

Síndrome de Paget-Schroetter

Cláudio Antonio Ramos Moraes^{1,2}, Alexandre D. Azmus^{1,2}, Ricardo José Medeiros Fossati², Paulo Antonio Westphalen², Luiz Paulo de Castro Giampaoli²

Paciente do sexo masculino, 15 anos de idade, apresentou-se ao pronto-socorro com queixa de início abrupto de dor e edema em membro superior direito. Com a suspeita clínica de trombose venosa profunda do território subclávio-axilar, foi realizada venografia, que confirmou o diagnóstico clínico (Figura 1). Exames laboratoriais afastaram as trombofilias. Anticoagulação com heparina endovenosa foi iniciada com melhora clínica, porém o paciente permaneceu com empastamento muscular e redução de força. Optou-se, então, por instituir terapia trombolítica com estreptoquinase, na dose de 1,5 milhão UI, por via intravenosa. O paciente evoluiu com melhora significativa do empastamento muscular e do edema de membro superior, recebendo alta em regime de anticoagulação oral com warfarina, 14 dias após.



Figura 1 - Venografia em posição ântero-posterior demonstrando estreitamento do segmento venoso subclávio-axilar direito.

A trombose aguda do segmento venoso subclávio-axilar junto do trajeto entre a clavícula e a primeira costela constitui a síndrome de Paget-Schroetter, também conhecida por trombose de esforço, por estar associada a atividade física repetitiva com braços, afetando frequentemente jovens atletas. Pode evoluir para um estágio crônico com modificações fibróticas da veia e disfunção motora do membro afetado. Embolia pulmonar ou paradoxal também são possibilidades já relatadas.

As alternativas para o tratamento são controversas. A vantagem da utilização dos trombolíticos tem sido discutida recentemente. Quando administrados precocemente – até 14 dias do evento inicial – poderiam favorecer a recanalização. Tem sido preconizada a administração local de um trombolítico fibrinosspecífico por cateter, implantado sob fluoroscopia, associada à realização da venografia oito a doze horas após. A heparina adjunta é utilizada na dose de 500 UI/hora durante a infusão do trombolítico. Havendo a diminuição do trombo, avalia-se a extensão da lesão residual intraluminal e retira-se o cateter.

A abordagem após o trombolítico é ainda mais controversa. Existem quatro possibilidades. A primeira limita-se à anticoagulação oral por oito semanas. A segunda inclui a decompressão por meio da remoção transaxilar da primeira costela, quando não há a resolução completa da obstrução vascular. A terceira refere-se à angioplastia com balão e/ou stent, como tratamento adjunto em pacientes que se submetem à remoção da primeira costela. Por último, a decompressão cirúrgica seguida de alargamento da veia com colocação de um *patch* no segmento estreitado tem sido a abordagem mais recomendada, baseada nos resultados das grandes séries de casos. A anticoagulação oral também é mantida por pelo menos oito semanas nos pacientes tratados cirurgicamente.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declararam inexistência de conflito de interesses.

¹ Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul/FUC – Porto Alegre, RS, Brasil.

² Hospital Nossa Senhora Conceição – Porto Alegre, RS, Brasil.

Correspondência: Alexandre D. Azmus. Av. Princesa Isabel, 370 – Santana – Porto Alegre, RS, Brasil – CEP 90620-001

E-mail: editoracao-pc@cardiologia.org.br

Recebido em: 28/8/2008 • Aceito em: 4/3/2009