

FLEBECTASIA DA JUGULAR EXTERNA.

CARLOS LOPES, RUI MANAÇAS, FERNANDA TAVARES, MARQUES DA COSTA

Serviço 3, Serviço de Anatomia Patológica, Hospital São José. Departamento de Neuroradiologia, Hospital dos Capuchos. Lisboa

RESUMO

A flebectasia da jugular externa é uma entidade nosológica rara, sendo escassas as descrições na literatura mundial. Clinicamente apresenta-se como uma massa cervical de aparecimento ou alargamento durante a manobra de Valsalva. Os autores descrevem um caso clínico, salientando as possibilidades da TC (Tomografia Computorizada) num diagnóstico etiológico e topográfico preciso, sem o recurso a outros meios invasivos.

SUMMARY

Phlebectasia of the External Jugular Vein. A Case Report

Phlebectasia of the external jugular vein is a rare nosological entity. Few reports appeared in the world literature. Clinically it presents as a cervical mass enlarging with a Valsalva maneuver. The Authors present one clinical case, emphasizing the possibilities of Computed Tomography (CT) in a precise diagnosis, etiological and topographical, without using other invasive modalities.

INTRODUÇÃO

As ectasias venosas do pescoço são afecções raras e pouco referidas na literatura¹⁻⁶.

Apresentando como característica principal o facto de aparecerem com a manobra de Valsalva, o seu diagnóstico nem sempre é imediato, tendo ao longo dos anos variado os meios auxiliares para o conseguir⁶.

Descreve-se um caso de flebectasia da jugular externa, cujo diagnóstico assentou na Tomografia Computorizada (TC), e que pelas características histológicas permite supor tratar-se de uma doença primária da veia.

CASO CLÍNICO

M.C.S, de 48 anos de idade, do sexo masculino, de raça caucasiana, refere desde há cerca de 6 anos uma tumefacção inconstante na região antero-lateral esquerda do pescoço, que manteve sensivelmente as mesmas dimensões até há cerca de 2 anos, altura a partir da qual tem vindo progressivamente a aumentar de volume e a causar incómodo. A tumefacção aparece com a inclinação do tronco ou com a posição de decúbito, desaparecendo com a posição erecta. Nunca foi dolorosa nem acompanhada de quaisquer outros sintomas.

O exame objectivo do pescoço com o doente erecto não revela alterações. Com a inclinação do tronco a 45 graus ou com o doente em decúbito, observa-se uma massa oblonga, de 7 por 3 cm, de maior eixo longitudinal, localizada junto ao bordo anterior do músculo esterno-cleido-mastoideu esquerdo, de superfície lisa e limites mais ou menos regulares, embora difíceis de avaliar, de consistência mole, indolor e não pulsátil. Não se palpa frêmitos nem se auscultam sopros (Fig. 1).

O estudo radiológico simples do pescoço não revelou qualquer alteração, nomeadamente calcificações das partes moles.



Fig. 1 — Massa cervical esquerda anterior ao músculo esterno-cleido-mastoideu.

A TC da região cervical mostra uma volumosa massa de densidade de partes moles, arredondada ou ovalada, externa e anterior ao músculo esterno-cleido-mastoideu esquerdo, estendendo-se desde a região parotídea até um pouco abaixo do nível do osso hióide; após injeção I.V. de contraste iodado há uma captação intensa e homogênea. As artérias carotídeas e as veias jugulares internas de ambos os lados são de configuração e calibre normais e encontram-se na posição anatómica habitual (Fig. 2).

