

VARIZES – O PAPEL DO CIRURGIÃO GERAL

Sandra Hilário¹, Cristina Aniceto², Miguel Coelho³

SUMMARY

Varicose veins are a common problem treated, most of the times, surgically. The authors make a review of a few etiologic and general concepts of this disease and describe their strategies for dealing with this problem. They focus their experience and their procedures in current use to resolve venous pathology with a special meaning to ambulatory surgery.

To planning treatment of varicose veins must be kept in mind that varicosities must be permanently removed, the underlying cause of venous hypertension treated and complications must be minimized. Always, as possible, the repair must be done thinking in a cosmetic way. A number of options are available for surgical treatment of varicose veins. Treatments range from the standard surgical therapy of high ligation and stripping of the greater saphenous and tributaries to sclerotherapy. As the technique was enhanced over the time, microphlebectomy has been used to remove varicosities mainly below the knee.

Today, this common clinical problem of varicose veins can be addressed using a variety of techniques in order to treat and satisfy the patient.

RESUMO

As varizes são um problema comum tratado, na maioria das vezes, cirurgicamente. Os autores fazem uma revisão dos conceitos gerais e etiológicos desta doença e descrevem as estratégias para tratar este problema. Partilham a sua experiência no tratamento desta patologia, dando especial relevo à cirurgia de ambulatório.

O planeamento de uma cirurgia às varizes tem que ter presente a necessidade de remoção de varizes, o tratamento da causa subjacente à hipertensão venosa e

¹ Médica Interna de Cirurgia Geral (6.º ano); Assistente Convidada de Biopatologia Química, Faculdade de Medicina de Lisboa

² Assistente Hospitalar Graduada (Serviço de Cirurgia II)

³ Director do Serviço de Cirurgia II (Hospital de Santo André, EPE)

Serviço de Cirurgia II – Hospital de Santo André, Leiria

Correspondência:

Sandra.hilario@gmail.com
R. Casal Pereira, 105, Serra
2425-072 Monte Real

a minimização das complicações. Sempre que possível a abordagem terapêutica deve preocupar-se também com a cosmética havendo, para o efeito, uma panóplia de opções disponíveis. O tratamento varia, desde a terapia cirúrgica com laqueação alta da croça, “stripping” da safena interna e laqueação de perfurantes até à escleroterapia. Ao longo do tempo a técnica evoluiu e a microflebectomia é usada frequentemente para remover varizes, sobretudo abaixo do joelho.

Actualmente tem emergido uma panóplia de medidas terapêuticas que, isoladas ou usadas de forma complementar, tratam esta patologia e satisfazem o doente.

INTRODUÇÃO

As varizes constituem um processo crónico e evolutivo de doença venosa. São veias tortuosas, superficiais e proeminentemente dilatadas nos membros inferiores, muitas vezes na distribuição anatómica das safenas interna e externa.

As veias varicosas constituem uma manifestação de insuficiência venosa crónica, entidade prevalente nas sociedades ocidentais e contribui para aproximadamente 85% dos problemas venosos tratados cirurgicamente.

A insuficiência valvular venosa, usualmente na junção safeno-femoral (e em veias perfurantes) resulta no aumento da pressão venosa ao longo da veia safena com a progressiva dilatação da veia e consequente disrupção valvular.

Sendo uma patologia incapacitante e responsável por uma taxa impor-

tante de absentismo, as varizes constituem um problema de saúde pública à escala mundial. Para colmatar esta problemática assiste-se a uma evolução na variedade de estratégias, procedimentos e técnicas terapêuticas que usadas de forma complementar atingem resultados muito satisfatórios.

O presente artigo pretende transmitir a forma de abordagem desta patologia a nível de um Hospital distrital, onde o Cirurgião Geral tem que dar resposta a um número crescente de doentes.

Etiologia e fisiopatologia

A bipedestação condiciona a nível do sistema venoso, um equilíbrio permanente entre forças centrífugas e forças centrípetas (Tabela 1).

Forças centrífugas	Forças centrípetas
Pressão Hidrostática	Esmagamento plantar (palmilha venosa de Lejars)
Pressão Intra-abdominal	Bomba muscular
	Pulsatilidade das artérias paravenosas
Distensibilidade das veias	“Vis à Front” – força aspirativa criada pela dinâmica torácica e diástole
Compressão extrínseca	“Vis à tergo” – força propulsora da chegada de sangue a cada batimento cardíaco

Tabela 1. Forças centrífugas e centrípetas.

