

Tromboflebite da veia dorsal superficial do pénis: a propósito de um caso

Ricardo Ramires, Estevão Lima, Rui Versos, Pedro Sousa*
José Soares, La Fuente de Carvalho, João Queiroz, Pedro Soares, Manuel Ribeiro **
Adriano Pimenta***

Hospital Geral de Santo António – Porto – Serviços de Urologia e Imagiologia

*Interno Complementar

**Assistente Hospitalar

***Director de Serviço

Correspondência: Hospital Geral de Santo António – Largo Prof. Abel Salazar, 4099-001 PORTO – E-mail: rican@netc.pt

Resumo

A tromboflebite superficial das veias longitudinais (tóraco-epigástricas) da face anterolateral do tórax foi descrita pela primeira vez por Mondor em 1939. Cerca de vinte anos mais tarde Helm e Hodge descrevem uma trombose isolada da veia dorsal superficial do pénis. Desde então pouco mais que cinquenta casos foram publicados.

A apresentação clínica da doença de Mondor no pénis é a de rubor e edema da face dorsal do órgão acompanhada de uma veia dorsal palpável e dolorosa.

As causas principais desta afecção parecem ser o traumatismo associado a actos sexuais frequentes e vigorosos, estrangulação peniana provocada por vários mecanismos, injeção peniana, infecção, neoplasias ou cirurgia.

O diagnóstico baseia-se na anamnese, exame físico e estudo ecográfico com Doppler.

Trata-se geralmente de uma afecção benigna que resolve facilmente com tratamento adequado.

Apresenta-se o caso de um doente que recorreu ao Serviço de Urgência com esta condição a qual foi resolvida com sucesso através de tratamento médico.

Palavras-chave: Doença de Mondor, Tromboflebite superficial, veia dorsal superficial do pénis

Abstract

Superficial venous thrombosis of longitudinal veins (thoracoepigastrics) from the anterolateral aspect of thorax was first reported by Mondor in 1939. About twenty years later, Helm and Hodge describe an isolated thrombophlebitis of superficial dorsal veins of the penis (TSDVP). Since then, little more than 50 cases were reported.

The clinical presentation, is of rubor and edema and the appearing of an almost painless cord-like induration on the dorsal surface of the penis.

Etiologies of TSDVP are numerous, but the onset of the thrombosis associated to vigorous sexual intercourse seems to be the most frequent.

The diagnosis is based on the anamnesis, physical examination and study U. S. with Doppler.

Usually is a benign and auto-limited afeccion with easy resolution if properly managed.

We present a case of a man that appeared with this condition that was properly resolved with medical treatment.

Introdução

Apesar de descrita pela primeira vez em 1869 por Flage, a tromboflebite superficial dos vasos toracoepigástricos só mereceu a atenção particular dos clínicos em 1939 quando Henri Mondor editou o seu artigo de revisão intitulado “Tronculite sous cutanée subaiguë de la paroi thoracique antéro-laterale”. Posteriormente Braun-Falco (1955) descreve um caso de tromboflebite da veia dorsal superficial do pénis (TVDSP) e em 1958 Helm e Hodge e Harrow e Sloan em 1963 alertam para o facto desta entidade ser mais frequente do que se pensava.

Desde essa altura pouco mais de meia centena de casos foram descritos, a grande maioria associados a uma história de traumatismo da veia dorsal superficial do pénis (VDSP) durante actividade sexual intensa.

Trata-se de uma situação de evolução clínica benigna cujo diagnóstico é facilmente realizado à cabeceira do doente mas que deve ser consubstanciado através de estudo ecográfico com Doppler peniano, o qual evidência normalmente a trombose do vaso.

Genericamente o tratamento baseia-se no uso de anti-inflamatórios não esteróides e analgésicos, a maior parte das vezes com resolução completa dos sintomas.

Caso Clínico

Apresentamos o caso de um homem de 32 anos, homossexual, que notou o aparecimento de uma induração tipo corda da face dorsal do pénis (Fig. 1) acompanhada de dor, durante a erecção, a qual se



Fig. 1 – Tromboflebite da veia dorsal superficial do pénis. Notar, no terço proximal do órgão a lesão de induração e a ruborização típicas da patologia.

