

# Síndrome de cockett may thurner: um diagnóstico diferencial desafiador na dor do membro inferior esquerdo

## *Cockett may thurner: a challenging differential diagnosis in left inferior limb pain*

Frederico Barra de Moraes, Taynnã Moura Araujo, Roberto Galletti Gava Viana, Mário Soares Ferreira Júnior, Jayme de Holanda Barbosa Terêncio, Márcio Henrique Correia Fernandes, Tulio Ribeiro de Souza

### RESUMO

A Síndrome de compressão da veia ilíaca (SICV) ou Síndrome de Cockett-May-Thurner é uma entidade incomum relacionado ao sistema vascular do membro inferior esquerdo. Apresenta maior prevalência no sexo feminino, no período da segunda a quarta década de vida. Trata-se de uma alteração anatômica em que o trajeto da artéria ilíaca comum direita comprime a veia ilíaca comum esquerda. Em alguns indivíduos essa alteração pode cursar com quadro de dor no membro inferior esquerdo, varizes unilaterais, edema assimétrico, úlceras vasculares e estar relacionado ao surgimento de trombose venosa profunda de repetição. Estas alterações necessitam ser reconhecidas e tratadas a fim de evitar potenciais complicações. É relatado o caso de um paciente com queixa de dor crônica refratária em joelho esquerdo há 2 anos submetido a uma ampla investigação complementar e modulação do quadro de dor crônica. Após conclusão foi realizado o diagnóstico de síndrome de Cockett-May Thurner e com isso realizado o direcionamento terapêutico adequado para o caso.

**DESCRITORES:** Síndrome de Cockett-May-Thurner; dor crônica; dor refratária; diagnóstico diferencial.

### ABSTRACT

*Iliac vein compression syndrome (ICVS) or Cockett-May-Thurner Syndrome is an uncommon entity related to the vascular system of the left lower limb. It has a higher prevalence in females, in the period from the second to the fourth decade of life. It is an anatomical change in which the course of the right common iliac artery compresses the left common iliac vein. In some individuals, this alteration may present with pain in the left lower limb, unilateral varicose veins, asymmetric edema, vascular ulcers and be related to the appearance of recurrent deep vein thrombosis. These changes need to be recognized and treated in order to avoid potential complications. We report the case of a patient with a complaint of refractory chronic pain in the left knee for 2 years, who underwent an extensive complementary investigation and modulation of the chronic pain condition. After completion, the diagnosis of Cockett-May Thurner syndrome was carried out and with that, the appropriate therapeutic direction was carried out for the case.*

**KEYWORDS:** Cockett-May-Thurner Syndrome; chronic pain; refractory pain; differential diagnosis.

## INTRODUÇÃO

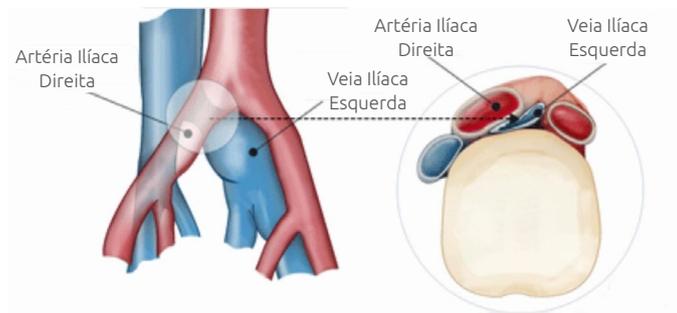
A Síndrome de Cockett-May-Thurner, também conhecida como síndrome da compressão da veia ilíaca (SICV), é uma entidade incomum decorrente do cruzamento da artéria ilíaca

direita sobre a veia ilíaca esquerda que resulta em compressão vascular extrínseca<sup>1,2</sup> (figura 1). Apresenta um espectro variado de sintomas no membro inferior esquerdo como dor crônica, varizes, edema assimétrico e ulcerações superficiais<sup>1,2</sup>. Também

está associada ao quadro de trombose venosa que deve ser investigada quando ocorrer repetição no membro inferior esquerdo<sup>1,2</sup>.

No ano de 1943 foi realizado um estudo anatômico por Ehrlich & Krumbhaar, em que 412 cadáveres foram dissecados e foi observada lesão obstrutiva em 23,8% dos cadáveres na veia íliaca esquerda<sup>2</sup>. Nesse estudo foi constatado que a lesão vascular ocorria após a primeira década de vida inferindo que a lesão possui comportamento adquirido<sup>2</sup>. A literatura indica maior prevalência no sexo feminino.