O desequilíbrio entre estas forças, mantido ao longo do tempo, condiciona um estado de insuficiência venosa crónica com alterações da microcirculação (Figura 1).

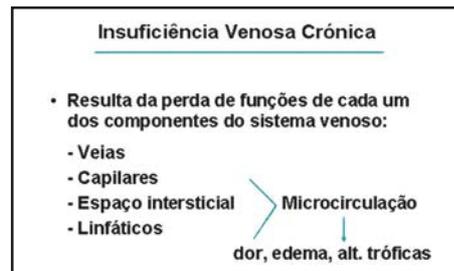


Figura 1. Insuficiência Venosa Crónica.

Diversas teorias têm sido enfatizadas para justificar a fraqueza da parede venosa, desde a incompetência das válvulas (Figura 2), até a um distúrbio das células do músculo liso e da organização da matriz extra-celular. Realizaram-se vários estudos para explicar os mecanismos subjacentes das varizes, focalizados, sobretudo, na alteração do endotélio devido à estase sanguínea e à hipóxia que induzem migração e proliferação das células do músculo liso²².



Figura 2. Fisiopatologia da Insuficiência Venosa Crónica.

Há, concomitantemente, trabalhos sobre a deformação da matriz extra-celular induzida por alterações da expressão das metaloproteinases e

seus inibidores que têm tentado explicar a etiologia das varizes²². Todavia, pouco se tem meditado sobre as alterações hormonais que ocorrem durante a gravidez e a menopausa, factores cruciais a ser envolvidos na etiologia desta doença. Estão descritas alterações da expressão do receptor-b dos estrogéneos como causa possível para o aumento do volume das células do músculo liso e assim para a desorganização das unidades contráctil-elásticas. A hipertrofia destas células pode ter um papel “pivot” na indução da fraqueza da parede venosa²².

É também conhecido o incremento da sintomatologia associada à insuficiência venosa crónica no primeiro dia da menstruação, quando os níveis de progesterona atingem o seu pico. Talvez este facto possa explicar que para os mesmos estádios iniciais da doença as mulheres refiram queixas algicas e edemas mais exuberantes que o sexo masculino.

Por outro lado, diferentes transcrições genéticas podem influenciar a resposta adaptativa da parede venosa aos estímulos e a remodelação da matriz extra-celular, conduzindo ao desenvolvimento de varizes¹².

Os relatos contraditórios no significado de diversos fenómenos hemodinâmicos, tais como a incompetência da veia femoral e perforantes da perna, impedem uma orientação na hemodinâmica venosa¹⁶. A diferença da pressão venosa tem sido denominada gradiente de pressão e parece ser o factor chave que provoca o refluxo venoso no membro inferior, assim como a recidiva (Figura 3).

O fluxo bidireccional dentro das perforantes da perna, que ocorrem em pacientes saudáveis e com varizes,



Figura 3. Incompetência valvular.

permite um equilíbrio rápido das mudanças da pressão entre os sistemas venoso superficial e profundo. O refluxo altera a hemodinâmica venosa em vários graus, dependentes da quantidade do fluxo retrógrado que, quando abolido, restaura a hemodinâmica venosa normal. Se o refluxo nas veias superficiais for grande pode causar uma forma mais grave da insuficiência venosa crônica¹⁶.

De uma forma global, as varizes primárias são consideradas uma doença progressiva com início na croça das veias safenas e que se estende aos seus tributários de uma forma retrógrada ao longo dos troncos safenos. Estes achados sugerem que a doença varicosa pode, progressivamente, estender-se de uma forma antrógrada. Esta hipótese sugere que os troncos das safenas poderiam ser poupados

no tratamento de um número relevante de doentes com varizes⁴.

Apesar de existirem várias teorias que tentam explicar a etiologia da doença varicosa, é quase consensual que a insuficiência valvular está na base da hipertensão venosa e, conseqüentemente, das alterações clínicas e semiológicas que a acompanham (Figura 4).

Factores de risco

Os factores de risco da insuficiência venosa crónica são bem conhecidos: obesidade; sedentarismo; hábitos dietéticos; obstipação; gravidez; factores genéticos e o ortostatismo prolongado durante o desempenho de trabalho²⁴. A roupa muito apertada, os anti-conceptivos orais, o tabaco e a dislipidémia são também factores predisponentes para a estase venosa.

Espectro de doença

A insuficiência venosa crónica tem vários estádios de manifestação onde as varizes ocupam lugar.

A classificação de Widmer¹⁰ (1978) para as varizes estabelece referência de diâmetros para podermos designar as dilatações das veias (Figura 5).



