

1º Quiz Update Leaks

Doença venosa crónica, trombose venosa profunda
e síndrome pós trombótica

APRESENTADORES



Dra. Ana Botelho
Serviços Sociais CGD



Dr. Medina do Rosário
USF Villa Longa

Qual dos seguintes é o factor de risco mais importante para tromboembolismo venoso (TEV)?

1. Procedimento cirúrgico
2. Malignidade
3. Obesidade
4. Antecedentes de TVP prévia
5. Tenho dúvidas.

Comentário

Os doentes com antecedentes de TEV (Tromboembolismo Venoso) - Trombose Venosa Profunda (TVP) e/ou Embolia Pulmonar (EP) - estão sujeitos a elevado risco de recorrência, particularmente quando expostos a situações de alto risco, como cirurgia major, imobilização prolongada ou doença grave.¹

Num estudo observacional de 1231 doentes consecutivos com TEV, 19% tinham, pelo menos, um episódio anterior clinicamente identificado.²

Num estudo de caso controle, os doentes com história de TEV tiveram uma probabilidade oito vezes maior de virem a ter um novo episódio, durante o período de exposição a uma situação de alto risco, comparativamente com os doentes sem antecedentes de TVP ou EP.³

Bibliografia

1. Anderson FA, Spencer FA. Risk Factors for Venous Thromboembolism. *Circulation*. 2003;107:I-9-I-16.
2. Anderson FA, Wheeler HB. Physician practices in the management of venous thromboembolism: a community-wide survey. *J Vasc Surg*. 1992;16:707-714.
3. Samama MM. Epidemiology of risk factors of deep venous thrombosis (DVT) of the lower limbs in community practice: the SIRIUS study. *Thromb Haemost*. 1993;69:763.

Qual das seguintes condições não é factor de risco para doença venosa crónica?

1. Género feminino
2. Obesidade
3. Hipertensão arterial
4. História familiar
5. Tenho dúvidas

Comentário

A hipertensão é um factor de risco reconhecido para doença arterial aterosclerótica mas em nenhum estudo foi identificada como factor de risco para doença venosa aguda ou crónica.

Um estudo prospetivo, conduzido em 19293 homens e mulheres sem antecedentes de Tromboembolismo Venoso (TEV), concluiu não haver qualquer relação entre a maioria dos factores de risco para doença arterial, incluindo a hipertensão arterial, e o tromboembolismo venoso.¹

Bibliografia

1. Tsai AW, Cushman M, et al. Cardiovascular risk factors and venous thromboembolism incidence: the longitudinal investigation of thromboembolism etiology. Arch Intern Med, 162 (2002), pp. 1182-1189

Qual dos seguintes sinais ou sintomas é mais específico para TVP?

1. Dor localizada
2. Impotência funcional
3. Edema maleolar
4. Edema do membro até à raiz da coxa
5. Tenho dúvidas.

Comentário

O diagnóstico diferencial do edema dos membros inferiores requer que se avalie o seu caráter agudo ou crônico, unilateral ou bilateral, simétrico ou assimétrico, localizado ou generalizado, congênito ou adquirido.

O edema crônico, principalmente se assimétrico, é habitualmente um sinal de doença venosa ou linfática.

O edema simétrico dos membros inferiores é sugestivo de doença sistêmica ou de uma causa mais central de edema, como a insuficiência cardíaca ou o síndrome nefrótico.

O edema unilateral do membro até à raiz da coxa é altamente sugestivo de TVP proximal.

Bibliografia

1. Gorman WP, Davis KR, Donnelly R. ABC of arterial and venous disease. Swollen lower limb—1: General assessment and deep vein thrombosis. *BMJ* VOLUME 320 27 MAY 2000 bmj.com

Relativamente à anticoagulação da grávida com tromboembolismo venoso (TEV) qual é a única afirmação correcta?

1. Durante a gravidez, os anticoagulantes directos são uma alternativa à heparina de baixo peso molecular.
2. Após o parto, os anticoagulantes directos podem ser usados com segurança na mulher que está a amamentar.
3. Durante a gravidez, a heparina de baixo peso molecular é o anticoagulante recomendado.
4. Tenho dúvidas

Comentário

Na grávida com TEV, a heparina de baixo peso molecular (LMWH) é o anticoagulante recomendado. A LMWH não passa a barreira placentária nem é encontrada, de forma significativa, no leite materno.