A SICV foi inicialmente descrita em 1956, por May e Thurner, através de investigação anatômica em cadáveres<sup>1</sup>. Foi observado uma interrupção do fluxo venoso associado a uma como variações anatômicas vascular em veia íliaca esquerda<sup>1,2</sup>. Alterações vasculares fibrosas foram descritas na topografia em que a artéria íliaca direita comprimia a veia íliaca esquerda, denominadas “esporões”, contra a quinta vértebra lombar<sup>1</sup>.



**FIGURA 1A.** Esquema anatômico demonstrando a íntima relação entre a artéria íliaca comum direita e a veia íliaca comum esquerda; B – Proximidade com o corpo vertebral de L5 ocasionando compressão venosa.

Na sequência, em 1965, Cockett e Thomas relataram uma série de 35 pacientes com quadro de trombose venosa profunda no nível do segmento fliofemoral esquerdo que possuíam oclusão da veia íliaca<sup>1</sup>. Após a realização de procedimento cirúrgico corretivo foi constatado hiperplasia intimal da veia íliaca<sup>1</sup>. Os autores supracitados ainda realizaram um estudo com 20 pacientes portadores de SICV onde 80% dos estudados eram do sexo feminino e foi constatado prevalência entre a segunda e a quarta década de vida, tendo a idade média de 34,4 anos<sup>2</sup>.

Por se tratar de uma entidade clínica rara o diagnóstico pode se tornar desafiador com a necessidade de exames de imagem e laboratoriais a fim de excluir etiologias mais frequentes<sup>1</sup>. Não existem estudos randomizados ou follow up com grande quantidade de casos que comparem os tratamentos por via aberta, endovascular ou conservador<sup>2</sup>.

Este relato tem como objetivo abordar a investigação dos diagnósticos diferenciais para dor crônica em membro inferior e as estratégias clínicas para a abordagem multimodal da dor crônica em portadores da Síndrome de Cockett-May-Thurner.

## RELATO DE CASO

Paciente, 70 anos, sexo masculino, etiologia asiática, IMC = 18. Apresenta quadro de dor em face anterior e posterior do joelho esquerdo há cerca de dois anos. A dor não estava associada a

trauma, sem sinais flogísticos no membro inferior esquerdo, inicialmente de caráter insidioso e constante com piora ao longo do tempo. Refere ainda piora da dor no fim do dia e ao caminhar longas distâncias. Sem déficit neuromuscular. Em relato subjetivo refere 6 pontos na escala visual analógica (EVA) e 3 pontos em questionário específico para o rastreamento de dor neuropática (DN4).

Nega tabagismo, etilismo, eventos cardiovasculares, eventos tromboembólicos ou demais doenças. Ao exame físico apresenta quadro de dor a palpação anterior do joelho esquerdo sobre o tendão patelar e refere sensibilidade na panturrilha esquerda. Nos testes ligamentares o joelho é estável e com amplitude do arco de movimento preservada e indolor; os testes meniscais são negativos; apresentava sinal de Homan positivo e edema discreto do membro inferior esquerdo quando comparado com direito; referente à marcha apresenta dificuldade para deambular e passos curtos. Relata claudicação e que ainda está dirigindo seu carro.

Em avaliação inicial apresentava exames de imagem dos últimos dois anos de investigação. As radiografias do membro inferior esquerdo e ultrassonografia do joelho esquerdo estavam sem alterações. Em ressonância magnética foi evidenciado a presença de Hoffa. Realizada eletroneuromiografia com achado de neuropatia periférica discreta.

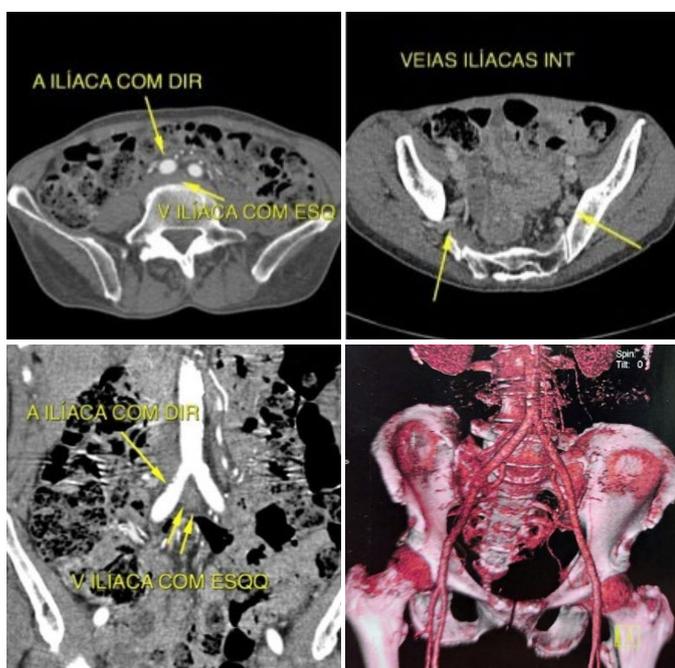
Quanto aos tratamentos previamente instituídos nos últimos dois anos o paciente refere ter passado por vários tratamentos clínicos e procedimentos minimamente invasivos. Relata uso de medicação analgésica como anti-inflamatórios, opioides, antidepressivos e anticonvulsivantes sem melhora. Infiltração no joelho com corticoide triancinolona, ácido hialurônico de alto peso molecular, plasma rico em terapia regenerativa, ondas de choque extracorpórea, fisioterapia e acupuntura.