(SVP: Sistema Venoso Profundo; SVS: Sistema Venoso Superficial).

Figura 4: Fisiopatologia das varizes.

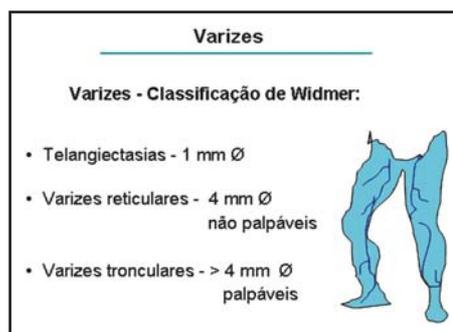


Figura 5. Classificação de varizes (Widmer¹⁰).

Em 1995, Porter e Moneta publicaram uma classificação de doença venosa crónica que considerava os sinais clínicos (C), a etiologia (E), a distribuição anatómica (A) e as alterações fisiopatológicas (P) – CEAP¹⁰ (Figura 6).

Classificação CEAP	
•	Classe 0: sem sinais visíveis ou palpáveis de doença venosa;
•	Classe 1: telangiectasias ou veias reticulares;
•	Classe 2: varizes;
•	Classe 3: edema sem alterações cutâneas;
•	Classe 4: alterações tróficas de origem venosa;
•	Classe 5: alterações tróficas com úlcera flebostática cicatrizada;
•	Classe 6: alterações cutâneas com úlcera flebostática activa.

Figura 6. Classificação CEAP¹⁰.

As úlceras venosas são o estágio final da insuficiência venosa crónica, e são precedidas, obviamente por alterações cutâneas ou lipodermatosclerose¹⁰. Entre o tratamento padrão para estas úlceras está o uso da compressão elástica que inverte o efeito da hipertensão venosa e o uso de pensos que mantêm um equilíbrio do ambiente de cicatrização da ferida. O uso de meia elástica para a compressão nos pacientes com fluxo arterial normal é, actualmente, o tratamento com o nível mais elevado de evidência para o tratamento de úlcera venosa¹⁹.

Há estudos que demonstraram que as varizes de grande calibre podem provocar ulceração venosa em 15 dias. A incidência de úlceras venosas como primeiro diagnóstico de patologia varicosa chega a atingir os 20%¹⁹.

Como diagnosticar

Os doentes com patologia venosa dos membros inferiores são referenciados para a nossa consulta por Médicos Hospitalares e por Clínicos Gerais.

Numa primeira abordagem é feita a colheita da História clínica onde uma boa anamnese é fundamental. São avaliados, para o efeito, diversos parâmetros:

- data das primeiras alterações;
- evolução da sintomatologia;
- tratamentos específicos instituídos;
- antecedentes pessoais e familiares;
- antecedentes ortopédicos e ginecológicos;
- traumatismos prévios;
- atrofias musculares;
- trombose venosa profunda (TVP) prévia;
- terapêutica hormonal;
- alterações congénitas;
- carácter hereditário;
- hábitos (profissão, fonte de calor, esforço violento e prolongado).

A interpretação da sintomatologia (Figura 7) e o conhecimento da existência de tratamentos prévios acrescentam detalhes e informações importantes para a escolha do tratamento.

Clínica	
•	Assintomática
•	Aspecto cosmético
•	Dor *
•	Sensação de pernas pesadas / Fadiga dos MI *
•	Edema vesperino
•	Cálbras, prurido, parestesias
•	Eczema
•	Tromboflebite superficial
•	Hemorragia
•	Ulceração
*agravamento à noite, após longos períodos de pé e temperaturas ↑	
⇒ Factores de alívio: Marcha, elevação MI, meias elásticas	

Figura 7. Clínica de Insuficiência venosa crónica.

É fundamental fazer o exame objectivo do doente. Observamos os membros inferiores em pé, avaliando a existência de varizes, edema ou alterações cutâneas e comparando bilateralmente. Para além da inspecção fazemos, ainda, a palpação e percussão, procurando sinal

de refluxo com manobras de Valsava.

O teste de Trendelenburg, a prova de Schwartz e de Perthes, apesar de manterem actualidade, para a maioria dos clínicos são, nos dias actuais, pouco úteis na avaliação pré-operatória.¹

A avaliação clínica pode ser melhorada utilizando o doppler portátil. Mas sendo uma técnica “cega” e subjectiva, o estudo pré-operatório é melhor conseguido através do ecodoppler venoso duplex⁹ ou triplex.

