

Tratamento combinado da cirurgia de varizes com a escleroterapia de telangiectasias dos membros inferiores no mesmo ato

Combined treatment including varicose vein surgery and sclerotherapy for lower extremity telangiectasias at the same procedure

Ricardo José Gaspar¹, Charles Angotti Furtado de Medeiros²

Resumo

Objetivos: A escleroterapia por método químico é o tratamento mais tradicional para eliminar as telangiectasias. Há várias décadas, é realizada em consultório, mas com alto índice de abandono devido ao seu caráter prolongado, doloroso e, por isso, pouco eficaz. Uma grande proporção destes pacientes apresenta também insuficiência de tributárias, ou seja, veias varicosas com indicação de fleboexatção e que serão submetidas à cirurgia. O objetivo deste trabalho é descrever a opção de tratamento combinado da cirurgia de varizes com a escleroterapia das telangiectasias no mesmo ato.

Métodos: De janeiro de 1998 a março de 2002, 213 pacientes (426 membros inferiores) foram submetidos ao tratamento das telangiectasias por meio de injeção de glicose hipertônica durante a cirurgia de varizes.

Resultados: Mais de 90% dos pacientes relataram altos índices de satisfação estética. A escleroterapia complementar foi necessária em 165 pacientes, para atingir plena satisfação estética durante o seguimento. Não foram constatados casos de tromboflebitis superficiais, nem de trombose venosa profunda. Também não houve relatos de complicações graves. Em 10% dos casos, foram necessárias pequenas drenagens de microtrombos residuais. O índice de manchas hipercrômicas não ultrapassou 3%. Apenas um paciente desenvolveu uma pequena úlcera no dorso do pé (0,2%), que cicatrizou espontaneamente.

Conclusões: O tratamento combinado da cirurgia de varizes com a escleroterapia das telangiectasias dos membros inferiores é uma alternativa para os pacientes que desejam um resultado mais rápido e indolor. As sessões múltiplas com injeção de glicose hipertônica são uma opção segura e eficaz.

Palavras-chave: Cirurgia ambulatorial, escleroterapia, insuficiência venosa, varizes.

Abstract

Objectives: Chemical sclerotherapy is the most traditional treatment to eliminate telangiectasias. For several decades, it has been carried out in the office, although it has a high index of treatment dropout for being a painful, long and, therefore, little efficient treatment. Most of these patients also present insufficient varicose veins, which require phlebectomy and are candidates for surgery. The aim of this paper is to describe the combined treatment including varicose vein surgery and sclerotherapy for telangiectasias at the same procedure.

Methods: From January 1998 to March 2002, 213 patients (426 lower limbs) with telangiectasias were treated by means of hypertonic glucose infusion during the varicose vein surgery.

Results: More than 90% of the patients reported high indices of aesthetic satisfaction. The complementary sclerotherapy was necessary in 165 patients to have full aesthetic satisfaction during follow-up. Any cases of superficial thrombophlebitis or of deep venous thrombosis were reported. There were no serious complications either. In 10% of cases, small drainage of residual microthrombus was necessary. The index of hyperchromic spots did not exceed 3%. Only one patient developed a small ulcer in the back of the foot (0.2%), which spontaneously healed.

Conclusions: Combined treatment including surgery with sclerotherapy for varicose veins and lower extremity telangiectasias is an alternative for patients who desire faster and painless results. Multiple session sclerotherapy with hypertonic glucose is a safe and efficient procedure.

Key words: Ambulatory surgical procedures, sclerotherapy, venous insufficiency, varicose veins.

1. Mestre em Cirurgia Vascular Periférica, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP. Especialista em Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular. Sócio titular, Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular.
2. Mestre em Cirurgia Vascular Periférica, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Especialista em Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular. Sócio efetivo, Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular.

Este estudo foi realizado no Instituto Vascular Ricardo Gaspar, São Paulo, SP.

Artigo submetido em 06.12.05, aceito em 20.03.06.

No Brasil, a grande maioria das pessoas procura tratamento para as varizes por razões predominantemente estéticas, principalmente na clínica privada. A escleroterapia química das telangiectasias é o meio mais tradicional para eliminar estes pequenos vasos^{1,2}. Há várias décadas, é habitualmente realizada com sessões semanais, mas com um alto índice de abandono ao tratamento, devido a vários fatores: quantidade exorbitante de telangiectasias, pelo caráter lento, demorado e, por isso, pouco eficaz das sessões, pouca disponibilidade dos pacientes para comparecer periodicamente ao consultório nos grandes centros, adesão a outros tratamentos dermatológicos e, em outros casos, pacientes não suportarem a dor provocada durante as injeções.

