

Flebolitos: uma causa rara de sintomas em doentes com malformações venosas

Autores: P. Albino, G. Sobrinho, D. Gonçalves, N. Meireles

Instituição: Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital Pulido Valente, Lisboa
Artigo publicado na Revista Portuguesa de Cirurgia Cardio-Torácica e Vascular
Vol. XIII - Nº 2 - Abr/Jun 2006 - Pág. 99-102

CADERNO DE PORTUGAL

RESUMO

Os flebolitos são lesões raras que podem aparecer em todas as partes do corpo (cabeça, maxila, pélvis, extremidades) e frequentemente manifestam-se com um sinal radiológico, sem expressão sintomatológica. Contudo, em casos raros, podem ser responsáveis por dor e incapacidade funcional, principalmente nas extremidades, quando estão relacionados com malformações venosas congénitas. Os autores descrevem dois casos de jovens com malformações venosas dos membros superiores nos quais o quadro algico estava relacionado com a existência de flebolitos. O diagnóstico foi feito pelo exame radiológico e pelo despertar de dor à mobilização das lesões. A excisão cirúrgica destas lesões levou ao desaparecimento da sintomatologia e a sua análise química mostrou que o componente mais importante era o fosfato tricálcico.

Os autores terminam desenvolvendo hipóteses para o aparecimento desta peculiar forma de complicação da doença venosa.

Introdução

Os flebolitos são calcificações arredondadas que ocorrem em veias normais ou nos sinusóides de malformações de predomínio venoso, envolvendo por vezes os tecidos subjacentes.

Normalmente não são mais do que um achado radiológico, não causando qualquer sintomatologia. Caracterizam-se por imagens ovaladas que aparecem em qualquer parte do corpo (cabeça, maxila, pélvis e extremidades) e que, dado o seu contorno, tem aspectos imagiológicos típicos sendo comparáveis a uma "cebola".

Contudo, em situações raras, podem ser responsáveis por dor e incapacidade funcional marcada, especialmente nos membros superiores, podendo implicar mesmo uma cirurgia urgente.

Os autores, nos últimos 18 anos, observaram dois casos de flebolitos causadores de dor e incapacidade funcional, que passam a descrever de forma retrospectiva.

Caso nº 1

Doente de 15 anos de idade, do sexo feminino, que foi observada após ter sido orientada por outros colegas, nomeadamente de cirurgia plástica, por dor e incapacidade funcional marcada da mão direita. Desde muito nova que notava na área do punho uma mancha azulada que, cerca de dois anos antes de vir à consulta, tinha alterado o seu aspecto passando a um nódulo móvel localizado à mesma área, e que foi interpretado como sendo um quisto sinovial. Cerca de um mês antes de recorrer à nossa consulta e após um trauma "minor", desencadeou

um quadro de dor e de incapacidade funcional que lhe limitou os movimentos da mão e a fez recorrer por várias vezes ao Serviço de Urgência.

Ao exame clínico, tratava-se de uma jovem extremamente ansiosa, em que a palpação ligeira do referido nódulo causava uma dor marcada, que irradiava para os dedos. Essa dor, apesar de exacerbada com a mobilização, tinha um carácter constante e implicava o uso de analgesia, mesmo durante a noite. Não apresentava qualquer outra sintomatologia.

O RX simples do punho e mão mostrava a existência de uma imagem calcificada que se interpretou como correspondendo a um flebolito, pelo que se admitiu a existência de uma malformação venosa limitada, optando-se por uma atitude cirúrgica urgente dada a intensidade dolorosa e incómodo do quadro.

Sob anestesia geral e garrotagem do antebraço, procedeu-se a uma laboriosa ressecção de uma malformação venosa do punho, com a exereses de um flebolito gigante com cerca de 5 cm de diâmetro, que se encontrava no interior de uma das veias anómolos. (Figs. 1 e 2)

No pós-operatório imediato o quadro algico desapareceu e a doente recuperou a funcionalidade da mão. Foi reavaliada 15 anos, depois não apresentando recidiva da malformação nem qualquer outra sintomatologia.