Não há evidência suficiente para recomendar a sua administração em uma ou duas doses diárias, apesar da administração bi diária ser a mais utilizada no período perinatal para prevenir altos níveis anti-factor Xa, na altura do parto.

Os anticoagulantes directos não estão recomendados, apesar dos poucos dados disponíveis não sugerirem alto risco de embriopatas com a sua utilização.

Bibliografia

1. Mazzolai L, et al. Diagnosis and management of acute deep vein thrombosis: a joint consensus document from the European Society of Cardiology working groups of aorta and peripheral vascular diseases and pulmonary circulation and right ventricular function. Eur Heart J. 2018 Dec 14;39(47):4208-4218.

Relativamente ao tromboembolismo venoso (TEV) ocorrido durante a gravidez, qual é a única afirmação correcta?

1. A anticoagulação deve ter uma duração mínima de 3 meses e ser continuada pelo menos durante 6 semanas após o parto.
2. A anticoagulação pode ser interrompida após o parto.
3. A varfarina pode ser utilizada no último trimestre da gravidez.
4. Tenho dúvidas

Comentário

As recomendações relativas à duração do tratamento anticoagulante na grávida com TEV são muito precisas.

A duração total do tratamento anticoagulante não deve ser inferior a 3 meses e deve ser mantida após o parto por um período mínimo de 6 semanas¹.

Bibliografia

1. Mazzolai L, et al. Diagnosis and management of acute deep vein thrombosis: a joint consensus document from the European Society of Cardiology working groups of aorta and peripheral vascular diseases and pulmonary circulation and right ventricular function. Eur Heart J. 2018 Dec 14;39(47):4208-4218.

A tensão recomendada para as meias de compressão elástica baseia-se na gravidade da doença. Relativamente à prescrição de meias de compressão elástica em doentes com doença venosa crónica, qual das seguintes afirmações considera errada?

1. Nos doentes com veias varicosas e edema, a tensão ligeira (20 a 30 mmHg) é a recomendada
2. Nos doentes com úlceras cicatrizadas ou activas, a tensão moderada (30 a 40 mmHg) é a recomendada.
3. Nos doentes com úlceras recorrentes, as meias de compressão elástica não estão recomendadas.
4. Tenho dúvidas

Comentário

Nos doentes com úlceras venosas recorrentes, as meias de compressão elástica fazem parte da primeira linha do tratamento, estando recomendadas¹.

Bibliografia

1. Evidence-based (S3) guidelines for diagnostics and treatment of venous leg ulcers. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2016 Nov;30(11):1843-1875. doi: 10.1111/jdv.13848.

Relativamente às meias de compressão elástica em doentes com doença venosa crónica, qual das seguintes afirmações considera errada?

1. As meias de compressão elástica não devem ser utilizadas na presença de doença arterial significativa dos membros inferiores.
2. Os doentes devem ser encorajados a usar a compressão mais forte que consigam tolerar, desde que não esteja contraindicada.
3. A compressão venosa previne a síndrome pós-trombótica
4. Tenho dúvidas

Comentário

A efetiva compressão com meias elásticas reduz a hipertensão, o edema e minimiza a agressão à microcirculação.¹ Todavia, os resultados dos ensaios são variáveis e, por vezes, contraditórios. Um estudo multicêntrico de grandes dimensões, publicado em 2014, controlado com placebo, conduzido em indivíduos com um primeira TVP, levantou dúvidas sobre a eficácia da compressão na prevenção da síndrome pós trombótica (SPT). Os autores concluíram que “a compressão com meias elásticas não previne a síndrome pós trombótica após TVP proximal, pelo que os nossos resultados não suportam a utilização rotineira de meias de compressão elásticas após TVP para a prevenção do SPT.”²

Bibliografia

1. Pierson S, Pierson D, Swallow R, Johnson G Jr. Efficacy of graded elastic compression in the lower leg. JAMA 1983;249:242–3.
2. Kahn SR, Shapiro S, Wells PS, Rodger MA, Kovacs MJ, Anderson DR, *et al.*; SOX trial investigators. Compression stockings to prevent post-thrombotic syndrome: a randomised placebo-controlled trial. Lancet 2014;383:880–8.

