesão e a veia (Figura 1b). Optou-se pela ressecção da lesão juntamente com o seguimento de veia basílica envolvido. Os cotos da veia basílica foram tratados com ligadura simples. O estudo anatomopatológico macroscópico evidenciou cisto de paredes finas, formado por tecido conjuntivo denso e preenchido por material colóide (Figuras 2c e 2d). A análise microscópica revelou conteúdo paucicelular formado por fibroblastos maduros e sem atípicas, fibras frouxas de tecido conjuntivo e capilares esparsos. Esses achados confirmaram a hipótese de cisto de camada adventícia da veia basílica. O paciente evoluiu sem queixas e complicações.

## ■ DISCUSSÃO

A doença cística da adventícia é uma entidade rara e de etiologia desconhecida<sup>1</sup>. Quatro teorias tentam explicar sua origem: teoria ganglionar (células sinoviais implantadas na adventícia), teoria traumática (degeneração devido a traumas locais), teoria do desenvolvimento (implantes durante embriogênese) e teoria da doença sistêmica (secundária a doença sistêmica do tecido conjuntivo)<sup>1,6</sup>. A maioria dos relatos na literatura descreve casos em artérias<sup>4</sup>. Em veias, a doença cística da adventícia é extremamente rara<sup>6,7</sup>. Francis et al. descreveram três casos envolvendo veias da região ilíaco-femoral, onde ela é mais comumente encontrada<sup>8</sup>. Numa revisão recente de Desy & Spinner, nenhum relato de caso dessa condição foi descrito em veias dos membros superiores<sup>1</sup>. Devido a essa raridade, sua suspeita clínica é geralmente tardia.

A apresentação clínica dessa condição é variável e depende do território acometido<sup>9-12</sup>. Em artérias, ela pode se manifestar clinicamente como um quadro de isquemia de membro ou dor por compressão local<sup>13</sup>. Em veias, manifesta-se como dor local ou trombose venosa<sup>7</sup>. Como no presente caso, pode ser confundida com causas mais comuns de nódulos no tecido subcutâneo, como lipoma, adenomegalia, cisto sebáceo e fibroma<sup>1</sup>. A suspeita diagnóstica da doença cística da adventícia em veias deve ser considerada em lesões nodulares na topografia de trajetos venosos. A confirmação diagnóstica geralmente requer um exame de imagem. A ultrassonografia, devido ao baixo custo, alta disponibilidade e não necessidade de uso de contraste injetável, é geralmente o primeiro exame a ser realizado. A lesão aparece como nódulo bem definido, de conteúdo anecoide. A angiotomografia computadorizada permite adequada visualização da lesão, mas tem alto custo, necessita de injeção de

contraste e emite radiação ionizante. A angiorressonância magnética é o estudo que demonstra melhor definição dos planos anatômicos, ajuda no planejamento cirúrgico e permite diagnóstico diferencial com cisto articular<sup>1</sup>. No entanto, também apresenta alto custo e requer infusão de gadolínio como meio de contraste. No presente caso, optamos pela angiorressonância magnética devido às vantagens acima descritas.

As opções de tratamento incluem seguimento clínico, aspiração percutânea guiada por imagem, angioplastia com e sem stent, ressecção simples do cisto e ressecção do cisto com reconstrução vascular<sup>1,14</sup>. Em revisão recente, Desy & Spinner descreveram que a modalidade terapêutica mais utilizada é a ressecção da lesão, com ou sem ressecção em bloco de vaso acometido<sup>1</sup>. Descreveram também que após a ressecção, deve ser avaliada a necessidade de realizar reconstrução vascular com veia autóloga ou material sintético. No presente caso, como o paciente apresentava sintomas de compressão local, foi proposta a ressecção da lesão. Durante o procedimento, foi observado que os planos anatômicos se apresentavam bem definidos, possibilitando a dissecação sem dificuldade. No entanto, devido a sua íntima relação com a veia basílica, não foi possível a ressecção individual do cisto. Como o paciente apresentava perviedade do sistema venoso superficial e profundo no membro, optamos pela ressecção em bloco, juntamente com a veia basílica. Como há geralmente grande reserva funcional na drenagem venosa do membro superior, a veia basílica pode ser ressecada sem causar sequelas. Outra modalidade terapêutica descrita é a aspiração do conteúdo do cisto guiada por ultrassonografia<sup>15</sup>. Esse método terapêutico tem a vantagem de ser menos invasivo, mas não se aplica a todos os casos. O conteúdo do cisto é geralmente espesso e nem sempre pode ser aspirado com agulha<sup>16</sup>. O tratamento endovascular não tem se mostrado efetivo nessa afecção<sup>17</sup>, e não encontramos relatos dessa modalidade de tratamento em veias.

## ■ CONCLUSÃO

A doença cística da adventícia na veia basílica é uma condição rara que se apresenta como nódulo na região medial do braço. Deve ser considerada no diagnóstico diferencial de lesões nodulares nessa região. A ressecção da lesão em bloco, juntamente com a veia basílica, apresentou bom resultado.

## ■ REFERÊNCIAS

1. Desy NM, Spinner RJ. The etiology and management of cystic adventitial disease. *J Vasc Surg.* 2014;60(1):235-45. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2014.04.014>.

