

Alda Tavares, Adriana Soares, Élia Cipriano, Marta Vilaça, Denise Magalhães, Diogo J. Silva, Fátima Braga, Alexandra Mesquita, Carlos Sottomayor
Serviço de Oncologia Médica, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

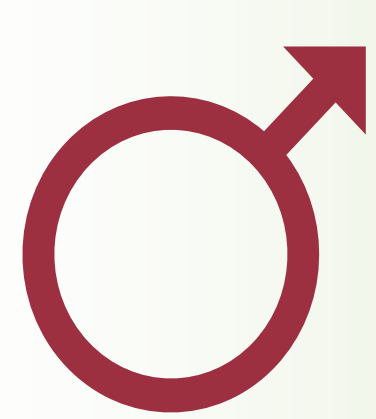


INTRODUÇÃO:

O tromboembolismo é a 2ª causa de morte em doentes oncológicos.

A presença de **cateter venoso central** (CVC) é fator de risco pró-trombótico, uma vez que tem impacto em cada uma das componentes da tríade de Virchow.

Material e Métodos: Descrição de um caso clínico com base no processo clínico.



55 anos

Obesidade (IMC 32,7 Kg/m²);
Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)

Fev/2018

Hemicolectomia direita (06.02): **adenocarcinoma do cólon**, estadio **pT4 N1b (estadio IIIB)**. Pós-operatório complicado com infeção da ferida operatória, condicionando internamento prolongado.
Colocado CVC de longa duração na veia cefálica direita (a 12.03) para início de quimioterapia (QT) adjuvante.

QT com: 5-fluoruracilo/leucovorina/oxaliplatino (**FOLFOX**) a 21.03.

Após 9 dias do início de QT recorre ao Serviço de Urgência (SU) por ...

odinofagia + febre

Assumida amigdalite aguda, e instituída antibioterapia empírica.

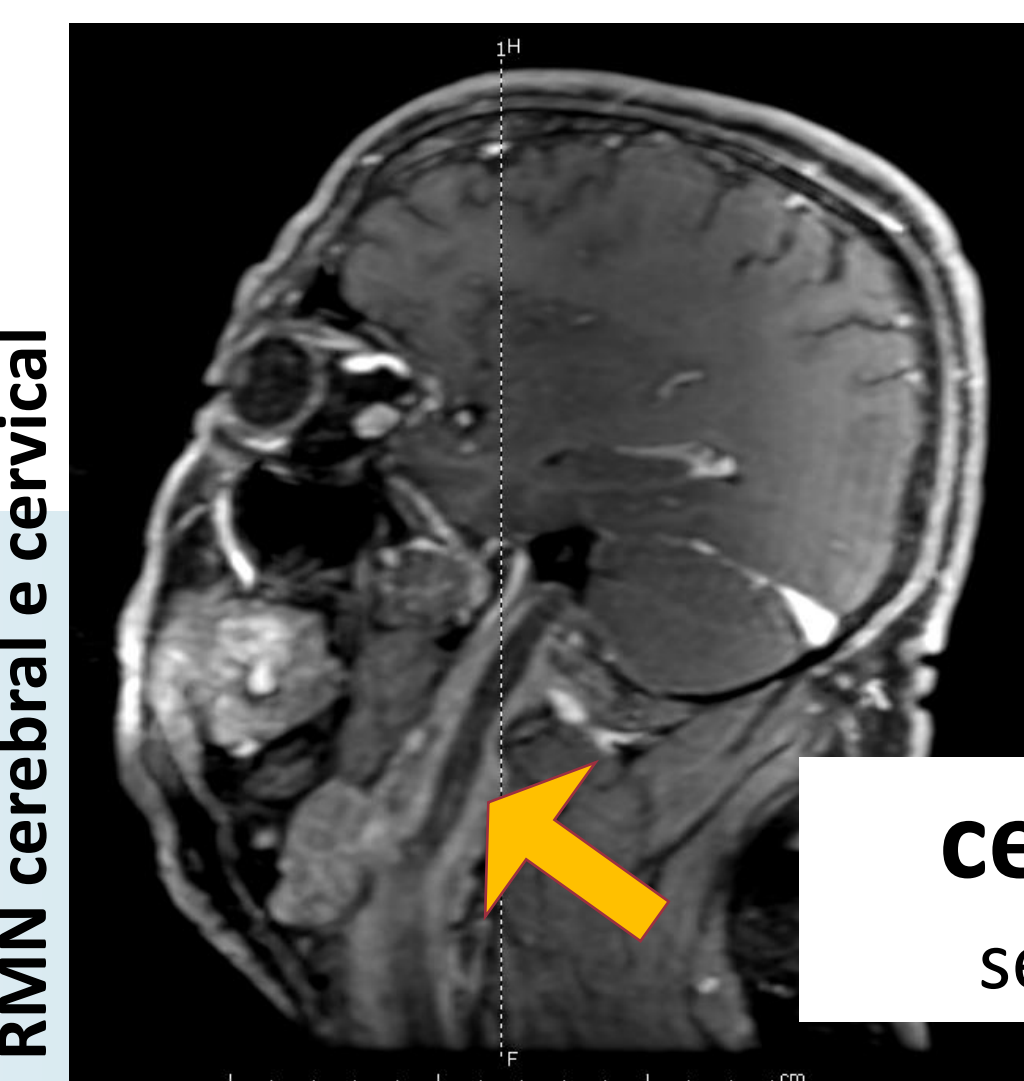
Regressou ao SU após 3 dias por...