Homem de 74 anos. HTA sob terapêutica tripla.

Edema bilateral dos MI, ligeiramente mais acentuado à direita, com sinal de “godet”.

Score de Wells: TVP improvável

Qual é a decisão mais adequada?

1. Pesquisa de d-dímeros.
2. Pedir eco-Doppler venoso dos MI.
3. Iniciar anticoagulação (salvo contraindicação) até à realização de eco-Doppler venoso dos MI.
4. Tenho dúvidas.

Comentário

O score de Wells está validado para o cálculo da probabilidade pré-teste de TVP e pode ser aplicado em doentes em ambulatório ou internados. Os peritos recomendam a utilização do score modificado em que a probabilidade é classificada em dois níveis em vez de três: “improvável” e “provável”. A seleção do teste diagnóstico adequado é determinada pelo nível de probabilidade.

Nos indivíduos em que a TVP é “improvável”, está indicada a pesquisa de d-dímeros. Se os d-dímeros forem negativos, devido ao seu elevado valor predizente negativo, a TVP pode ser excluída sem haver necessidade de outros exames.

Bibliografia

1. Mazzolai L, et al. Diagnosis and management of acute deep vein thrombosis: a joint consensus document from the European Society of Cardiology working groups of aorta and peripheral vascular diseases and pulmonary circulation and right ventricular function. Eur Heart J. 2018 Dec 14;39(47):4208-4218.

Num doente que esteve recentemente acamado durante 5 dias, com TVP provável de acordo com o Score de Wells, qual é a decisão correcta?

1. Enviar ao SU para pesquisa de d-dímeros
2. Iniciar anticoagulação (salvo contra-indicação) até à realização do eco-Doppler venoso dos MI.
3. Pedir eco-Doppler venoso dos MI
4. Tenho dúvidas

Comentário

Neste caso, em que a TVP é “provável” no score de Wells, sem suspeita de embolismo pulmonar, a pesquisa de d-dímeros não está indicada e deve ser realizado um exame de imagem (eco-Doppler venoso).

Não esquecer que, por a TVP ser “provável” deve ser iniciada anticoagulação, a não ser que esteja contraindicada.¹

Bibliografia

1. Mazzolai L, et al. Diagnosis and management of acute deep vein thrombosis: a joint consensus document from the European Society of Cardiology working groups of aorta and peripheral vascular diseases and pulmonary circulation and right ventricular function. Eur Heart J. 2018 Dec 14;39(47):4208-4218.

O doente do caso anterior iniciou anticoagulação com um anticoagulante directo.

Durante quanto tempo deve manter a anticoagulação?

1. 1 mês
2. 3-6 meses
3. 6-12 meses
4. Indefinidamente
5. Tenho dúvidas

Comentário

Trata-se de um caso de TVP “provocada” sendo o acamamento recente durante 5 dias o factor precipitante identificado.

Na ausência de embolismo pulmonar e por não se tratar de um doente com neoplasia ativa (tratamento actual ou nos últimos 6 meses, ou em cuidados paliativos), está recomendado fazer-se terapêutica anticoagulante por um período de 3 a 6 meses (mínimo de 3 meses). A decisão de se manter o tratamento para além dos 6 meses dependerá da avaliação do risco/benefícios.

O tratamento da TVP é constituído por 3 fases:

1. **Tratamento inicial** (5 a 21 dias após o diagnóstico): durante este período os doentes fazem:
 - Terapêutica parentérica em switch para antagonista da vitamina K (ex. varfarina)
 - Ou tratamento com anticoagulante directo (ACD) em dose alta.
2. **Tratamento prolongado** (3 a 6 meses): durante esta fase os doentes fazem:
 - Tratamento com antagonista da vitamina K
 - Ou tratamento com ACD em dose standard.
3. **Extensão do tratamento** (para além dos 3 a 6 meses): baseado na avaliação do risco/benefício

Comentário (continuação)

