

Achado Incidental de Síndrome de Compressão da Veia Ilíaca

Incidental Finding of Iliac Vein Compression Syndrome

Marcelo Bellini Dalio¹, Milton Sérgio Bohatch Júnior¹, Tércio Ferreira de Oliveira¹, Maurício Serra Ribeiro¹, Edwaldo Edner Joviliano¹

Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto¹, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Mulher de 49 anos apresentou histórico progressivo de claudicação intermitente bilateral nas nádegas e panturrilha, atingindo uma distância de caminhada de 10 m. Era tabagista e tinha hipertensão. Não havia histórico de trombose venosa, edema de membros inferiores, veias varicosas nem sinais de doença venosa crônica. Ausência de pulsos femorais. A angiotomografia computadorizada evidenciou oclusão da aorta infra-renal com recanalização de ambas as artérias ilíacas. Curiosamente, a artéria ilíaca comum direita comprimida a veia ilíaca comum esquerda, que se encontrava aumentada (Figura 1). Observavam-se colaterais pélvicos dilatados à esquerda: veias uterinas e veia gonadal (Figura 2). Não havia compressão na veia renal esquerda.

A paciente foi submetida a um enxerto aorto-bi-ilíaco com Dacron, sem intercorrências. A veia ilíaca comum esquerda encontrava-se distendida e fortemente comprimida ao passar

por trás da artéria ilíaca comum direita (Figura 3). Como a paciente não apresentava sintomas venosos, a veia foi deixada intacta. O pós-operatório se deu sem intercorrências e a paciente não apresentou eventos trombóticos.

A síndrome de compressão da veia ilíaca, também conhecida como síndrome de May-Thurner ou síndrome de Cockett, é um quadro clínico no qual a veia ilíaca comum esquerda é comprimida pela artéria ilíaca comum direita contra as vértebras.¹ A compressão causa hiperplasia intimal, teias e esporas, podendo levar à trombose.² Três estágios clínicos foram descritos: I - assintomático; II - esporas sem trombose; e III - trombose.³

O diagnóstico requer a demonstração de um segmento venoso estenótico ou oclusivo na imagem. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética podem ajudar. A venografia tem sido usada como padrão-ouro.⁴ Recentemente, o ultrassom intravenoso apresentou melhora da sensibilidade



Figura 1 – Angiotomografia em corte coronal evidenciando oclusão da aorta infra-renal com recanalização de ambas as artérias ilíacas. A artéria ilíaca comum direita comprimida a veia ilíaca comum esquerda, que estava dilatada (seta preta).

Palavras-chave

Compressão da veia ilíaca; Síndrome de May-Thurner; Síndrome de Cockett; Doenças Assintomáticas.

Correspondência: Marcelo Bellini Dalio •

Av. Bandeirantes 3900, 9º andar, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. CEP: 14048900
E-mail: mbdalio@usp.br

Artigo recebido em 7/6/2021; revisado em 7/10/2021; aceito em 8/12/2021

DOI: 10.47593/2675-312X/20223501eabc225



Imagens



Figura 2 – Angiotomografia em corte coronal mostrando colaterais pélvicas dilatadas à esquerda: veias uterinas (seta branca) e veia gonadal (seta preta).

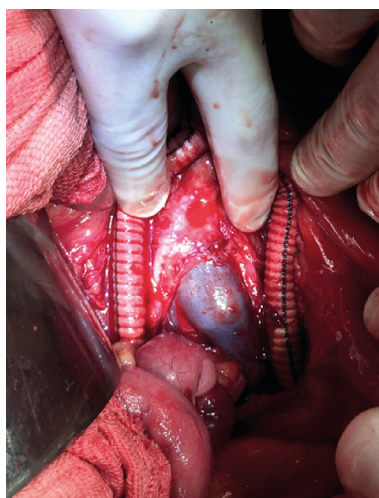


Figura 3 – Imagem intraoperatória de procedimento de enxerto aorto-bi-ilíaco. A veia ilíaca comum esquerda encontrava-se distendida e fortemente comprimida ao passar por trás da artéria ilíaca comum direita.

e vem sendo amplamente utilizado no diagnóstico.^{5,6} O tratamento não é recomendado para pacientes assintomáticos. Pacientes sintomáticos podem se beneficiar de stents autoexpansíveis.¹

No nosso caso, a compressão da veia ilíaca foi um achado de imagem incidental confirmado durante o procedimento realizado para tratar outro quadro clínico. A compressão da veia ilíaca é encontrada em cerca de 20% dos pacientes sem qualquer sintoma venoso.³ A paciente não recebeu nenhum tratamento específico além da profilaxia de rotina para trombose. Não recebeu anticoagulação terapêutica.

Este artigo está em concordância com o comitê de ética da instituição, e os consentimentos necessários foram obtidos. A paciente concordou com a publicação do caso e das imagens.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho do estudo: Dalio MB, Bohatch Júnior MS, Oliveira TF; Análise e interpretação dos dados: Dalio MB, Bohatch Júnior MS, Oliveira TF, Ribeiro MS, Joviliano EE; Coleta dos dados: Dalio MB, Bohatch Júnior MS, Oliveira TF; Redação do artigo: Dalio MB, Bohatch Júnior MS, Oliveira TF, Ribeiro MS, Joviliano EE; Revisão crítica do artigo: Dalio MB, Bohatch Júnior MS, Oliveira TF, Ribeiro MS, Joviliano EE; Aprovação final do artigo: Dalio MB, Bohatch Júnior MS, Oliveira TF, Ribeiro MS, Joviliano EE; Consentimento em se responsabilizar por todos os aspectos do trabalho: Dalio MB, Bohatch Júnior MS, Oliveira TF, Ribeiro MS, Joviliano EE

Conflito de interesses

Os autores declaram não terem conflitos de interesse.

Referências

1. Rehman ZU. May–Thurner and Paget–Schroetter Syndromes: A Review. *Ann Vasc Dis.* 2020;13:132–6.
2. Esposito A, Charisis N, Kantarovsky A, Uhl JF, Labropoulos N. A Comprehensive Review of the Pathophysiology and Clinical Importance of Iliac Vein Obstruction. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2020;60:118–25.
3. Kibbe MR, Ujiki M, Goodwin AL, Eskandari M, Yao J, Matsumura J. Iliac vein compression in an asymptomatic patient population. *J Vasc Surg.* 2004;39: 937–43.
4. Zucker EJ, Ganguli S, Ghoshhajra BB, Gupta R, Prabhakar AM. Imaging of venous compression syndromes. *Cardiovasc Diagn Ther.* 2016;6(6):519–32.
5. Knuttinen M-G, Naidu S, Oklu R, Kriegshauser S, Eversman W, Rotellini L, et al. May-Thurner: diagnosis and endovascular management. *Cardiovasc Diagn Ther.* 2017;7(Suppl 3):S159-S164.
6. Joh M, Desai KR. Treatment of Nonthrombotic Iliac Vein Lesions. *Semin Intervent Radiol.* 2021;38(2):155–9.