Caso nº 2

Doente de 12 anos de idade do sexo masculino que foi enviado para avaliação de malformação venosa do membro superior esquerdo de tipo troncular e infiltrativo, (Fig. 3) que envolvia a mão, o antebraço e 1/3 do braço, que se tinha mantido assintomática até cerca de um



Figuras 1 e 2

mês antes do internamento, quando notou que pequenos nódulos móveis que apresentava desde alguns anos no antebraço, se tornaram extremamente dolorosos ao toque, provocando um quadro algico que se estendia à mão. O RX simples da região demonstrava a existência de múltiplos flebolitos no terço superior do antebraço e na região do cotovelo, cuja mobilização despertava dor. Decidiu-se assim proceder a um estudo flebográfico do membro (Fig. 4) (que revelou ausência de sistema venoso profundo a nível do antebraço e braço) e ao mesmo tempo realizar a exereses dos referidos nódulos. Cirurgicamente verificou-se a existência de flebolitos (Fig. 5) localizados dentro das veias anómolos que se enviou para análise histoquímica e se verificou tratar-se de nódulos predominantemente constituído por fosfato tricalcico $\text{Ca}_3(\text{PO}_4)_2$.

No pós-operatório imediato o quadro algico desapareceu e a observação decorridos sete meses não revelou qualquer recidiva.

Discussão

Os flebolitos aparecem disseminados por várias áreas do corpo e nos últimos anos têm sido poucos os trabalhos que a eles se têm dedicado, na medida em que só muito raramente poderão ser causadores de sintomatologia.

Contudo, são muito frequentes no decurso de malformações congénitas venosas ou mesmo de tumores cutâneos congénitos ou adquiridos.^{1, 4}

A sua localização poderá estar relacionada com o conteúdo de cálcio existente no corpo humano, tendo Tateyama e col.⁵ detectado em estudos anátomo-patológicos que este se encontra aumentado na aorta torácica, na artéria femoral, no disco articular da articulação temporo mandibular, nos discos intervertebrais, nalguns ligamentos do joelho, e não aumentado nas veias nomeadamente na veia jugular e na veia cava. Curiosamente encontra-se diminuído no calcâneo.

Contudo, os flebolitos aparecem preferencialmente na pélvis, provavelmente relacionados com os plexos venosas desta região, sendo muitas vezes difíceis de distinguir de cálculos renais. Arac e col.⁶, descreveram que em tomografia computadorizada com cortes finos de 3 mm, os flebolitos teriam uma radiolúcia interior diferente da observada nos cálculos, sendo assim fáceis de diagnosticar⁷.

Tal observação contrasta com o nosso achado químico de que a constituição fundamental dos flebolitos é o sulfato tricalcico, um composto que aparece também frequentemente na constituição dos cálculos renais, pelo que estamos muito mais de acordo com os trabalhos

de Kim e col.⁸ e de Traubici e col.⁹ que não acham que esta lucenia central possa servir de padrão diagnóstico.

O mecanismo fisiopatológico pelo qual se formam estas calcificações não se encontra bem definido, mas deve estar relacionado com os processos biológicos de calcificação dos vasos, sobretudo das artérias, assunto que tem estado em foco nos últimos tempos, dada a correlação existente entre estas calcificações e o aceleração do processo aterosclerótico, nomeadamente a nível coronário.¹⁰

Fukushima e col.¹¹, admitem que as calcificações arteriais estão intimamente relacionadas com as alterações hemodinâmicas existentes na circulação e com o stress a que são submetidos os vasos, pois só assim é possível explicar o carácter não uniforme destas, que são hoje consideradas, no adulto jovem, como um factor de agravamento da doença coronária¹².

Apesar da raridade dos quadros venosos puros¹³, é desde há longa data conhecida a calcificação das paredes dos enxertos coronários de veia safena que segundo Castagna e col.¹⁴ se localiza sobretudo na parede do vaso e não na placa e está intimamente relacionado com os enxertos de maior longevidade, em doentes diabéticos insulino dependentes e nos fumadores. A idade também parece ser um factor importante na ocorrência de calcificação arterial, como foi demonstrado pelos trabalhos de Allison e col.¹⁵.

