

Cirurgia de varizes dos membros inferiores em pacientes receptores de transplante hepático: relato de caso

Surgical treatment of varicose veins of the lower limbs in liver transplant recipients: a case report

Jorge R. Ribas Timi¹, Carlos Eduardo Del Valle²

Resumo

O transplante hepático vem progressivamente apresentando melhores resultados e maior preocupação com a qualidade de vida dos pacientes. As varizes dos membros inferiores são comuns na população e causam sintomas em boa parte dos casos, comprometendo a qualidade de vida. Em pacientes com boa condição clínica e funcionamento normal do enxerto, o tratamento cirúrgico das varizes de membros inferiores pode ser a opção com resultado mais eficaz e duradouro. Os autores relatam dois casos de pacientes que haviam sido submetidos a transplante hepático e apresentavam varizes sintomáticas de membros inferiores, e foram submetidos a cirurgia de varizes após liberação pela equipe de transplante hepático. As operações ocorreram sem intercorrências, com bom resultado no seguimento. A cirurgia de varizes dos membros inferiores pode ser realizada com segurança em pacientes receptores de transplante hepático, sendo uma opção eficaz e duradoura no tratamento da insuficiência venosa crônica nesses pacientes.

Palavras-chave: Varizes, membros inferiores, transplante hepático, insuficiência venosa.

Introdução

O transplante hepático tem apresentado constante evolução nas últimas décadas, tendo se tornado o tratamento de escolha para um grande número de pacientes acometidos por insuficiência hepática das mais variadas causas. A sobrevida dos pacientes transplantados tem melhorado, atingindo, em algumas séries, 67 a 72% em 4 e 5 anos¹⁻³, graças a melhoras na técnica cirúrgica, na seleção dos pacientes e nos cuidados pós-operatórios. Um estudo de coorte mostrou uma sobrevida média de 22 anos após o procedimento⁴. Além dos índices de sobrevida, outro fator importante que vem

Abstract

Liver transplantation is having progressively better outcomes, and quality of life is being more often addressed. Varicose veins of the lower limbs are common in the general population and cause symptoms in a significant number of cases, impairing quality of life. For patients in good clinical condition, with adequate graft function, surgical treatment for varicose veins of the lower limbs can be a safe option, with more effective and longer lasting outcomes. The authors report two cases of liver transplant recipients who had symptomatic varicose veins of the lower limbs and were submitted to varicose vein surgery following authorization from the liver transplantation team. Operations were uneventful, with good follow-up results. Surgery for varicose veins of the lower limbs can be safely performed in liver transplant recipients, and it is an effective and long lasting treatment for chronic venous insufficiency in these patients.

Keywords: Varicose veins, lower limbs, liver transplantation, venous insufficiency.

sendo cada vez mais valorizado é a qualidade de vida dos pacientes que foram submetidos a transplante de fígado⁵⁻⁷.

As varizes de membros inferiores são comuns na população em geral, apresentando sintomas clínicos em uma parcela significativa dos casos⁸⁻¹². À medida que os sintomas vão se tornando mais significativos, vai ocorrendo uma piora proporcional na qualidade de vida do paciente.

Alguns tratamentos medicamentosos para os sintomas da insuficiência venosa crônica são inadequados

1 . Chefe, Departamento de Cirurgia Vascular, Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR. Cirurgião vascular e endovascular, Núcleo Integrado de Cirurgia Endovascular do Paraná (NICEP), Curitiba, PR.

2 . Mestre, Clínica Cirúrgica, UFPR, Curitiba, PR. Cirurgião, Serviço de Cirurgia Vascular Prof. Dr. Elias Abrão, Curitiba, PR.

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Artigo submetido em 20.03.08, aceito em 26.12.08.

J Vasc Bras. 2009;8(1):86-88.

Copyright © 2009 by Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular

para uso por pacientes receptores de transplante hepático. Isso decorre da toxicidade hepática de certos agentes flebotrópicos orais, mais notadamente a cumarina, que pode causar aumento das enzimas hepáticas¹³. A cumarina é encontrada no mercado na forma purificada, em combinação com troxerrutina, e como componente ativo em extratos vegetais, tais como *Melilotus officinalis*.

Uma parcela significativa dos pacientes que receberam transplante hepático reúne condição clínica para ser submetida ao tratamento cirúrgico das varizes de membros inferiores. Essa é uma modalidade de tratamento que tem um caráter mais definitivo, com melhora ainda mais significativa na qualidade de vida.