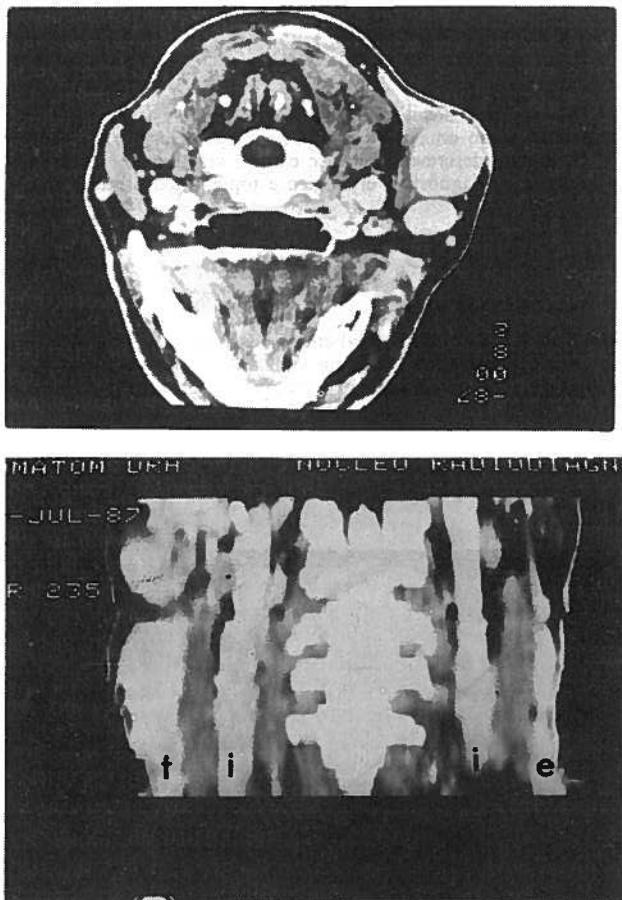


Fig. 2 (a,b)—Tomografia computadorizada cervical após contraste. a. corte tomográfico axial ligeiramente acima do nível hióideu mostrando volumosa massa ovalada à esquerda, bilobulada, exterior ao músculo esterno-cleido-mastoideu, com captação de contraste intensa e homogênea, de tipo vascular. b. reconstrução coronal demonstrando o calibre e a morfologia normais de ambas veias jugulares internas (i) e da veia jugular externa direita(e) e a dilatação anômala da veia jugular externa esquerda (f).

A Angiografia Selectiva da Carótida Externa Esquerda, realizada por cateterismo femoral retrógrado direito, é normal, não se vendo aspectos sugestivos de fistula arterio-venosa ou de tumor vascular arterializado.

Operado a 14/07/1987, fez-se incisão longitudinal sobre o bordo anterior do músculo esterno-cleido-mastoideu esquerdo, que confirmou dilatação da veia jugular externa e da porção terminal das suas tributárias.

Procedeu-se à dissecação e isolamento da ectasia venosa e das zonas ectasiadas das colaterais, que se laquearam, com a remoção da peça (Fig. 3). O pós-operatório decorreu sem complicações.

O estudo histológico mostrou tratar-se de parede de uma veia com espessura não uniforme, com fibrose irregular, nal-

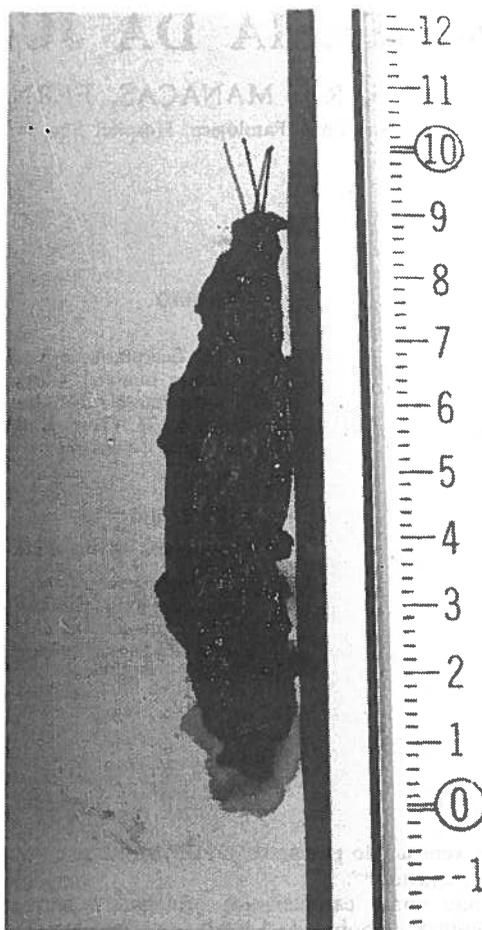


Fig. 3 — Peça operatória.

guns pontos substituindo parte do músculo liso; este, noutras áreas encontra-se hipertrofiado, formando uma camada sub-endotelial de miócitos vacuolizados. As fibras elásticas estão muito rarefeitas e fragmentadas (Fig. 4).