Deixamos a realização de ecodoppler venoso triplex de rotina apenas para doentes com cirurgia prévia (de varizes ou ortopédica) e para a patologia da safena externa (Figura 8).

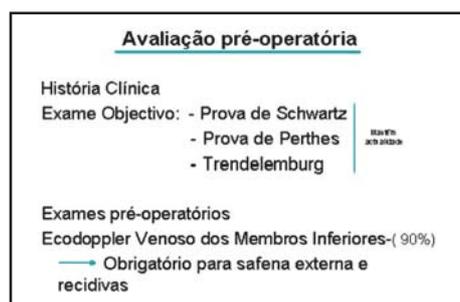


Figura 8. Avaliação pré-operatória.

Este exame mostra-se de grande importância até mesmo para programar o tipo de cirurgia a oferecer ao doente (Figura 9)

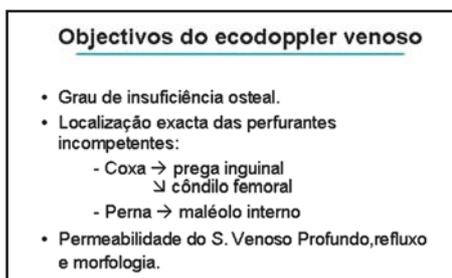


Figura 9. Objectivos do ecodoppler venoso dos membros inferiores.

Como tratar

Para além da cirurgia tradicional, existem actualmente várias opções terapêuticas. No entanto, a cirurgia continua a ocupar um lugar fundamental no tratamento desta patologia, objectivando a laqueação dos pontos do refluxo e a exérese dos trajectos varicosos.

A cirurgia é feita de forma individualizada na tentativa de um bom resultado estético e funcional, constituindo uma forma de aliviar os sintomas e simultaneamente prevenir as complicações.

No nosso Hospital grande número de doentes é operado em regime de ambulatório (Hospital de Dia). Os critérios de inclusão incluem requisitos de ordem médica, do doente e de carácter social (Tabela 2).

Critérios de inclusão em Cirurgia de Ambulatório		
Médicos	Doente	Sociais
ASA < III	Aceitação dos princípios	Ter acompanhante: - trazer e levar doente - cuidados 48h iniciais
IMC < 35	Estabilidade psico-emocional	
Complexidade		Residência < 1h
Dimensões	Residência < 1h	
Duração intervenção ≤ 1h		

(IMC: Índice de Massa Corporal)

Tabela 2. Critérios de inclusão em Cirurgia de Ambulatório.

Todos os doentes em lista de espera que reúnam os critérios para cirurgia de ambulatório (CA) são observados numa primeira consulta, re-avaliados e posteriormente enviados a uma entrevista com a Assistente Social (Figura 10).



Figura 10. Organigrama da Consulta de Cirurgia de Ambulatório (CA) – I.

Os doentes são admitidos a uma segunda consulta para avaliação dos exames complementares de diagnóstico e marcação da data da cirurgia.

Entretanto, cerca de oito dias antes da intervenção, têm uma consulta de Anestesiologia (Figura 11).

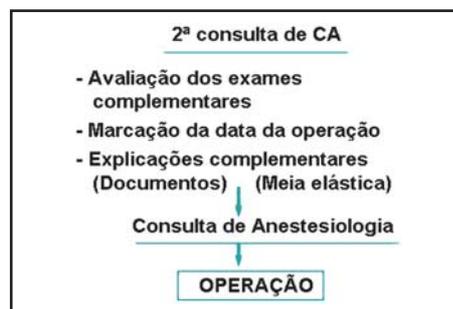


Figura 11. Organigrama da Consulta de Cirurgia de Ambulatório (CA) – II.

No dia da cirurgia, estes doentes entram às 8h, em jejum, fazem o processo administrativo, tomam banho, é-lhes feita tricotomia e administrada pré-medicação.

Após a cirurgia vão para o recovery, iniciando dieta líquida à tarde e têm alta entre as 18 e as 20 h.

É-lhes fornecido um relatório para entregar ao Médico Assistente que referencia o diagnóstico e tratamento efectuados, os cuidados a ter no pós-operatório e também o telefone do cirurgião para o caso de o doente precisar de ajuda.

Cinco dias depois o doente é reavaliado (numa terceira consulta) e segue o “follow-up” habitual. Em raros casos os doentes são internados e têm alta no dia seguinte.