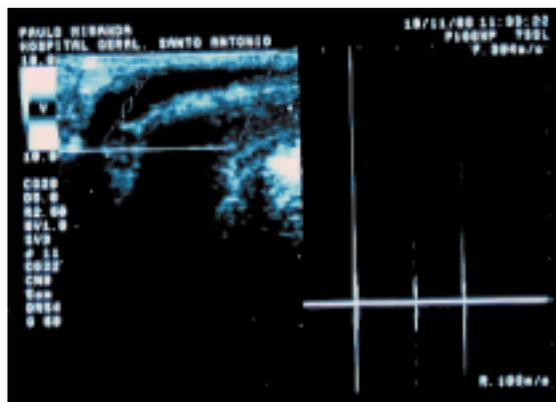


Fig. 2 – Ecodopler peniano mostrando, na altura do diagnóstico, a trombose da VDSP, evidenciada pela falta de sinal no interior do vaso, paredes espessadas, lúmen irregular e com calibre aumentado

estabeleceu após intensa e prolongada actividade sexual, com episódio de coito anal sem orgasmo.

Na história o doente não refere traumatismo peniano externo, uso de elementos constritores do pénis, escorrência uretral ou doença venérea. Sem história de doença hematológica prévia.

O exame objectivo mostrou um homem saudável, circuncidado, com uma induração ao nível do sulco coronal do pénis, tipo corda e nodular, localizada à região média da diáfise peniana e que se estendia até à região retropúbica. A pele encontrava-se com sinais inflamatórios e aderente à VDSP. Os gânglios inguinais eram impalpáveis e o toque rectal normal.

O hemograma, velocidade de sedimentação, estudo de coagulação e bioquímica incluindo estudos das funções hepática e renal e doseamento dos lipídeos séricos, assim como o estudo da urina não revelaram quaisquer alteração.

A ecografia peniana com Doppler mostrou sinais de extensa trombose da VDSP a qual se apresentava de calibre aumentado, paredes espessadas e com lúmen irregular. Encontrou-se também dilatação dos vasos colaterais situados a jusante da veia (Fig. 2).

O doente foi medicado com Rofecoxibe (VIOXX®, 25 mg id), falvinoides micronizados (DAFLON 500®, bid) e aplicação tópica de uma pomada heparinoide (HIRUDOID® pomada, bid). Foi ainda aconselhado a manter abstinência sexual.

A resolução completa dos sintomas dolorosos ocorreu em aproximadamente 24 horas.

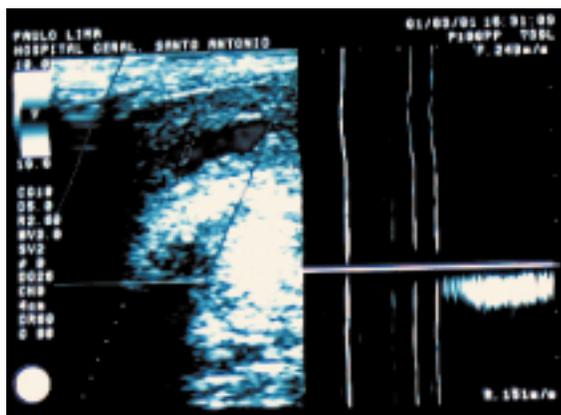


Fig. 3 – Ecodopler peniano aos dois meses de follow-up mostrando, a manutenção da trombose da VDSP

Após cerca de dois meses foi novamente examinado (Fig. 3) tendo-se notado a persistência da lesão peniana. Optou-se por iniciar 400 mg diários de vitamina E. No seguimento, aos quatro meses, a lesão tinha praticamente desaparecido e o doente mantinha-se perfeitamente assintomático e com erecções normais (Fig. 4).

Discussão

A tromboflebite da veia dorsal superficial do pênis é uma doença de evolução benigna. Embora seja uma patologia de aparecimento raro, o seu diagnóstico é, a maior parte das vezes fácil, num contexto clínico, através de uma história de aparecimento de uma induração na face dorsal do pênis, dolorosa ou não e por vezes com sinais inflamatórios.

O exame físico mostra um sinal clínico particular ao obviar a induração numa localização e com uma extensão anatómica típicas. A palpação cuidadosa da veia na linha média do dorso peniano revela um vaso trombosado que se assemelha a um fio de arame entrançado.

Se o doente não tiver sido circuncidado, a inspecção cuidadosa do prepúcio, da corona da glândula e do sulco balano-prepucial pode mostrar a existência de factores precipitantes que possam ser responsabilizados pela trombose do vaso tais como úlceras, infecções, cálculos, tumores ou corpos estranhos.

De acordo com os vários autores o estudo analítico do sangue não trás quaisquer informação para o diagnóstico excepto nos casos onde existam antecedentes patológicos conhecidos.