Contudo, os flebolitos são calcificações intra venosas não aderentes às paredes dos vasos pelo que apesar de acharmos que haverá implicações hemodinâmicas e de stress vascular na sua formação, provavelmente são diferentes dos encontrados a nível da parede dos vasos.

Normalmente estes depósitos de cálcio estão relacionados com dilatações venosas onde existe marcada estase sanguínea que

levará à formação de um processo trombótico¹⁶ que através de um mecanismo desencadeador não explicado, leva a alterações nas relações cálcio-fósforo que originam este tipo de calcificação. É pois esta teoria do “trombo que calcifica” que mais facilmente poderá explicar os aspectos encontrados clinicamente nos flebolitos.

Que estes achados podem estar relacionados com quadros dolorosos sobretudo nas malformações venosas congénitas das extremidades, à semelhança de patologias idênticas¹⁷, tem sido referenciado, apesar de não tão claramente como o referimos neste trabalho. Lee¹⁸ numa revisão sobre a síndrome de Klippel Trenaunay refere que as causas de dor podem estar relacionadas com vários aspectos em que se destaca: 1) insuficiência venosa crónica, 2) celulite, 3) tromboflebite superficial, 4) trombose venosa profunda, 5) calcificação da malformação vascular, 6) dores de crescimento nas crianças, 7) malformações intra ósseas, 8) artrite, 9) dores neuropáticas.

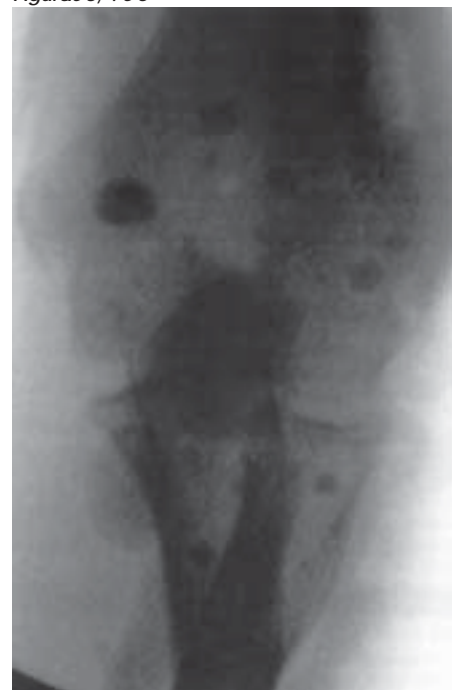
As calcificações podem ser observadas em praticamente todas as formas de malformações, muitas vezes relacionadas com o tecido conjuntivo e não com a componente vascular propriamente dita^{19,20}.

Preferimos o termo “malformações venosas” ao dos antigos síndromes, pois achamos mais correcto que a designação destas entidades seja feita através da classificação de Hamburgo²¹.

Pensamos pois que numa época em que o tratamento deste quadros clínicos tem sofrido alterações substanciais com o uso de técnicas endovasculares²², descrevemos neste artigo uma causa rara de dor das malformações venosas congénitas da extremidade superior mas que deve estar presente quando a observamos na medida em que poderá ser muito incapacitante e implicar a necessidade de uma cirurgia urgente.