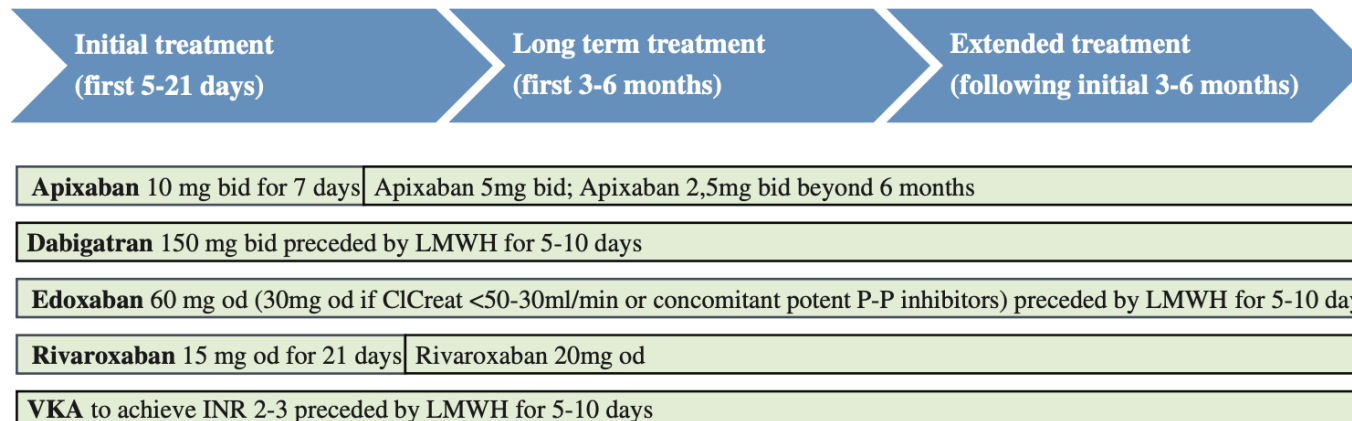


Figure 3 Deep vein thrombosis treatment phases. ClCreat: creatinine clearance; LMWH: low molecular weight heparin; P-P inhibitors: proton pump inhibitors; VKA: vitamin K antagonist.

Bibliografia

1. Mazzolai L, et al. Diagnosis and management of acute deep vein thrombosis: a joint consensus document from the European Society of Cardiology working groups of aorta and peripheral vascular diseases and pulmonary circulation and right ventricular function. Eur Heart J. 2018 Dec 14;39(47):4208-4218.

Doente de 85 anos, anticoagulado por TVP não provocada (sem factor precipitante identificado), com TEP (tromboembolismo pulmonar).

Durante quanto tempo está recomendado manter a anticoagulação?

1. 1 mês
2. 3-6 meses
3. 6-12 meses
4. Indefinidamente
5. Tenho dúvidas

Comentário

Para o tratamento da TVP proximal com ou sem Embolia Pulmonar (EP), 3 meses de tratamento é a melhor opção se estiverem presentes factores de risco transitórios e reversíveis.

Em todos os outros doentes, o prolongamento da anticoagulação reduz o risco de recorrência de TVP (70-90%) mas aumenta o risco de complicações hemorrágicas imprevisíveis. Assim, a decisão de interromper ou não a anticoagulação deve ser individualizada e ponderada em função do risco hemorrágico, tendo em consideração as preferências dos doentes.

Deve considerar-se a anticoagulação por tempo indefinido em doentes com múltiplos episódios de TVP ou história familiar pesada, com trombofilia major ou doenças arrastadas com risco trombótico elevado. Também se deve considerar a anticoagulação indefinidamente em doentes com um primeiro episódio de TVP não provocada com expressão clínica grave, desde que risco hemorrágico seja baixo.

Bibliografia

1. Mazzolai L, et al. Diagnosis and management of acute deep vein thrombosis: a joint consensus document from the European Society of Cardiology working groups of aorta and peripheral vascular diseases and pulmonary circulation and right ventricular function. Eur Heart J. 2018 Dec 14;39(47):4208-4218.

Relativamente ao tratamento das úlceras venosas, qual das seguintes afirmações é incorrecta?