edema cervical direito doloroso + odinofagia

Apresentava franco edema cervical direito, sem extensão para o membro superior direito, nem outros sinais inflamatórios presentes no local de colocação de CVC.

Ecodoppler dos vasos do pescoço: **trombose da veia jugular interna (VJI)** direita.

Teve alta medicado com **HBPM (enoxaparina)**.



Posterior...

cefaleia intensa occipital sem défices neurológicos focais

AngioTC cerebral e cervical: **trombose do seio sigmóide** direito com extensão para a VJI, não totalmente oclusiva. Processo inflamatório do tipo **fleimão perivascular** (notório na RMN cervical).

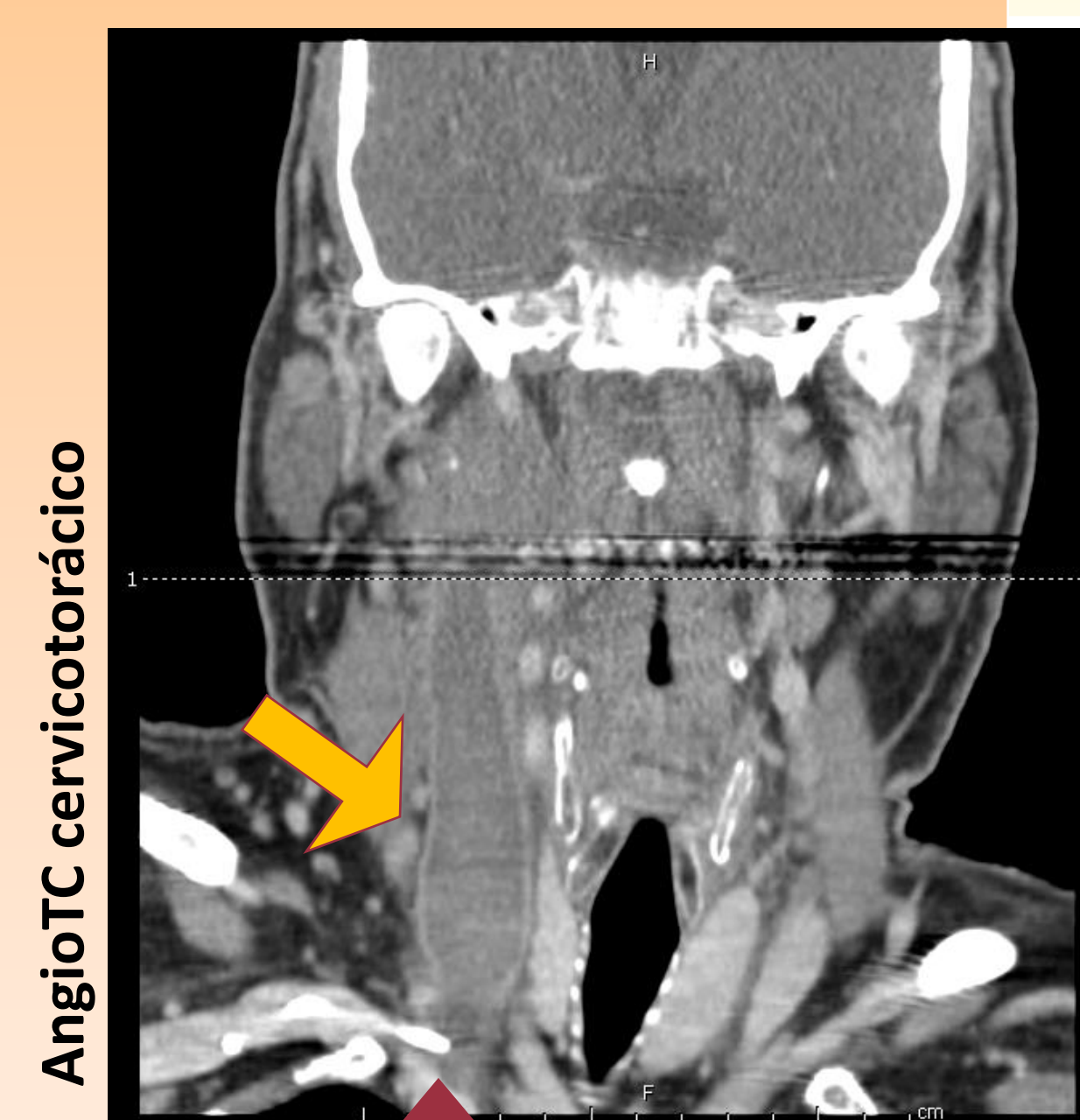
Otimizada hipocoagulação (segundo **doseamento anti-Xa**), com gradual resolução da sintomatologia.

Regressou ao SU por...

agravamento de edema, odinofagia e otalgia

AngioTC cervicotorácica: trombose da VJI direita sem lesões expansivas e/ou abscesso.

Por agravamento clínico, decidida **remoção de CVC** e manutenção da hipocoagulação.



CVC

Retomou QT adjuvante com Capecitabina/Oxaliplatino (**CAPOX**) com boa tolerância.

Cumpru 6 meses de tratamento, sem ocorrência de nenhum evento trombótico ou hemorrágico.

CONCLUSÕES:

