

TRATAMENTO DA TROMBOFLEBITE SUPERFICIAL: ABORDAGEM ATUAL BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Autor: Eduardo Gallon

Introdução:

A tromboflebite superficial (TS) é caracterizada por trombose nas veias superficiais. Aproximadamente 10% dos pacientes com TS progressam para trombose venosa profunda (TVP) ou embolia pulmonar (EP), e cerca de 25% apresentam TVP concomitante ao diagnóstico. Dessa forma, a abordagem terapêutica da TS tem evoluído para estratégias baseadas em estratificação de risco e evidências clínicas.

Objetivo

Revisar as recomendações atuais para o tratamento da tromboflebite superficial, com base em evidências científicas recentes, destacando critérios de gravidade, indicações de anticoagulação e opções terapêuticas.

Estratificação de risco:

Característica	Tratamento Recomendado	Duração	Referências
TS 5 cm, abaixo do joelho	Tratamento conservador ± US controle em 7-10 dias	Conforme sintomas	[1-2]
TS ≥ 5 cm OU sintomas graves	Anticoagulação profilática	45 dias	[1, 3]
TS > 3 cm da junção safenofemoral	Anticoagulação profilática	45 dias	[1]
TS ≤ 3 cm da junção safenofemoral	Anticoagulação terapêutica (dose plena)	≥ 3 meses	[1-2, 4]
Progressão apesar de tratamento conservador	Anticoagulação profilática	45 dias	[1, 4]

Tratamento com anticoagulantes:

O tratamento é indicado em casos selecionados de tromboflebite superficial (TS) de membros inferiores, especialmente quando há trombo com extensão ou localização de risco, proximidade das junções safeno-femoral/safeno-poplítea ou presença de fatores de risco tromboembólicos.

Fondaparinux 2,5 mg subcutâneo (SC) uma vez ao dia por 45 dias é o regime mais estudado e é recomendado como primeira-linha. No ensaio CALISTO (3.002 pacientes) o medicamento diminuiu a progressão da TS, ocorrência de tromboembolismo venoso sintomático e recorrência. A taxa de sangramento maior relatada foi muito baixa (0,1%), semelhante ao placebo.

Rivaroxabana 10 mg via oral (VO) uma vez ao dia mostrou não-inferioridade ao fondaparinux em estudo (SURPRISE), sendo uma alternativa válida sobretudo pela via oral e maior conveniência para o paciente. Em séries publicadas não foram relatados aumentos relevantes de eventos de sangramento maior, o que torna o fármaco uma opção prática quando disponível e apropriado.

Heparina de baixo peso molecular (por exemplo, enoxaparina 40 mg SC uma vez ao dia) constitui uma alternativa terapêutica quando fondaparinux ou rivaroxabana não estão disponíveis. A evidência que sustenta seu uso é mais limitada em comparação com o fondaparinux, mas continua sendo uma escolha razoável na prática clínica.

Varfarina (e outros antagonistas da vitamina K) não possui evidência de alta qualidade que suporte seu uso no tratamento da tromboflebite superficial; diretrizes e revisões sistemáticas não a recomendam rotineiramente para essa indicação.

Tratamento conservador:

O tratamento conservador é indicado para pacientes com tromboflebite superficial (TS) de pequeno segmento (≤ 5 cm), com sintomas leves e sem fatores de risco para progressão ou tromboembolismo venoso associado.

Os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) são utilizados para reduzir a dor e a inflamação local, contribuindo para alívio sintomático. O uso de meias de compressão elástica pode ser considerado, pois favorece o retorno venoso e reduz a estase, embora a evidência para diminuição da extensão do trombo seja limitada.

Medidas adjuvantes, como compressas mornas e elevação do membro acometido, auxiliam no controle dos sintomas.

O seguimento clínico é fundamental, devendo o paciente ser orientado a retornar para reavaliação em caso de piora dos sintomas ou sinais de TVP.

Tratamento cirúrgico:

O tratamento cirúrgico da tromboflebite superficial apresenta evidência limitada e, portanto, não é recomendado de forma rotineira. Estudos comparando ligadura da junção safeno-femoral ou trombectomia com tratamento clínico, como heparina de baixo peso molecular (HBPM), não demonstraram diferença significativa nas taxas de recorrência, em torno de 10% em ambos os grupos.

Procedimentos endovenosos, incluindo ablação térmica e escleroterapia, podem ter papel em situações selecionadas, especialmente em pacientes com refluxo venoso documentado, com o objetivo de reduzir recorrências a longo prazo. No entanto, esses métodos devem ser considerados de forma individualizada, após resolução do quadro inflamatório agudo.

As possíveis complicações associadas às abordagens cirúrgicas incluem equimose, infecção e morbidade local, reforçando que sua indicação deve ser criteriosa e restrita a casos específicos.

Conclusão:

A tromboflebite superficial não deve ser subestimada. O manejo atual baseia-se na estratificação de risco tromboembólico, com indicação de anticoagulação em casos selecionados, reduzindo significativamente complicações graves. A adoção de uma abordagem baseada em evidências permite tratamento mais seguro e eficaz, com impacto direto na prevenção de TVP e TEP.

Referências:

- Piazza G, Krishnathasan D, Hamade N, et al. Superficial Vein Thrombosis: A Review. JAMA. 2025;334(22):2020-2030. doi:10.1001/jama.2025.15222
- Stevens SM, Woller SC, Kreuziger LB, et al. Antithrombotic Therapy for VTE Disease: Second Update of the CHEST Guideline and Expert Panel Report. Chest. 2021;160(6):e545-e608. doi:10.1016/j.chest.2021.07.055
- Streiff MB, Holmstrom B, Angelini D, et al. Cancer-Associated Venous Thromboembolic Disease, Version 2.2024, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2024;22(7):483-506. doi:10.6004/jnccn.2024.0046
- Angulo MI, Mauro AC, Vela M. What Is Superficial Vein Thrombosis?. JAMA. Published online December 22, 2025. doi:10.1001/jama.2025.20529