1. A compressão venosa adequada é a primeira linha de tratamento das úlceras venosas não complicadas
2. A Sulodexida deve ser considerada como terapêutica adjuvante da compressão venosa
3. Os antibióticos orais estão recomendados como tratamento de rotina das úlceras venosas.
4. Tenho dúvidas

Comentário

A compressão elástica e não elástica, juntamente com a marcha, estão recomendadas como modalidades iniciais de tratamento para promover a cicatrização das úlceras venosas. Deve-se considerar a utilização de compressão com pressões elevadas (de pelo menos 40 mmHg ao nível do tornozelo) para promoção da cicatrização das úlceras venosas¹.

Num estudo multicêntrico, aleatorizado, com dupla ocultação e controlado com placebo, a Sulodexida, em adição ao tratamento local e compressão do membro, foi significativamente superior ao placebo na promoção da cicatrização completa das úlceras venosas ao 2º mês de tratamento ($p=0.018$). O número de doentes necessário tratar (NNT) para se obter uma cicatrização adicional foi de apenas 7 ao segundo mês e de 5 ao terceiro mês².

Os antibióticos orais não estão recomendados como tratamento de rotina das úlceras venosas porque não há evidência que suporte a sua utilização³.

Bibliografia

1. Wittens C, Davies AH, Bækgaard N, et al. Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *Eur J Vasc Endovasc Surg* (2015) 49, 678e737.
2. Coccheri S, et al. Randomised, Double Blind, Multicentre, Placebo Controlled Study of Sulodexide in the Treatment of Venous Leg Ulcers. *Thromb Haemost* 2002; 87: 947–52
3. O'Meara S, Al-Kurdi D, Ologun Y, Ovington LG, Martyn-St James M, Richardson R. Antibiotics and antiseptics for venous leg ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 1. Art. No.: CD003557.

Relativamente ao contributo para o diagnóstico diferencial entre úlcera venosas e úlcera isquémica/arterial, qual é o dado menos importante?

1. A coexistência de dislipidemia, porque é factor de risco para doença aterosclerótica.
2. A localização mais distal, no dorso do pé ou dedos, sobre as proeminências ósseas porque sugere uma etiologia isquémica.
3. A localização mais proximal, no 1/3 inferior da perna, principalmente se na região maleolar, porque sugere uma etiologia venosa.
4. Antecedentes de TVP ipsilateral, porque sugere uma etiologia venosa.
5. Tenho dúvidas

Comentário

A doença venosa crônica é a causa mais frequente de úlcera de perna. Dada a elevada prevalência de doença venosa, a coincidência de achados venosos patológicos e úlcera dos membros inferiores é muito frequente em doentes com úlceras não venosas.

A localização das úlceras venosas ou arteriais tendem a obedecer a um padrão. A localização mais distal, no dorso do pé e dedos sugere doença isquêmica, bem como a presença de outros sinais, como a diminuição/ausência de pulsos e a diminuição da temperatura da extremidade. A localização das úlceras venosas é, habitualmente, mais proximal. A ausência de achados representativos de doença venosa crônica obrigam a questionar a etiologia venosa.

A dislipidemia, se bem que seja um factor de risco reconhecido para doença aterosclerótica, não foi identificada como factor de risco para úlcera arterial.

Bibliografia

1. Pannier F, Rabe E. Differential diagnosis of leg ulcers. *Phlebology*. 2013 Mar;28 Suppl 1:55-60.

Relativamente aos factores de risco para desenvolvimento de SPT (Síndrome Pós-Trombótica), qual é a afirmação errada?

1. A persistência de sinais e sintomas venosos depois do 1º mês após TVP não se associa a risco aumentado de SPT
2. A localização proximal da TVP é o mais forte predizente de risco de SPT
3. A TVP recorrente ipsilateral aumenta o risco de SPT
4. Tenho dúvidas

Comentário

A persistência de sinais e sintomas venosos depois do 1º mês após TVP está associada ao risco aumentado de SPT, devendo, por isso, constituir sinal de alerta.

A síndrome pós-trombótica é uma consequência da TVP cuja probabilidade aumenta com a recorrência da TVP, principalmente se ipsilateral, e com a localização mais proximal da TVP.

A persistência de sinais e sintomas venosos depois da fase aguda da TVP está associada ao desenvolvimento de SPT.