Relato dos casos

Caso 1

Paciente feminina, 52 anos, submetida a transplante hepático, com enxerto retirado de doador cadáver, por cirrose hepática decorrente de infecção por vírus da hepatite B (HBV). Já apresentava varizes de membros inferiores antes de passar pelo transplante. Após 50 meses do transplante, que havia evoluído sem intercorrências, apresentava sintomas de dor, peso, cansaço e edema, com comprometimento em sua qualidade de vida. Não havia contra-indicação clínica para ser submetida à correção cirúrgica das varizes, e não havia refluxo do sistema venoso profundo. Foi realizada, então, a safenectomia magna direita parcial em coxa e retirada de colaterais, sob anestesia peridural, sem intercorrências e utilizado paracetamol para analgesia pós-operatória. Não houve alteração na função do enxerto. A paciente encontra-se com 18 meses de acompanhamento pós-operatório, sem apresentar sintomas de insuficiência venosa ou hepática.

Caso 2

Paciente masculino, 52 anos, 48 meses após transplante hepático, por cirrose decorrente de vírus da hepatite C, de doador cadáver. Apresentava varizes de grosso calibre em membros inferiores, previamente ao transplante. Não havia acometimento do sistema venoso profundo. Os sintomas de insuficiência venosa estavam sendo responsáveis por comprometimento da qualidade de vida, sendo optado pelo tratamento cirúrgico

pelos motivos citados anteriormente. O procedimento foi autorizado pela equipe de transplante hepático, uma vez que o paciente não havia apresentado intercorrências e o enxerto tinha função adequada. O paciente necessitou de safenectomia magna total à esquerda e extração bilateral de colaterais varicosas. O procedimento foi realizado sob anestesia peridural, e o paracetamol foi utilizado para analgesia pós-operatória. O paciente teve evolução satisfatória, tanto sob o ponto de vista do enxerto hepático como dos sintomas em membros inferiores, estando atualmente com 60 meses de seguimento após a cirurgia de varizes.

Discussão

Os autores fizeram ampla revisão da literatura nacional e internacional e não encontraram relatos de pacientes receptores de transplante hepático que tenham sido submetidos a tratamento cirúrgico de varizes dos membros inferiores. Os pacientes tinham indicação para cirurgia de varizes por apresentarem sintomas significativos e pela intervenção ser de baixa morbidade, e tinham liberação da equipe de transplante. O procedimento pode ser realizado sob bloqueio regional peridural, apresentando bons níveis de segurança, pouco sangramento e pouca dor pós-operatória. Considera-se que o paciente cujo enxerto apresenta boa função não deve ter sua operação contra-indicada. A analgesia pós-operatória foi feita com paracetamol, devido a seu menor risco de lesão hepática em relação aos anti-inflamatórios não-hormonais e opioides¹⁴. A toxicidade do paracetamol é dose-dependente, sendo seguro em doses baixas^{15,16}, enquanto os anti-inflamatórios não-hormonais podem apresentar reações idiossincráticas¹⁷. Não houve intercorrências nos dois procedimentos. Não houve modificação da técnica operatória, em relação aos não-transplantados, sendo retirados segmentos parciais de safena conforme avaliação clínica e eco-Doppler, como habitual. A alta hospitalar foi dada 12 horas após o término do procedimento, como na maioria dos pacientes. A operação é planejada conforme os achados do eco-Doppler colorido, realizando-se a safenectomia segmentar ou total de acordo com a topografia do refluxo. Com isso, a veia safena magna pode ser preservada caso esteja competente, porque seu segmento proximal, adjacente à junção safeno-femoral,

pode ser usado como *shunt* peritônio-venoso no caso do paciente voltar a apresentar ascite refratária no futuro¹⁸⁻²⁰.

Conclusão

Liberada pela equipe de transplante, a cirurgia de varizes melhora a qualidade de vida dos pacientes transplantados, não sendo o transplante hepático bem-sucedido uma barreira para a realização do procedimento.

