

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).

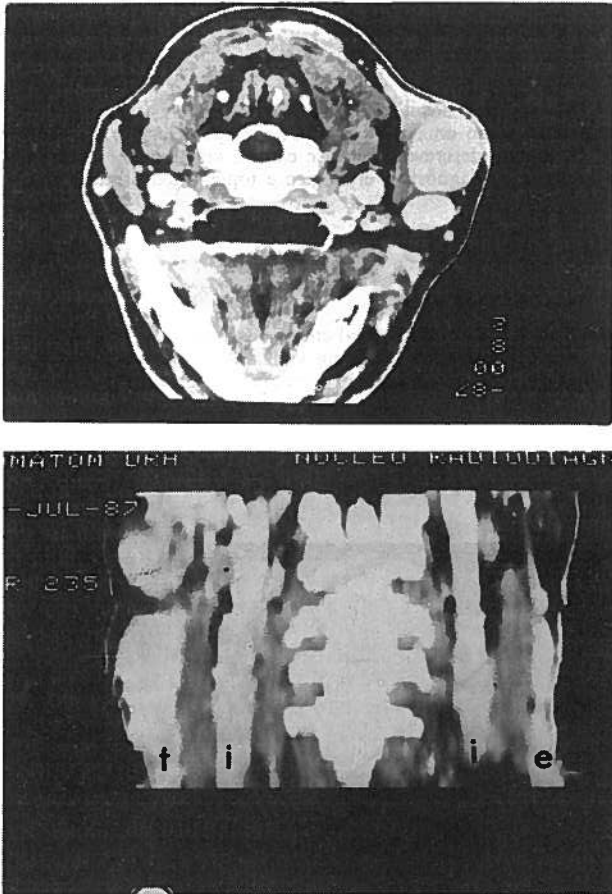


Fig. 2 (a,b)—Tomografia computadorizada cervical após contraste. a. corte tomográfico axial ligeiramente acima do nível hióideu mostrando volumosa massa ovalada à esquerda, bilobulada, exterior ao músculo esterno-cleido-mastoideu, com captação de contraste intensa e homogênea, de tipo vascular. b. reconstrução 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-

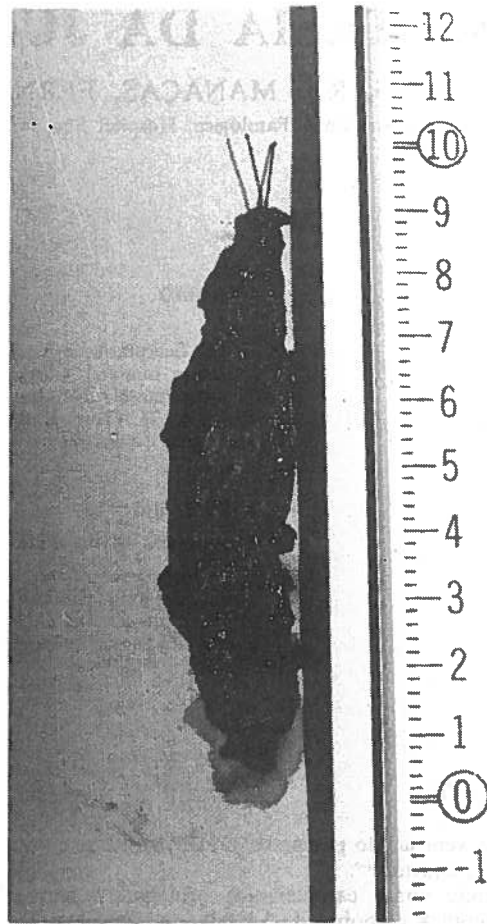


Fig. 3 — Peça operatória.

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.

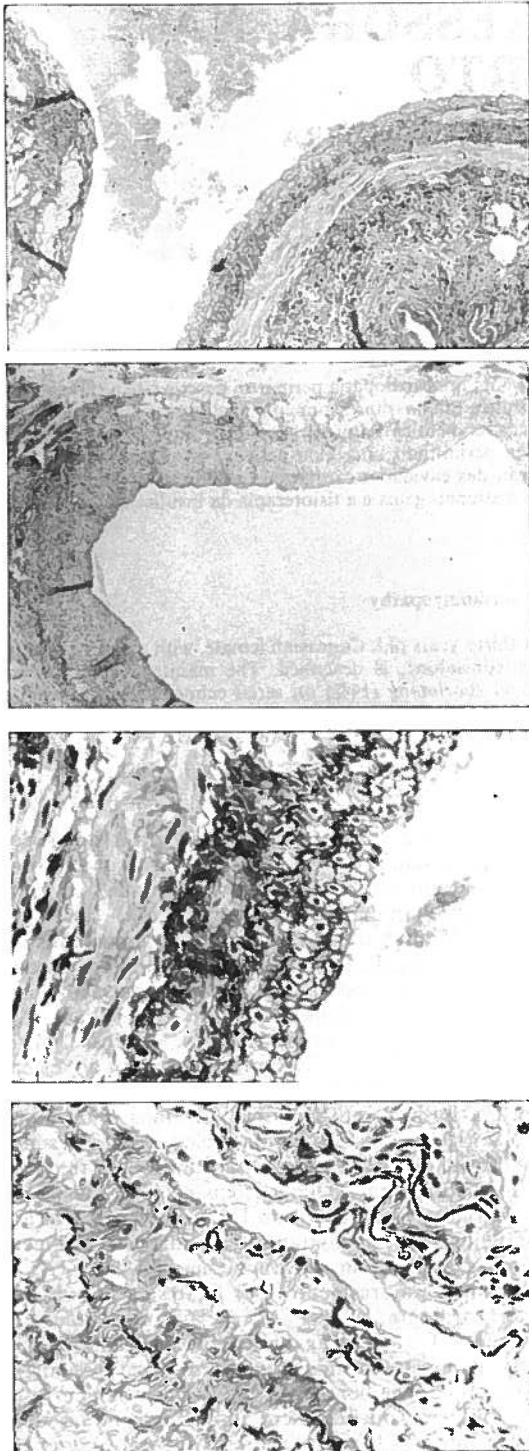


Fig. 4 — a) Parede venosa (H.E. — Lupa)
 b) Parede venosa (Veroheff — Lupa)
 c) Vacuolização dos miócitos sub-endotheliais; fibras elásticas fragmentadas (Veroheff — 100%)
 d) Fibrose irregular; rarefacção e fragmentação das fibras elásticas (Veroheff — 400%).

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