Bibliografia

1. Makedonov I, Kahn SR, Galanaud JP. Prevention and Management of the Post-Thrombotic Syndrome. *J Clin Med*. 2020 Mar 27;9(4):923. doi: 10.3390/jcm9040923. PMID: 32230912; PMCID: PMC7230648.
2. Kahn SR, Comerota AJ, Cushman M, Evans NS, Ginsberg JS, Goldenberg NA, Gupta DK, Prandoni P, Vedantham S, Walsh ME, Weitz JI; American Heart Association Council on Peripheral Vascular Disease, Council on Clinical Cardiology, and Council on Cardiovascular and Stroke Nursing. The postthrombotic syndrome: evidence-based prevention, diagnosis, and treatment strategies: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2014 Oct 28;130(18):1636-61.

Relativamente à prevenção da síndrome pós-trombótica (SPT), qual é a afirmação errada?

1. Após TVP, a anticoagulação está fortemente recomendada e diminui a incidência de SPT.
2. A compressão elástica é extremamente eficaz na prevenção da SPT
3. A sulodexida, em associação à compressão elástica, reduz a incidência de SPT após suspensão da anticoagulação em doentes com TVP não provocada.
4. Tenho dúvidas

Comentário

A síndrome pós-trombótica (SPT) é uma forma de insuficiência venosa crônica secundária a trombose venosa profunda (TVP) que afeta cerca de 50% dos doentes após TVP. Não existe tratamento eficaz para a SPT estabelecida, pelo que a prevenção com a anticoagulação, após TVP, continua a ser a chave do sucesso¹.

A compressão com meias elásticas pode ser útil para o tratamento dos sintomas da TVP aguda mas o seu benefício na prevenção da SPT não é claro e continua a ser objeto de debate¹.

No estudo SURVET, a Sulodexida administrada após a suspensão do anticoagulante oral, em associação à compressão elástica, reduziu a incidência de SPT em doentes com TVP não provocada sem aumentar o risco hemorrágico. Revelou-se, por isso, uma alternativa eficaz e segura ao prolongamento da anticoagulação em doentes de alto risco trombótico².

Bibliografia

1. Makedonov I, Kahn SR, Galanaud JP. Prevention and Management of the Post-Thrombotic Syndrome. *J Clin Med*. 2020 Mar 27;9(4):923. doi: 10.3390/jcm9040923. PMID: 32230912; PMCID: PMC7230648.
2. Andreozzi GM, et al.; SURVET Study Investigators. Sulodexide for the Prevention of Recurrent Venous Thromboembolism: The Sulodexide in Secondary Prevention of Recurrent Deep Vein Thrombosis (SURVET) Study: A Multicenter, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Circulation*. 2015 Nov 17;132(20):1891-7.

Relativamente ao tratamento da síndrome pós-trombótica (SPT), qual é a afirmação errada?

1. A sulodexida previne a TVP recorrente sem aumentar o risco hemorrágico.
2. A sulodexida previne a TVP recorrente mas aumenta ligeiramente o risco hemorrágico.
3. A perda de peso, elevação do membro em repouso e a mobilização precoce, são medidas com um nível de recomendação baixo e fraca evidência no tratamento da SPT
4. Tenho dúvidas

Comentário

No estudo SURVET, a Sulodexida administrada após a suspensão do anticoagulante oral, em associação à compressão elástica, reduziu a incidência de SPT em doentes com TVP não provocada sem aumentar o risco hemorrágico. Revelou-se, por isso, uma alternativa eficaz e segura ao prolongamento da anticoagulação em doentes de alto risco trombótico¹.

Bibliografia

1. Andreozzi GM, et al.; SURVET Study Investigators. Sulodexide for the Prevention of Recurrent Venous Thromboembolism: The Sulodexide in Secondary Prevention of Recurrent Deep Vein Thrombosis (SURVET) Study: A Multicenter, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Circulation*. 2015 Nov 17;132(20):1891-7.

De acordo com os resultados do estudo SURVET, em doentes com TVP não provocada, a sulodexida é uma alternativa ao prolongamento da terapêutica anticoagulante por uma das seguintes razões.

1. Porque previne a recorrência de tromboembolismo venoso sem aumentar o risco hemorrágico.
2. Porque previne a ocorrência de úlceras venosas.
3. Porque reduz a mortalidade cardiovascular
4. Tenho dúvidas.