O diagnóstico deve ser alicerçado com um estudo ecográfico do pênis com Doppler principalmente nos casos em que o diagnóstico não for muito evidente. Os achados ecográficos mais relevantes são os de não compressibilidade ou ausência de fluxo no interior



Fig. 4 – Ereção normal e desaparecimento da lesão (4 meses)

da VDSP; por vezes pode observar-se a presença de um coágulo intravascular.

As principais entidades clínicas que fazem diagnóstico diferencial com a TVDSP são a doença de Peyronie e a linfangite esclerosante do pênis. Nesta última entidade os vasos assumem um trajecto serpiginoso, são translumináveis e plíaveis à palpação. Na trombose da veia dorsal o vaso tem um trajecto linear e uma consistência firme em rosário.

Na etiologia da TVDSP vários factores foram implicados (Tabela 1) embora a maioria dos estudos apontem como principal causa uma história de traumatismo relacionado muitas vezes com um acto sexual vigoroso.

A patogenia da TVDSP é idêntica à das tromboflebitas superficiais e pode ser resumida pela conhecida tríade de Virchow: lesão da parede do vaso, alterações do fluxo sanguíneo e alterações dos próprios constituintes do sangue. O traumatismo do endotélio e a estase sanguínea condicionada pela erecção peniana leva à activação dos sistemas de coagulação e fibrinolítico produzindo um estado de hipercoagulabilidade local responsáveis pela trombose venosa.

A TVDSP pode apresentar-se como uma tromboflebite **aguda** com sinais inflamatórios significativos, dor e febre, de uma forma **subaguda** manifestada apenas pela induração do vaso e acompanhada de uma dor ligeira ou como um edema **crónico** limitado

Tabela 1 – Etiologia da TVDSP**Traumatismos**

- Actividade sexual intensa
- Elementos constrictores
Clampe de Cunnningham para a incontinência
Preservativos
Bomba de vácuo

Auto-injecções para o tratamento da disfunção erétil**Desportos de contacto****Lesões ocupacionais****Infecção**

- Auto-infecções nos toxicodependentes
- Cálculos prepuciais infectados
- Carcinoma peniano infectado
- Úlceras penianas infectadas
- Fimose recorrente purulenta nos diabéticos

Cirurgia

- Circuncisão

Como síndrome paraneoplásico

- Neoplasia da bexiga
- Neoplasia da próstata
- Neoplasia do pâncreas

ao sulco coronal do pénis. O quadro subagudo pode evoluir para a cronicidade. A recanalização espontânea do vaso ocorre geralmente dentro de 6 a 8 semanas com resolução completa dos sintomas. A actividade sexual, potência e orgasmo nem sempre se encontram alterados pelo processo.

A opinião dos vários autores quanto ao tratamento da TVDSP varia entre uma atitude expectante e o *stripping* do vaso. As situações agudas, acompanhadas de dor e febre devem ser tratadas com anestésios locais, AINE e antibióticos. Certos autores advogam o uso de anticoagulantes. Nos casos subagudos e crónicos o uso de AINE e pomadas locais heparinoides resolvem a maioria das vezes o desconforto e a dor. Na persistência dos sintomas recomenda-se a trombectomia ou o *stripping* do vaso.

O uso de terapia anti-trombótica e anticoagulante nas fases iniciais da doença parece ser, na maioria das publicações estudadas, aquela que melhor resultados tem dado, ao contrário dos AINE que apenas transportam uma melhoria sintomática, diminuir o tempo de recuperação dos sintomas e a recanalização do vaso.

A abstenção da actividade sexual durante o período de tratamento médico é essencial ao eliminar os factores de traumatismo sobre o vaso lesado.

Conclusões

Nas várias publicações consultadas a idade dos doentes que se apresentaram com TVDSP variava entre os 21 e os 70 anos. O sinal de apresentação mais frequente, senão constante, foi o aparecimento de uma induração tipo corda da VDSP com ou sem atingimento do plexo venoso retroglândular. São comuns queixas de certo desconforto ou dor, a maioria das vezes acompanhado de sinais inflamatórios locais. O doente que apresentamos exibe características clínicas similares às descritas. Trata-se de uma situação que se apresentou como um quadro subagudo que evoluiu para uma situação de cronicidade – às doze semanas de evolução o exame clínico mostra a induração do vaso e a ecografia apresenta ainda imagens de trombose venosa.

Dado o doente se apresentar apenas com dor local e sinais inflamatórios do território da VDSP e não referir problemas de disfunção sexual optou-se por não tomar qualquer atitude cirúrgica e por iniciar apenas tratamento antitrombótico e antiinflamatório e aconselhar abstinência sexual.