Os autores retratam um caso real de um doente com adenocarcinoma do cólon, que após início de QT adjuvante desenvolve trombose da VJI com extensão ao seio sigmóide. O reconhecimento desta entidade nosológica exige **elevado grau de suspeição**, e o início da hipocoagulação com heparinas de baixo peso molecular (HBPM) segundo um esquema posológico adequado é determinante para o prognóstico. Contudo, perante agravamento clínico, após otimizada hipocoagulação com HBPM, a **remoção de CVC** está recomendada.

Referências Bibliográficas:

- Tait C, Baglin T, et al. *Guidelines on the investigation and management of venous thrombosis at unusual sites*. British Journal of Haematology, 2012, 159, 28–38. doi: 10.1111/j.1365-2141.2012.09249.x.
- Rajaskhar A, Streiff MB. *How I treat central venous access device-related upper extremity deep vein thrombosis*. Blood. 2017 May 18;129(20):2727-2736. doi: 10.1182/blood-2016-08-693671.
- Wall C., Moore J., Thachil J. *Catheter-related thrombosis: A practical approach*. J Intensive Care Soc. 2016 May;17(2):160-167. doi: 10.1177/1751143715618683.
- Sousa B, Furlanetto J, et al. *Central Venous access in oncology: ESMO Clinical Practice Guidelines*. Ann Oncol. 2015 Sep;26 Suppl 5:v152-68. doi: 10.1093/annonc/mdv296.