Comentário

No estudo SURVET, a sulodexida, administrada após a suspensão do anticoagulante oral em associação à compressão elástica, reduziu a incidência de TEV (TVP/EP) após suspensão da anticoagulação em doentes com TVP não provocada, sem aumentar o risco hemorrágico. Revelou-se, por isso, uma alternativa eficaz e segura ao prolongamento da anticoagulação em doentes de risco elevado¹.

Bibliografia

1. Andreozzi GM, et al.;SURVET Study Investigators. Sulodexide for the Prevention of Recurrent Venous Thromboembolism: The Sulodexide in Secondary Prevention of Recurrent Deep Vein Thrombosis (SURVET) Study: A Multicenter, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Circulation*. 2015 Nov 17;132(20):1891-7.

Qual das seguintes condições não é factor de risco para o desenvolvimento de úlceras venosas em doentes com veias varicosas?

1. Presença de alterações cutâneas (ex: lipodermatoesclerose, eczema).
2. Refluxo nas veias do sistema profundo (eco-Doppler).
3. Obesidade e tabagismo
4. Diabetes tipo 2
5. Tenho dúvidas

Comentário

A diabetes não é fator de risco para doença venosa crônica e desenvolvimento de úlceras venosas. A úlcera diabética resulta da ação simultânea de múltiplos factores contributivos, sendo as causas subjacentes major a neuropatia periférica e a isquémia determinada pela doença vascular periférica¹.

Bibliografia

1. Noor S, Zubair M, Ahmad J. Diabetic foot ulcer--A review on pathophysiology, classification and microbial etiology. *Diabetes Metab Syndr.* 2015 Jul-Sep;9(3):192-9. doi: 10.1016/j.dsx.2015.04.007. Epub 2015 Apr 29. PMID: 25982677.

Em doentes com TVP no contexto de neoplasia activa, qual é o anticoagulante recomendado?

1. Varfarina
2. Heparina de baixo peso molecular
3. Anticoagulante directo
4. Tenho dúvidas

Comentário

A TVP é a segunda causa de morte em doentes oncológicos. Os doentes com TVP no contexto de neoplasia estão sujeitos a elevado risco de recorrência mas também de hemorragia durante o tratamento. O risco de morte aumenta até 8 vezes após TVP aguda em comparação com doentes não oncológicos¹.

A heparina de baixo peso molecular (LMWH) é o anticoagulante de eleição em doentes com TVP no contexto de neoplasia ativa, no tratamento inicial e no tratamento a longo prazo. Considera-se que o doente tem “neoplasia ativa” se estiver sob quimioterapia, se a fez nos últimos seis meses, ou se está em cuidados paliativos.

Bibliografia

1. Mazzolai L, et al. Diagnosis and management of acute deep vein thrombosis: a joint consensus document from the European Society of Cardiology working groups of aorta and peripheral vascular diseases and pulmonary circulation and right ventricular function. Eur Heart J. 2018 Dec 14;39(47):4208-4218.

Em que situação o risco de recorrência de TVP é mais elevado?

1. TVP no contexto de cirurgia
2. TVP provocada por factor de risco não cirúrgico (por exemplo, viagem de avião transatlântica)
3. TVP não provocada (sem aparente factor de risco)
4. Tenho dúvidas

Comentário

A recorrência de TVP é mais elevada na TVP não provocada, porquanto o factor precipitante não sendo identificável não é, presumivelmente, reversível. É justamente por esta razão que a duração da anticoagulação é por tempo indefinido^{1,2}.

Bibliografia

1. Mazzolai L, et al. Diagnosis and management of acute deep vein thrombosis: a joint consensus document from the European Society of Cardiology working groups of aorta and peripheral vascular diseases and pulmonary circulation and right ventricular function. *Eur Heart J*. 2018 Dec 14;39(47):4208-4218.
2. Ortel TL, Neumann I, Ageno W, Beyth R, Clark NP, Cuker A, Hutten BA, Jaff MR, Manja V, Schulman S, Thurston C, Vedantham S, Verhamme P, Witt DM, D Florez I, Izcovich A, Nieuwlaat R, Ross S, J Schünemann H, Wiercioch W, Zhang Y, Zhang Y. American Society of Hematology 2020 guidelines for management of venous thromboembolism: treatment of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. *Blood Adv*. 2020 Oct 13;4(19):4693-4738.