No Bloco Central operamos doentes com varizes bilaterais e/ou com ASA (American Classification of Anesthesiology) > 2. Os procedimentos no pré-operatório são similares aos da cirurgia ambulatória. Para além disso, administramos heparina de baixo peso molecular (nadroparina, 0.3cc, sc) no dia da cirurgia e apenas em doentes com patologia cardíaca que apresentem varizes complexas. Os doentes têm alta nas primeiras 24 horas, à excepção dos que apresentam úlceras varicosas e que, simultaneamente, são submetidos a enxertos cutâneos.

Antes da intervenção cirúrgica é fundamental marcar as varizes. É um gesto muito importante que deve ser sempre efectuado ou orientado por cirurgiões seniores pois dele depende o sucesso da cirurgia. São marcadas as incisões da croça da safena, das perfurantes e desenhados os trajectos das colaterais a excisar ou a laquear. É uma marcação cuidadosa, correcta e rigorosa, com o doente de pé.

O tratamento cirúrgico é individualizado: os doentes poderão ser submetidos a laqueação das croças; laqueação de perfurantes ou laqueações com “stripping” associado.

<u>Técnica Cirúrgica</u>
<ul style="list-style-type: none"> • INCISÕES : – Croça: 2-3 cm – Perfurantes: 1cm – Colaterais: 0,5 cm

Figura 12. Incisões para cirurgia.

<u>Stripping</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Introdução pela incisão da croça. - Saída no 1/3 superior da perna (stripping Curto) - Tração no sentido céfalo-caudal - Extração fraccionada se necessário. - Compressão manual de todo o trajecto, após a fleboextração

Figura 13. Técnica de stripping.

O tamanho das incisões é variável dependendo da sua localização (Figura 12).

A abordagem da croça da safena interna é feita por incisão na prega inguinal e procuramos laquear todas as colaterais, com especial atenção para a safena acessória. A laqueação da croça é dupla e é feita junto à veia femoral, com seda 2/0.

A laqueação das perfurantes de Dodd e Boyd são feitas com seda 2/0 e as de Cockett com Vicryl 3/0. As colaterais de maior calibre são laqueadas de forma segmentar e fazemos a avulsão das veias utilizando, para o seu isolamento, agulha de Crochet. As colaterais de menor calibre inicialmente eram laqueadas com ponto percutâneo, sem incisão e retirávamos o ponto ao 5.º dia, pois assim facilitávamos a esclerose complementar. Abandonámos, contudo, esta técnica pois o resultado estético era pior, com cicatrizes mais pigmentadas.

Relativamente à técnica de “stripping”, optamos pelo “stripping” curto, com bons resultados e com baixa incidência de lesão do nervo safeno interno (Figura 13).

A cirurgia termina com o encerramento das incisões realizadas. Na incisão da croça da safena utilizamos sutura intradérmica com pontos separados de vicryl 4/0. Nas incisões da coxa e perna damos pontos simples de “nylon” 4/0 (raramente Donatti).

As lesões vasculares iatrogénicas durante a cirurgia de varizes têm uma baixa incidência (0.0017%-0.3%)¹⁸ mas podem constituir problemas sérios. As complicações mais frequentes são os hematomas, os seromas, as lesões nervosas (nervo safeno), as infecções cutâneas (nos obesos), as flebotromboses, os linfedemas e também as cicatrizes com colóide.

O conhecimento da anatomia e a consciência da possibilidade de complicações vasculares devem constituir arma preventiva. A detecção precoce através da verificação rotineira da circulação arterial é importante¹⁸.

Imediatamente após efectuarmos a cirurgia, ainda na mesa operatória, colocamos ligadura elástica que é mantida durante as primeiras horas e substituída pelas meias elásticas grau II do doente antes de ter alta, nas 24 horas seguintes. As meias elásticas devem ser usadas diariamente e pelo menos durante 2 meses.

A analgesia eficaz é outra das nossas preocupações para que o doente se sinta bem e estimulado à mobilização precoce. Aconselhamos uma convalescença de 8 a 15 dias, encorajando o exercício, relembrando as medidas higieno-dietéticas e o uso de flebotropos durante os meses mais quentes do ano.

A consulta de pós-operatório é realizada ao 5.º dia e os pontos das suturas

operatórias são retirados ao 7º dia. Após 2 meses têm nova consulta de reavaliação com eventual programação de escleroterapia (varizes residuais).

Para escleroterapia, no nosso Serviço, utilizamos polidocanol a 2%, diluído ou não, em forma líquida, ou em espuma, dependendo do local e do tipo de varizes a esclerosar (Figura 14).



Figura 14. Técnica de escleroterapia.

Observamos o paciente em ortostatismo para programar os locais de esclerose.