Em conclusão, trata-se de uma situação de flebectasia da veia jugular externa com alterações da parede, que pela sua natureza e intensidade, nos levam a supôr primárias e não secundárias à dilatação venosa.

DISCUSSÃO

A maior parte dos casos de flebectasias foi diagnosticada em crianças e a sua etiologia não é clara⁶. Se por vezes foi possível detectar factores predisponentes—irradiação do mediastino superior, síndrome do escaleno anterior, pectus excavatus, crossa da aorta alta e rígida, duplicação da veia jugular interna^{6,7} que condicionavam fenómenos de compressão, na grande maioria dos casos, tal como no que apresentamos, não foi possível demonstrar qualquer causa aparente—obstrução distal, processos inflamatórios locais ou história de traumatismo—pelo que foram considerados como idiopáticos^{6,8}.

O exame histológico das peças de ressecção mostrou quase sempre veias histologicamente normais, havendo apenas duas referências a alterações representadas por perda das camadas elásticas e proliferação de tecido conjuntivo na parede das veias^{1,5}, aspectos que este caso também apresenta.

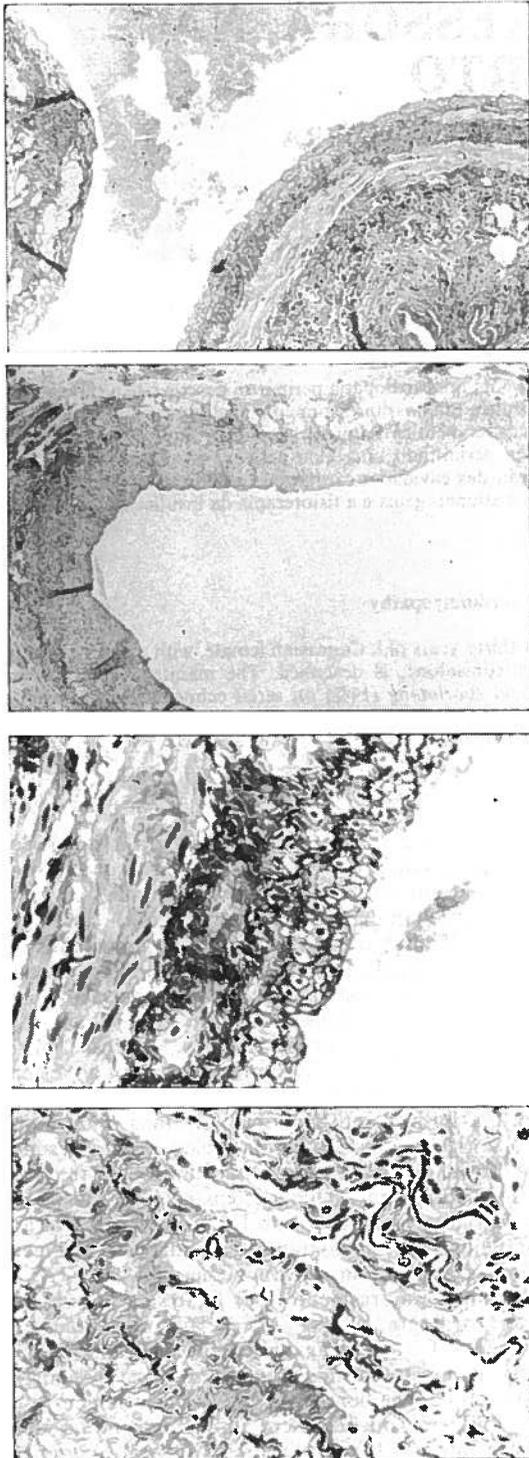


Fig. 4 — a) Parede venosa (H.E. — Lupa)
 b) Parede venosa (Veroheff — Lupa)
 c) Vacuolização dos miócitos sub-entoteliais; fibrose irregular e fibras elásticas fragmentadas (Veroheff — 100%)
 d) Fibrose irregular; rarefacção e fragmentação das fibras elásticas (Veroheff — 400%).