Apesar do tratamento supracitado não houve melhora da dor que progrediu de intensidade e limitação das atividades diárias. Refere ainda novo sintoma em que a dor irradia para a topografia de glúteo esquerdo, mas com amplitude de movimento do quadril normal, sem dor a palpação. Foi iniciado buprenorfina 10 mg patch transdérmico semanal, mas sem alívio da dor.

Solicitados novos exames complementares com ressonância magnética da pelve e Dúplex Scan venoso dos membros inferiores, que evidenciaram trombose venosa profunda em membro inferior esquerdo, antigo e já recanalizado, além de varizes volumosas na pelve à direita.

Solicitado então angiotomografia abdominal (figuras A, B, C e D) e confirmado a síndrome de Cockett-May-Thurner, com visualização da compressão da veia íliaca comum esquerda pela artéria iliaca comum direita. Foi prescrito então medicação venotônica:

1. pinus pinaster 50 mg vo 2x dia;
2. diosmina 1000 mg 1x dia;
3. meia de compressão ¾ para membro inferior esquerdo, com melhora de 50% da dor, sendo encaminhado a equipe de cirurgia vascular.



**FIGURA 2A, B E C.** Se referem ao exame de angiotomografia abdominal com demonstração da oclusão da veia íliaca comum esquerda pela artéria íliaca comum direita, D representa reconstrução em 3D do sistema arterial envolvido.

## DISCUSSÃO

O entendimento anatômico do trajeto da veia íliaca esquerda foi inicialmente descrito em 1851, por Rudolph Virchow<sup>3</sup>. No abdome a veia cava inferior se encontra lateral à artéria aorta e se subdivide em veia íliaca comum direita e esquerda. A artéria aorta também se subdivide e origina a artéria íliaca comum direita e esquerda<sup>1,2</sup>. Na topografia do nível vertebral de L5 ocorre o cruzamento anterior da artéria íliaca comum direita sobre a veia íliaca comum esquerda<sup>3</sup>.

Do ponto de vista epidemiológico a doença possui prevalência indeterminada na população devido à falta de investigação etiológica, subnotificação dos casos e substituição da flebografia por métodos de imagem não invasivos<sup>2</sup>. Estima-se que exista associação dessa síndrome com 2 a 5% dos portadores de doença venosa dos membros inferiores<sup>2</sup>.

Quando a etiologia é investigada nos portadores de trombose venosa profunda, a síndrome é encontrada de 18 a 49% dos pacientes<sup>2</sup>. Na literatura existe relato que evidência 3 a 8 vezes mais chance de trombose venosa profunda no membro inferior esquerdo em relação ao direito<sup>2</sup>. Tais dados podem inferir a SICV como uma causa etiológica plausível<sup>2</sup>.

A sintomatologia pode variar desde claudicação vascular com comprometimento funcional até queixas inespecíficas<sup>2</sup>. Quanto ao quadro clínico o paciente geralmente se manifesta com quadro de edema progressivo em membro inferior esquerdo, em indivíduos previamente sem relatos de eventos tromboembólicos e sem fatores de risco prévio<sup>2</sup>.

Como fator de risco, Sandri e Boyd, sugeriram que o sexo feminino associado à gestação ou imobilização prolongada possam ser fatores de risco para a doença<sup>2</sup>. Tal achado indica

que mulheres jovens com quadro de edema de membro inferior esquerdo com exame físico e exames de imagens incompatíveis devem ser rastreadas para SICV<sup>2</sup>.

Referente aos exames complementares é necessário investigar causas frequentes que podem cursar com dor em membros inferiores como trauma, tendinopatias e doenças osteoarticulares degenerativa. Neoplasias, causas neurológicas e vasculares devem fazer parte da investigação nos casos inconclusivos.