Depois da punção e da injeção de polidocanol (Figura 15), realizadas com o doente deitado, fazemos compressão local com rolos de algodão que o doente retira à noite.

A evidência de estudos controlados randomizados sugere que a escolha do esclerosante, a dose, a formulação (espuma ou líquido), os rolos de pressão, grau e extensão da compressão não



(MHD: Medidas Higiêno-Dietéticas).

Figura 15: Escleroterapia

têm efeito significativo na eficácia da escleroterapia nas varizes. A evidência clínica mostra que o papel actual para a escleroterapia se limita ao tratamento de veias residuais após cirurgia e varizes reticulares²⁶.

Imediatamente depois da sessão de escleroterapia aplicamos meia elástica grau II (25-35 mmHg), para compressão adequada, só descontinuada no período nocturno de decúbito e que o doente usa durante quinze dias.

Realizamos escleroterapia apenas de Setembro a Maio, evitando os meses de Verão.

A escleroterapia não é uma técnica inócua. Despistamos sempre histórias de atopias para diminuir a probabilidade de reacção alérgica.

Há outros riscos que têm de ser evitados dada a sua gravidade: hiperpigmentação cutânea permanente ou transitória; flebotrombose e isquémia arterial.

Na literatura estão descritas várias complicações pós-escleroterapia como as reacções vaso-vagais ou alérgicas, dores ou ulcerações locais e recidivas.

Além dos efeitos secundários da forma líquida, a espuma apresenta os seus próprios efeitos, muito raros, designadamente alterações visuais espontaneamente reversíveis²³.

A escleroterapia, para além de complementar a cirurgia, pode também constituir uma alternativa terapêutica²³, nomeadamente em casos de varizes sem insuficiência osteal das safenas interna e externa, sem perfurantes insuficientes e com sistema venoso profundo permeável ou em veias pequenas e localizadas, telangiectasias e varizes reticulares.

Apesar da escleroterapia ser uma técnica direccionada para as telangec-

tasias, estudos recentes documentaram que a administração de esclerosantes ventilados ou espumados fornece uma opção custo-efeito excelente para o tratamento das veias varicosas^{20,23}. No caso da espuma, o volume a ser injetado deve ser determinado de forma individual e depende da presença ou não de espasmo venoso, do grau de enchimento venoso e da impregnação endotelial das varizes tratadas, não devendo exceder 7.5 ml por sessão²³. A duração do tratamento e da recuperação é mais curta, o desconforto é minimizado, e os resultados são geralmente excelentes²⁰.

A escleroterapia pode ser realizada com apoio ecográfico, apesar de não ser esta a realidade do nosso Serviço. A injeção de esclerosante, quando guiada por ecografia, dá resultados satisfatórios se aceitarmos que o tratamento pode necessitar de ser repetido para conseguir o sucesso secundário. Pacientes muito novos com veias safenas muito dilatadas podem necessitar de formas alternativas de tratamento, particularmente para o refluxo da safena externa¹¹.

Para muitos Autores, a escleroterapia guiada por ecografia associada à laqueação safeno-femoral constitui uma alternativa terapêutica relativamente à laqueação safeno-femoral associada a stripping e flebectomias³.

Existem ainda outras possibilidades terapêuticas não menos eficazes e que primam pela preocupação com a estética. É exemplo disto a flebectomia ambulatória que sendo uma técnica cirúrgica segura, estética, eficaz e econômica, permite a extracção venosa com um gancho especial, assegurando a erradicação completa e definitiva das veias¹³. Consiste em realizar incisões mínimas da pele (1-3 milímetros), ou

mesmo punções com agulha que resultam, usualmente, sem cicatriz. Este método (Técnica de Muller) é particularmente indicado para tratar as veias reticulares (prega poplítea, face lateral da coxa e pé), as veias da virilha, as veias dos tornozelos e a rede venosa dorsal do pé¹⁵. A técnica de Muller abriu um enorme campo para a cirurgia ambulatória, especialmente quando a flebectomia é combinada com a laqueação da croça da safena¹³.

A curetagem dos telangiectasias é uma técnica menos conhecida, mas é também eficaz a remover este tipo de redes venosas¹⁵. No entanto, não a realizamos na nossa equipa.

Existem ainda situações em que a cirurgia pode ser contra-indicada, nas quais têm que ser mais ponderadas outras formas de tratamento, nomeadamente no doente muito idoso, nos doentes com doenças sistémicas graves ou na gravidez. Também os doentes com isquémia crónica dos membros, diátese hemorrágica, linfedema e alguns casos de celulite contra-indicam a intervenção cirúrgica.