As veias atingidas por esta situação incluem a jugular interna, a jugular externa, a jugular anterior, a facial posterior, a veia inominada e a veia cava superior^{2,6,8}.

A quase ausência de sintomas provocados pelo tumor e as características do exame objectivo destes doentes são os grandes responsáveis pelas dificuldades do diagnóstico, tanto mais que o diagnóstico diferencial engloba entidades clínicas pouco frequentes. De facto, apenas três tipos de tumores do pescoço apresentam a característica rara de aparecerem, ou se acentuarem, com a manobra de Valsalva: quistos do mediastino superior, divertículo da laringe ou laringocele e flebectasia do sistema jugular^{1,7}.

Perante um tumor com estas características impõem-se um diagnóstico nosológico e topográfico correcto. Antes do advento da ecografia e da TC, esse objectivo era habitualmente conseguido pela opacificação da massa com contraste radiopaco, por laringografia ou flebografia, embora haja também referências ao seu diagnóstico arteriográfico⁹.

A flebografia, realizada por punção directa ou por cateterismo venoso retrógrado, é vulgarmente associada a um elevado número de complicações-hematoma, perfuração, formação de pseudo-aneurismas e lesão do canal torácico⁶.

O desenvolvimento tecnológico dos meios não invasivos, em particular a obtenção de imagens anatómicas multiplanares em TC, tornou este método excelente na avaliação inicial, e muitas vezes definitiva, das massas cervicais. Neste caso, pensamos que a informação fornecida é suficiente para um diagnóstico rigoroso, quer topográfico, quer etiológico; a veia jugular externa substituída por uma massa tubular com um padrão de captação de contraste de tipo vascular.

Confirmado o diagnóstico, impõem-se a decisão sobre a atitude a adoptar: ou a abstenção terapêutica e avaliação clínica da evolução, baseada na benignidade desta patologia⁶, ou a ressecção cirúrgica com laqueação dos troncos aferentes, ditada sobretudo por factores de ordem estética^{3,9}.

BIBLIOGRAFIA

1. GARROW E., KIRSCHTEIN M., SOM. M.L.: Internal jugular phlebectasia Case report and review of the literature *Am. J. Surg.* 1964; 108: 380-3
2. OKAY N.H., BRYK D., KROOP I.G.: Phlebectasia of the jugular and great mediastinal veins *Radiology* 1970; 95: 629-30
3. LEFRECHE J.N., BRACO H., LAUTRIDOU P., BABUT J.M.: Double veinome du cou chez un enfant de 8 ans *J. Rad. Electr. Med. Nuc.* 1975; 56: 915-6
4. GORDON D.H., ROSE J.S., KOTTMEIER P., LEVIN D.C.: Jugular venous ectasia in children. A report of 3 cases and review of the literature *Radiology* 1976; 118: 147-9
5. DANIS R.K.: Isolated aneurysm of the internal jugular vein: a report of three cases *J. Pediatr. Surg.* 1982; 17: 130-1
6. SOM P.M., SHUGAR J.M.A., SACHER M., LANZIERE C.F.: Internal jugular vein phlebectasia and duplication: CT features. Case report *J. Comput. Assist. Tomogr.* 1985; 9: 390-2.
7. LIPSCHUTZ S.N., RUBWIN M.H.: External jugular phlebectasia *Arch. Surg.* 1960; 80: 571-3.
8. STEINBERG I., WATSON R.C.: Lymphangiographic and diagnosis of persistent jugular lymph sac *N. Eng. J. Med.* 1966; 225: 1471-4.
9. PASSARIELO R., COZZI F., CASALENA G., COLAROSSO G., ROSSI P., SIMONETTI G.: Angiographic diagnosis of jugular venous dilatation in children *Pediatr. Radiol.* 1979; 8: 247-50.
10. ROBINSON A.C., DICK R., RADCLIFFE G.: Case of month-the-teenager's swollen neck *British J. Radiol.* 1986; 59: 1127-8.

Pedidos de Separatas:

Rui Manaças

Departamento de Neuroradiologia

Hospital dos Capuchos

Alameda Santo António dos Capuchos

1100 Lisboa