Referências

1. Busuttil RW, Farmer DG, Yersiz H, et al. [Analysis of long-term outcomes of 3200 liver transplantations over two decades: single-center experience](#). *Ann Surg*. 2005;241:905-16.
2. Tector AJ, Mangus RS, Chestovich P, et al. [Use of extended criteria livers decreases wait time for liver transplantation without adversely impacting posttransplant survival](#). *Ann Surg*. 2006;244:439-50.
3. Morioka D, Egawa H, Kasahara M, et al. [Outcomes of adult-to-adult living donor liver transplantation: a single institution's experience with 335 consecutive cases](#). *Ann Surg*. 2007;245:315-25.
4. Barber K, Blackwell J, Collett D, Neuberger J; UK Transplant Liver Advisory Group. [Life expectancy of adult liver allograft recipients in the UK](#). *Gut*. 2007;56:279-82.
5. Parolin MB, Rabinovitch I, Urbanetz AA, Scheidemantel C, Cat ML, Coelho JC. [Impact of successful liver transplantation on reproductive function and sexuality in women with advanced liver disease](#). *Transplant Proc*. 2004;36:943-4.
6. Erim Y, Beckmann M, Valentin-Gamazo C, et al. [Quality of life and psychiatric complications after adult living donor liver transplantation](#). *Liver Transpl*. 2006;12:1782-90.
7. Karam VH, Gasquet I, Delvart V, et al. [Quality of life in adult survivors beyond 10 years after liver, kidney, and heart transplantation](#). *Transplantation*. 2003;76:1699-704.
8. França GJ, Timi JRR, Vidal EA, Oliveira A, Secchi F, Miyamoto M. [O eco-Doppler colorido na avaliação das varizes recidivadas](#). *J Vasc Bras*. 2005;4:161-6.
9. França LHG, Tavares V. [Insuficiência venosa crônica: uma atualização](#). *J Vasc Bras*. 2003;2:318-28.
10. Carpentier PH, Maricq HR, Biro C, Ponçot-Makinen CO, Franco A. [Prevalence, risk factors, and clinical patterns of chronic venous disorders of lower limbs: a population-based study in France](#). *J Vasc Surg*. 2004;40:650-9.
11. Ruckley CV, Evans CJ, Allan PL, Lee AJ, Fowkes GR. [Chronic venous insufficiency: clinical and duplex correlations](#). The Edinburgh Vein Study of venous disorders in the general population. *J Vasc Surg*. 2002;36:520-5.
12. Evans CJ, Fowkes FG, Ruckley CV, Lee AJ. [Prevalence of varicose veins and chronic venous insufficiency in men and women in the general population: Edinburgh Vein Study](#). *J Epidemiol Community Health*. 1999;53:149-53.
13. Adama BS, Pentza R, Siegers CP, Strubelt O, Tegtmeier M. [Troloxerutin protects the isolated perfused rat liver from a possible lipid peroxidation by coumarin](#). *Phytomedicine*. 2005;12:52-61.
14. Tolman KG. [Hepatotoxicity of non-narcotic analgesics](#). *Am J Med*. 1998;105:13S-19S.
15. Lee WM. [Acetaminophen toxicity: changing perceptions on a social/medical issue](#). *Hepatology*. 2007;46:966-70.
16. Larson AM, Polson J, Fontana RJ, et al. [Acetaminophen-induced acute liver failure: results of a United States multicenter, prospective study](#). *Hepatology*. 2005;42:1364-72.
17. Pérez-Gutthann S, García-Rodríguez LA, Duque-Oliart A, Varas-Lorenzo C. [Low-dose diclofenac, naproxen, and ibuprofen cohort study](#). *Pharmacotherapy*. 1999;19:854-59.
18. Vadeyar HJ, Doran JD, Charnley R, Ryder SD. [Saphenoperitoneal shunts for patients with intractable ascites associated with chronic liver disease](#). *Br J Surg*. 1999;86:882-5.
19. Vizsy L, Beznica H, Batorfi J. [Our experiences with saphenoperitoneal shunts in the treatment of intractable ascites](#). *Hepatogastroenterology*. 2005;52:920-2.
20. Deen KI, de Silva AP, Jayakody M, de Silva HJ. [Saphenoperitoneal anastomosis for resistant ascites in patients with cirrhosis](#). *Am J Surg*. 2001;181:145-8.

Correspondência:

Jorge Ribas Timi
 Rua Bruno Filgueira, 369/201
 CEP 80240-220 - Curitiba, PR
 E-mail: jorgetimi@terra.com.br