2. Wu X, Jiang B, Lun Y, et al. Venous occlusion due to cystic adventitial degeneration of the common femoral vein. *Vasa*. 2013;42(6):461-4. <http://dx.doi.org/10.1024/0301-1526/a000318>. PMID:24220125.
3. Chen Y, Sun R, Shao J, Li Y, Liu C. A contemporary review of venous adventitial cystic disease and three case reports. *Phlebology*. 2015;30(1):11-6. <http://dx.doi.org/10.1177/0268355513516948>. PMID:24357449.
4. Lejay A, Ohana M, Delay C, et al. Cystic adventitial pathology as an entity in peripheral arterial disease. *J Cardiovasc Surg*. 2016;57(2):282-91. PMID:26471959.
5. Nasser M, Pivetta LGA, Teixeira JL Fo, Rocha ES, Botta AE. Critical limb ischemia in a young patient with cystic disease of the popliteal artery. *J Vasc Bras*. 2012;11(2):144-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1677-54492012000200012>.
6. Jones DW, Rezayat C, Winchester P, Karwowski JK. Adventitial cystic disease of the femoral vein in a 5-year-old boy mimicking deep venous thrombosis. *J Vasc Surg*. 2012;55(2):522-4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2011.06.117>. PMID:21917399.
7. Kim YK, Chun HJ, Hwang JK, et al. Adventitial cystic disease of the common femoral vein presenting as deep vein thrombosis. *Asian J Surg*. 2013;23:1-4. PMID:23978427.
8. Dix FP, McDonald M, Obomighie J, et al. Cystic adventitial disease of the femoral vein presenting as deep vein thrombosis: A case report and review of the literature. *J Vasc Surg*. 2006;44(4):871-4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2006.05.034>. PMID:17012010.
9. Morizumi S, Suematsu Y, Gon S, Shimizu T, Iwai T. Adventitial cystic disease of the femoral vein. *Ann Vasc Surg*. 2010;24(8):1135.e5-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avsg.2010.03.007>. PMID:20599347.
10. Albernaz DTS, Albernaz LFL, Eggers EE. Doença cística da artéria poplítea: relato de caso. *J Vasc Bras*. 2010;9(3):168-72. <http://dx.doi.org/10.1590/S1677-54492010000300013>.
11. Carrilho C, Mesquita A. Doença cística da adventícia da artéria poplítea: diagnóstico e tratamento – a propósito de um caso clínico. *Angiol e Cir Vasc*. 2013;9(1):1-4.
12. Romiti M, Silvano D. Microembolia por degeneração cística da adventícia da artéria poplítea. *Cir Vasc e Angiol*. 1991;7(1):14-6.
13. Scott MF, Gavin T, Levin S. Venous cystic adventitial disease presenting as an enlarging groin mass. *Ann Vasc Surg*. 2014;28(2):489.e15-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avsg.2013.04.019>. PMID:24075153.
14. Johnson JM, Kiankhooy A, Bertges DJ, Morris CS. Percutaneous image-guided aspiration and sclerosis of adventitial cystic disease of the femoral vein. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2009;32(4):812-6. <http://dx.doi.org/10.1007/s00270-009-9581-z>. PMID:19449068.
15. Kauffman P, Kuzniec S, Sacilotto R, Teivelis MP, Wolosker N, Tachibana A. Doença cística adventicial da artéria poplítea: causa infrequente de claudicação intermitente. *Einstein*. 2014;12(3):358-60. <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082014RC2818>. PMID:25167336.
16. Keo HH, Baumgartner I, Schmidli J, Do D-D. Sustained remission 11 years after percutaneous ultrasound-guided aspiration for cystic adventitial degeneration in the popliteal artery. *J Endovasc Ther*. 2007;14(2):264-5. [http://dx.doi.org/10.1583/1545-1550\(2007\)14\[264:SR YAPU\]2.0.CO;2](http://dx.doi.org/10.1583/1545-1550(2007)14[264:SR YAPU]2.0.CO;2). PMID:17484540.
17. Rai S, Davies RSM, Vohra RK. Failure of endovascular stenting for popliteal cystic disease. *Ann Vasc Surg*. 2009;23(3):410.e1-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avsg.2008.01.014>. PMID:18513486.

---

**Correspondência**

Rafael Sampaio Vasconcelos  
 Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto  
 Departamento de Cirurgia e Anatomia  
 Av. Bandeirantes, 3900  
 CEP 14040-900 - Ribeirão Preto (SP), Brasil  
 Tel.: (16) 3602-2593 / (85) 99925-2120  
 E-mail: rafaelvasconcelos@yahoo.com.br

**Informações sobre os autores**

RSV, CACF, FMPF e EDLD - Médicos residentes do 5º ano de Cirurgia, Divisão de Cirurgia Vascul e Endovascular, Departamento de Cirurgia e Anatomia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP).  
 MBD - Médico assistente, Divisão de Cirurgia Vascul e Endovascular, Departamento de Cirurgia e Anatomia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP).

EEJ - Professor associado e chefe do serviço, Divisão de Cirurgia Vascul e Endovascular, Departamento de Cirurgia e Anatomia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP).

**Contribuição dos autores**

Concepção e desenho do estudo: RSV, MBD  
 Análise e interpretação dos dados: RSV  
 Coleta de dados: CACF, FMPF, EDLD  
 Redação do artigo: RSV, MBD  
 Revisão crítica do texto: EEJ  
 Aprovação final do artigo\*: RSV, CACF, FMPF, EDLD, MBD, EEJ  
 Análise estatística: N/A.  
 Responsabilidade geral pelo estudo: RVS

\*Todos os autores leram e aprovaram a versão final submetida ao *J Vasc Bras*.