Nos últimos sete anos, a ablação por radiofrequência e o tratamento laser endovenoso foram introduzidos como importantes novas técnicas de abordagem endovenosa para o tratamento mini-invasivo do refluxo venoso superficial e das veias varicosas^{20,23}. A laqueação sub-fascial videoassistida das veias perfurantes insuficientes veio também revolucionar a abordagem desta entidade nosológica²⁰.

Recorrência

A recorrência de varizes após a cirurgia ocorre num número elevado de doentes, sobretudo no local da junção

safeno-femoral prévia⁸, atingindo cerca de 15-30%⁵ e havendo estudos que relatam até 60% dos pacientes⁶. Uma variedade de factores técnicos foi implicada mas os factores biológicos, tais como o neovascularização, têm sido propostos mais recentemente.

Um dos estudos que avalia as causas dos maus resultados dos procedimentos cirúrgicos no tratamento das varizes refere que a recidiva se observa, não apenas após técnica imperfeita (que é certamente a causa mais comum) mas também após cirurgias executadas por cirurgião experiente. A neovascularização, segundo os autores do estudo, explicará um determinado número de recidivas apesar da laqueação correcta da croça⁸.

Existe, contudo, um estudo que mostra que a neovascularização ocorre numa proporção relativamente pequena dos pacientes com recorrência de varizes. Nesse trabalho, todas as recorrências de varizes associadas com o neovascularização também estavam associadas com o refluxo persistente nos tributários do tronco da veia safena interna. A recidiva era associada com inadequada cirurgia ou com a progressão precoce da doença e a neovascularização isolada não foi a causa da recorrência⁶.

Para muitos que recusam aceitar a neoangiogénese como causa das recidivas, o mau tratamento ou a não abordagem do refluxo safeno-femoral ou safeno-popliteo é causa de recorrências significativas resultando em re-operações².

O diagnóstico exacto, a indicação correcta e a radicalidade suficiente do procedimento previnem recorrências da doença².

Há, no entanto, um factor independente do cirurgião que é a tendência genética para a formação de varizes

através do desenvolvimento de fraqueza da parede venosa de uma forma localizada ou generalizada^{17,25}.

Os procedimentos endovasculares (laqueação por laser endovenoso ou laqueação por radiofrequência) podem minimizar a possibilidade desta complicação⁸. A exposição prolongada a energia de alta-frequência resulta na perda total da arquitectura da parede dos vasos, desintegração e carbonização¹⁴.

Apesar de todas estas formas de tratamento, não pode ser abandonada a forma mais simples de tratamento: o tratamento conservador. São estimuladas as medidas gerais e higieno-dietéticas, com elevação dos membros inferiores, evitar longos períodos em pé, compressão elástica e flebotropos (Figura 16).

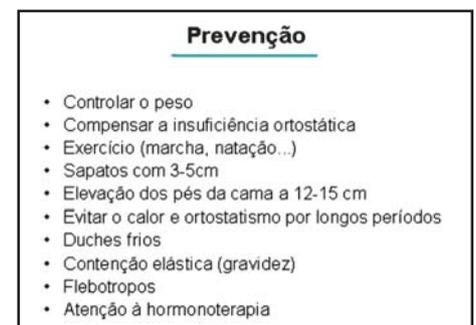


Figura 16. Medidas de prevenção.

Mesmo prevenindo, as varizes podem surgir aliadas, ou não, ao factor hereditário.

Grande parte dos casos não é possível tratar em definitivo, tornando a abordagem desta patologia num desafio aliante onde a cura deixa lugar a tratamentos periódicos e não definitivos.

DISCUSSÃO

A patologia venosa tem uma elevada prevalência no nosso país e motiva uma grande morbidade que jus-

tifica taxas importantes de absentismo ao trabalho, com o impacto sócio-económico que todos conhecemos.

É fundamental, como em qualquer doença, o diagnóstico e a profilaxia das complicações, sublinhando nesta área específica o uso da meia elástica.

O tratamento da patologia venosa associa várias medidas terapêuticas. No nosso Serviço, de uma forma geral, operamos as varizes tronculares e fazemos escleroterapia nos casos de telangiectasias, varizes reticulares ou como complemento cirúrgico.

Tem havido um desenvolvimento da cirurgia de ambulatório, nomeadamente nesta área, como alternativa ao internamento convencional, associado a uma recuperação mais rápida do doente (que se sente feliz em ambiente familiar) e que acarreta menos custos para o Sistema Nacional de Saúde. Constitui uma excelente opção terapêutica pois há uma correcta rentabilização dos meios humanos e da capacidade hoteleira do internamento convencional, contribuindo eficazmente para o combate à lista de espera.