Figuras 3, 4 e 5



Referências

- 1 – Chuang, C.C., H.C. Lin, and C.W. Huang, Submandibular cavernous hemangiomas with multiple phleboliths masquerading as sialolithiasis. J Chin Med Assoc, 2005. 68(9): p. 441-3.
- 2 – Kano, M., et al., A cavernous haemangioma of the thyroid gland. J Laryngol Otol, 2005. 119(10): p. 828-30.
- 3 – Di Blasi, A., et al., [Splenic hamartoma]. Pathologica, 2005. 97(3): p. 124-9.
- 4 – Varela Gutierrez, G., et al., [Cavernous hemangioma of the colon. Case report and review of the literature]. Rev Gastroenterol Mex, 2004. 69(2): p. 94-9.
- 5 – Tateyama, Y., et al., Correlations of calcium accumulations in arteries, veins, cartilages, ligaments, and bones in single humans. Boil Trace Elem Res, 2000. 74(3): p. 211-21.
- 6 – Arac, M., et al., Distinguishing pelvic phleboliths from distal ureteral calculi: thin-slice CT findings. Eur Radiol, 2005. 15(1): p. 65-70.
- 7 – Memarsadeghi, M., et al., Unenhanced multi-detector row CT in patients suspected of having urinary stone disease: effect of section width on diagnosis. Radiology, 2005. 235(2): p. 530-6.
- 8 – Kim, J.C., Central lucency of pelvic phleboliths: comparison of radiographs and noncontrast helical CT. Clin Imaging, 2001. 25(2): p. 122-5.
- 9 – Traubici, J., J.D. Neitlich, and R.C. Smith, Distinguishing pelvic phleboliths from distal ureteral stones on routine unenhanced helical CT: is there a radiolucent center? AJR Am J Roentgenol, 1999. 172(1): p. 13-7.
- 10 – Bellasi, A. and P. Raggi, Diagnostic and prognostic value of coronary artery calcium screening. Curr Opin Cardiol, 2005. 20(5): p. 375-80.
- 11 – Fukushima, S., T. Arali, and Y. Tohno, optical measurement of age-related calcification in human blood vessels. J Physiol Antropol Appl Human Sci, 2005. 24(4) : p. 493-6.
- 12 – Taylor, A.J., et al., Coronary calcium independently predicts incident premature coronary heart disease over measured cardiovascular risk factors: mean three-year outcomes in the Prospective Army Coronary Calcium (PACC) project. J Am Coll Cardiol, 2005. 46(5): p. 807-14.
- 13 – Kocakoc, E., et al., Splenic vein aneurysm with calcification of splenic and portal veins. J Clin Ultrasound, 2005. 33(5): p. 251-3.
- 14 – Castagna, M.T., et al., Incidence, location, magnitude, and clinical correlates of saphenous vein graft calcification: an

intravascular ultrasound and angiographic study. Circulation, 2005. 111(9): p. 1148-52.

- 15 – Allison, M.A. and C.M. Wright, Age and gender are the strongest clinical correlates of prevalent coronary calcification (R1). Int J Cardiol, 2005. 98(2): p. 325-30.
- 16 – Kahana, T. and J. Hiss, Suprapelvic and pelvic phleboliths-a reliable radiographic marker for positive identification. J Clin Forensic Med, 2002. 9(3): p. 115-8.
- 17 – G Marquardt, S Angles, M. Fouad, D. Leheta., V. Seifert, Median nerve compression caused by a venous aneurysm. J. Neurosurg., 2001. 94: p. 624-626.
- 18 – Lee, A., et al., Evaluation and management of pain in patients with Klippel-Trenaunay syndrome: a review. Pediatrics, 2005. 115(3): p. 744-9.

- 19 – Mentzel, H.J., et al., Early diagnosis of cerebral involvement in Sturge-Weber syndrome using high-resolution BOLD MR venography. Pediatr Radiol, 2005. 35(1): p. 85-90.
- 20 – Nakata, Y., A. Yagishita, and K. Tsuchiya, [Imaging of Sturge-Weber syndrome: cranial CT and MR findings]. Nippom Igaku Hoshasen Gakkai Zasshi, 2004. 64(4): p. 210-5.
- 21 – Belov, S., anatomopathological Classification of Congenital Vascular Defects. Seminars in Vascular Surgery, 1993. 6(4): p. 219-244.
- 22 – Lee, B.B., New approaches to the treatment of congenital vascular malformations (CVMs)-a single centre experience. Eur J Vasc Endovasc Surg, 2005. 30(2): p. 184-97.

MED

Shop

Produtos Médicos



medidores de glicose



cadeiras de rodas

- meias nacionais e importadas em vários modelos e tamanhos
- malhas p/queimados e linfedemas sob medida
- linha ortopédica
- material para diabéticos
- ataduras
- curativos e descartáveis.



bolsas de colostomia



entregamos em domicilio



Antitrombo



Panturilha



Meia-coxa

Venda e aluguel de muletas e cadeiras de rodas

Botafogo: Rua General Dionísio, 7 loja A/B
2535-2223 / 2537-0848

Centro: Rua do Ouvidor, 130 1º piso sobreloja
2508-8993 / 2507-0282 213/214

e-mail: medshop@medshop.com.br
 homepage: www.medshop.com.br