Com frequência os pacientes portadores de edema assimétrico são submetidos a ultrassonografia com Doppler venoso colorido durante a investigação de trombose venosa profunda<sup>2</sup>. A tomografia também possui aplicação na investigação de massas abdominais compressíveis<sup>2</sup>.

O exame ultrassonográfico possui limitações importantes em relação ao diagnóstico de SICV. A visualização adequada dos vasos pélvicos e a localização posterior à bexiga, intestino e subcutâneo dificultam tecnicamente os achados do exame<sup>2</sup>. Barros e Coelho descreveram alguns sinais ultrassonográficos que podem ser avaliados durante o exame: Fluxo volumétrico comparativo maior em 40% na veia íliaca direita e o índice dos picos de velocidade entre as veias femoral comum direita e esquerda<sup>2</sup>. Classicamente, a medida pressórica comparativa entre a veia cava inferior e veias íliacas maior que 2 mmHg durante a flebografia foi utilizada como padrão para diagnosticar a SICV<sup>2,3</sup>.

Wolpert et AL, através de um estudo clínico com 24 pacientes estabeleceram boa correlação entre a flebografia e exames mais modernos como a Ressonância magnética/Angioressonância<sup>2</sup>. Tal achado foi importante pois a ressonância é um exame menos invasivo e que possibilita a avaliação de diagnósticos diferenciais<sup>2</sup>.

O tratamento original instituído para esses pacientes restringia-se a abordagem clínica isolada que apresentava resultado pouco efetivo<sup>1</sup>. O tratamento cirúrgico por via aberta ficava reservado apenas para os casos de maior gravidade<sup>1</sup>. A literatura não apresenta consenso para os pacientes que ainda não desenvolveram trombose venosa profunda<sup>2</sup>. Existe algum consenso de que a SICV sempre necessita de tratamento na literatura frente aos quadros sintomáticos<sup>2</sup>.

O tratamento conservador simples é baseado no controle da dor que pode ser associado à medicação profilática para eventos trombóticos<sup>2</sup>. Anticoagulação isolada não tem sido efetiva para o controle dos sintomas<sup>2</sup>. A metodologia moderna mais aceita para o tratamento da SICV é a abordagem cirúrgica aberta ou endovascular que possibilitam a descompressão do vaso e a correção da falha anatômica<sup>2</sup>.

Previamente às técnicas endovasculares modernas muitas técnicas cirúrgicas convencionais foram descritas para o tratamento da síndrome de compressão da veia íliaca<sup>1</sup>. A primeira descrição cirúrgica foi descrita por Palma e Esperon, em 1958, quando era realizado uma anastomose fêmoro-femoral cruzada<sup>1</sup>. Na sequência, foi descrito a técnica de reinserção da origem da artéria íliaca comum direita e transposição para a porção abaixo da veia íliaca por Cormier<sup>1</sup>.

Por se tratar de uma alteração com sintomas decorrentes de uma alteração anatômica que leva à interferência no sistema vascular do membro inferior esquerdo o tratamento exclusivo

com medicações e técnicas não invasivas pode ser incapaz de tratar ou controlar a doença.

A partir do relato exposto, conclui-se que a dor crônica refratária a analgesia comum requer análise complementar minuciosa a fim de diagnosticar causas raras e instituir o tratamento adequado para resolução do quadro e conforto do paciente. É importante citar que a Síndrome de Cockett-Mat-Thurner deve estar incluída na lista de diagnósticos diferenciais de dor e sintomas assimétricos localizados no membro inferior esquerdo.

## REFERÊNCIAS

1. Júnior JRC, Neves DQ, Fontes FA, Solano GP, Cardoso MCTC, Lima MH, Reis IFO, Reis PEO Reis. Tratamento endovascular da síndrome de compressão da veia ilíaca (May-Thurner): relato de caso. *J Vasc Bras.* 10 (1) - Mar 2011, 72-76. <https://doi.org/10.1590/S1677-54492011000100014>
2. Cavalcante LP, Souza JES, Pereira RMP, Bernardes MV, Amanajás AMS, Parisati MH, Rocha RD, Araújo AO. Síndrome de compressão da veia ilíaca: revisão de literatura. *J Vasc Bras.* 14 (1) • Jan-Mar 2015. 78-83.
3. Poyyamoli S, Mehta P, Cherian M, Anand R, Patil S, Kalva S, Salazar G. May-Thurner syndrome. *Cardiovascular Diagnosis and Therapy, North America*, 11, apr. 2020. 67-80. Available at: <<https://cdt.amegroups.com/article/view/39827>>.
4. <https://drfabiorossi.com.br/doencas-tratamentos/sindrome-de-may-thurner/> - Acessado em 03/08/2022 às 20:10