AGRADECIMENTOS

O justo agradecimento a todos quantos colaboraram na efectivação deste artigo, nomeadamente à Dra. Sofia Palmela e à Dra. Margarida Torgal pelos seus conselhos e disponibilidade e ao Dr. Pedro Barata pelo apoio logístico.

REFERÊNCIAS

- Ballard, JL; Bergan, JJ; DeLange, M. *Venous imaging for reflux using duplex ultrasonography. Noninvasive Vascular Diagnosis*, Eds, Springer-Verlag, London; 2000, p 329.
- Bartos, J Jr; Bartos, J: Causes of recurrences following procedures for varicose veins of the lower extremities. *Rozhl Chir*. 2006; 85:293-5.
- Bountouroglou, DG et al: Ultrasound-guided foam sclerotherapy combined with sapheno-femoral ligation compared to surgical treatment of varicose veins: early results of a randomised controlled trial. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2006; 31:93-100.
- Caggiati, A et al: Age-related variations of varicose veins anatomy. *J Vasc Surg*. 2006; 44:1291-5.
- Darke, SG: The morphology of recurrent varicose veins. *Eur J Vasc Surg*. 1992; 6:512-7.
- Egan, B et al: Neovascularization: an “innocent bystander” in recurrent varicose veins. *J Vasc Surg*. 2006; 44:1279-84.
- Eklof, B: CEAP classification and implications for investigations. *J Vasc Surg*. 2004; 40:1248-52.
- Kaspar, S et al: Neovascularisation as a cause of recurrence after varicose veins operation. *Rozhl Chir*. 2006; 85:399-403.
- Mekenas, LV; Bergan, JD: Venous reflux examination: technique using miniaturized ultrasound scanning. *J Vasc Technol*. 2002; 26:139.
- Merlo, I; Parente, JB; Komlós, PA. *Varizes e telangiectasias – Diagnóstico e tratamento*, Revinter, Rio de Janeiro; 2006; 27-33,281.
- Myers, KA: Outcome of ultrasound-guided sclerotherapy for varicose veins: medium-term results assessed by ultrasound surveillance. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2007; 33:116-21.
- Naoum, JJ et al: Current advances in the pathogenesis of varicose veins. *J Surg Res*. 2006; 25.
- Oesch, A: Indications for and results of ambulatory varices therapy. *Ther Umsch*. 1991; 48:692-6.
- Petrovic, S; Chandler, JG: Endovenous obliteration: an effective, minimally invasive surrogate for saphenous vein stripping. *J Endovasc Surg*. 2000; 7:11.
- Ramelet, AA: Phlebectomy – cosmetic indications. *J Cosmet Dermatol*. 2002; 1:13-9.
- Recek, C: Conception of the venous hemodynamics in the lower extremity. *Angiology*. 2006; 57:556-63.
- Rose, SS; Ahmed, A: Some thoughts on the aetiology of varicose veins. *J Cardiovasc Surg*. 1986; 27:534-43.
- Rudstrom, H et al: Iatrogenic vascular injuries in varicose vein surgery: a systematic review. *World J Surg*. 2007; 31:228-33.
- Sackheim, K et al: Compression modalities and dressings: their use in venous ulcers. *Dermatol Ther*. 2006; 19:338-47.
- Sadick, NS: Advances in the treatment of varicose veins: ambulatory phlebectomy, foam sclerotherapy, endovascular laser, and radiofrequency closure. *Dermatol Clin*. 2005 23(3): 443-55.
- Sadikoglu, G et al: Does the anatomical localization of lower extremity venous diseases affect the quality of life. *Saudi Med J*. 2006; 27:1683-7.
- Somers, P; Knaapen, M: The histopathology of varicose vein disease. *Angiology*. 2006; 57:546-55.
- Samel-Desnos, C et al: Foam echosclerotherapy by puncture-direct injection: technique and quantities. *J Mal Vasc*. 2006; 31:180-9.
- Sudol-Szopinska, I et al: Influence of environmental risk factors on the development of chronic vein insufficiency. *Med Pr*. 2006; 57:365-73.
- Thulesius, O; Ugaily-Thulesius, L; Gjores, JE: The varicose saphenous vein, functional and ultrastructural studies, with special reference to smooth muscle. *Phlebology*. 1988; 3:89.
- Tisi, PV et al: Injection sclerotherapy for varicose veins. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; CD001732.