A reavaliação do doente às doze semanas mostrou a manutenção da situação trombótica com induração do vaso. Apoiados na fisiopatologia conhecida da doença de Peyronie (vasculite e infiltrado inflamatório responsáveis pela instalação de um quadro de fibrose gradual) e pelas propriedades da vitamina E (acção antioxidante e actuação directa na reparação do tecido conjuntivo), optou-se por iniciar 400 mg id, PO com supressão da terapia anteriormente descrita. O doente foi novamente avaliado aos quatro meses após o início do tratamento tendo-se notado resolução completa do quadro.

Embora com um diagnóstico basicamente clínico, pensamos que o estudo ecográfico acompanhado com doppler é um importante meio auxiliar de diagnóstico dado não só mostrar a lesão como permitir fazer o diagnóstico diferencial e ser útil na avaliação do *follow-up*.

Ao contrário da bibliografia consultada onde os autores apontam para um tempo de racanalização do vaso entre as seis e as oito semanas, no nosso caso, a resolução completa só ocorreu ao fim de cerca de quatro meses. Somos assim da opinião que antes de ponderar cirurgia devemos esgotar todas as opções médicas dado que em quase todas as séries foi suficiente para a resolução do quadro. Embora não tenhamos visto descrito o uso de vitamina E no tratamento desta entidade, o seu uso talvez tenha interesse principalmente pelas suas acções antioxidantes conhecidas.

Por fim, pensamos que a abstinência sexual é parte fundamental do tratamento ao diminuir o traumatismo peniano e assim eliminar um factor importante favorecedor da trombose.

Bibliografia

1. Mondor H. - Tronculite sous-cutanée subaiguë de la paroi thoracique antéro-latérale. *Mém Acad Chir* 1939; 65: 1271-8
2. Braun-Falco O; Zur Klinik – Histologie und Pathogenese der strangförmigen oberflächlichen Phlebitiden. *Derm Wschr*, 1955; 132: 705-15
3. Helm JD Jr; Hodge IG – Thrombophlebitis of a dorsal vein of the penis: report a case treated by phenylbutazone (Butazolidin). *J Urol*, 1958; 79: 306-7
4. Finlay GH, Whiting DA. – Mondor's phlebitis of the penis: a condition miscalled "Non-Venereal Sclerosing Lymphagitis". *Clin Exp Derm* 1977; 2: 65-7
5. Thomazeau H, Alno L, Lobel B - Thrombosis of the dorsal vein of the penis, *J Urol (Paris)*, 1983; 89 (9): 691-2
6. Horn AS, Pecora A, Chiesa JC, Alloy A – Penile thrombophlebitis as a presenting manifestation of pancreatic carcinoma. *Am J Gastroenterol*, 1985 Jun; 80 (6): 463-5
7. Swerzewski SJ 3d, Denil J, Ohl DA – The management of penile Mondors phlebitis: superficial dorsal penile vein thrombosis. *J Urol*, 1993 Jul; 150 (1): 77-8
8. Evans DT, Ward OE – Dorsal vein thrombosis of the penis presenting to na STD clinic. *Genitourin Med*, 1994 Dec; 70 (6): 406-9
9. Ozkara H, Akkus E, Alici B, Akpınar H, Hattat H – Superficial dorsal penile vein thrombosis (penile Mondors disease). *Int Urol Nephrol*, 1996; 28 (3): 387-91
10. Shapiro RS – Superficial dorsal penile vein thrombosis (penile Mondors phlebitis): ultrasound diagnosis. *J Clin Ultrasound*, 1996 Jun; 24 (5): 272-4
11. Herrero Payo A, Paez Borda A, Martín Osés E, Lujan Galan M, Berenguer Sanches A – Unusual case of acute penile deformity: thrombosis of the superficial dorsal vein of the penis. *Arch Esp Urol*, 1996 Oct (8): 861-4
12. Bird V, Krasnokutsky S, Zhou HS, Jarrahy R, Khan SA – Traumatic thrombophlebitis of the superficial dorsal vein of the penis: na occupational hazard. *Am J Emerg Med*, 1997 Jan; 15 (1): 67-9
13. Katz R, Blachar A – Superficial dorsal penile vein thrombosis. *Harefuah*, 1997 Apr 15; 132 (8): 544-5, 607
14. Kraus S, Ludecke G, Weidner W – Mondor's disease of the penis. *Urol Int*, 2000, 64 (2): 99-100