Uma vez que a preocupação estética é cada vez maior e existe um perfil de pacientes que deseja resultados mais rápidos e indolores, o tratamento realizado em um único dia, por uma equipe vascular em regime de cirurgia ambulatorial, aparece como uma alternativa às sessões periódicas tradicionais realizadas no consultório médico. Este trabalho tem como objetivo descrever um estudo consecutivo do tratamento que combina cirurgia de varizes e escleroterapia das telangiectasias dos membros inferiores (MMII), com aplicações múltiplas, sob anestesia, no mesmo ato operatório.

Métodos

De janeiro de 1998 a março de 2002, 213 pacientes (426 MMII) foram submetidos a tratamento de telangiectasias por meio de injeção de glicose hipertônica, na concentração de 50 e 75% e na proporção de 1:1, durante a cirurgia de varizes. Todos os pacientes foram submetidos a mapeamento *duplex* e exames pré-operatórios de rotina. Os mesmos receberam as informações necessárias para o tratamento em questão, e um consentimento foi assinado no hospital.

O número aproximado de sessões foi calculado antes do procedimento e estava diretamente relacionado à quantidade de telangiectasias a serem tratadas. Cada sessão é padronizada em 2 ml de volume do esclerosante, ou seja, independe do número de punções. O número de sessões variou de 5 a 100, somando-se os dois MMII. Do total, 210 pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico de varizes concomitante. A anestesia mais comumente utilizada foi o bloqueio: peridural (34) ou subaracnóideo (139). Outros 37 pacientes foram submetidos à anestesia local + sedação. Em um caso, foi realizada anestesia geral para tratamento simultâneo com a cirurgia plástica (escleroterapia + lipoaspi-

ração). Os dois pacientes restantes, em que o tratamento foi exclusivamente a escleroterapia, foram submetidos apenas à sedação.

Resultados

Nenhum paciente foi excluído da amostra. Todos os 213 pacientes foram acompanhados no consultório durante o período de pós-operatório. Os mesmos foram avaliados clinicamente e questionados em relação à satisfação atingida com o tratamento realizado. A idade dos pacientes variou entre 24 e 72 anos, sendo a grande maioria do sexo feminino (98%). Do total de casos, 171 pacientes relataram um índice de melhora estética imediata em torno de 80%, enquanto que 21 pacientes responderam que a melhora foi acima de 90%, e os outros 21 obtiveram apenas 50% de melhora estética imediata. A escleroterapia complementar, com algumas sessões, foi necessária em 70% dos pacientes, para atingir plena satisfação estética durante o seguimento.

Constatamos edema discreto e transitório nos pacientes que receberam escleroterapia nos pés. Os hematomas presentes foram relacionados aos procedimentos cirúrgicos associados: flebectomias e fleboextração. Não foram constatados casos de tromboflebitis superficiais, nem de trombose venosa profunda. Também não houve relatos de complicações graves.

Em 10% dos pacientes, surgiram minúsculas crostas superficiais, que se resolveram espontaneamente. Também em 10% dos casos, foram necessárias pequenas drenagens de microtrombos residuais. O índice de manchas hiperocrômicas não ultrapassou os 3%. Apenas um paciente (0,2%) desenvolveu uma pequena úlcera no dorso do pé, que cicatrizou espontaneamente.

Discussão

As telangiectasias são definidas como sendo a confluência de vênulas intradérmicas dilatadas com calibre inferior a 1 mm e compreendem, junto com as veias reticulares, a classe 1 (C1) da classificação clínica de CEAP para a doença venosa crônica³.

O tratamento de escolha para as telangiectasias é a escleroterapia^{2,4-9}. Trata-se de um método de efeito químico, por meio da injeção de agentes esclerosantes, que já é realizado há décadas e com bases científicas bem estabelecidas.

Os agentes esclerosantes se classificam em orgânicos e inorgânicos¹⁰. Estes últimos são mais efetivos para os vasos, porém, são mais agressivos para a pele¹¹. A

glicose hipertônica constitui-se em um dos esclerosantes mais importantes¹². Ela é bastante eficiente e vem sendo utilizada pela grande maioria dos vasculares no Brasil há várias décadas. Suas principais vantagens seriam: 1) a segurança – por ser um agente orgânico, não produz reações alérgicas; 2) a eficácia – apesar dos poucos trabalhos disponíveis, sua ação já foi comprovada historicamente; 3) é de fácil obtenção; 4) por último, mas não menos importante, apresenta baixo custo. A desvantagem é o ardor que causa quando administrada via intravascular. Também é importante ressaltar que a glicose não apresenta efeitos colaterais, podendo ser utilizada mesmo em pacientes diabéticos, desde que os mesmos estejam bioquimicamente controlados.

O uso dos diferentes tipos de *laser* tem sido proposto para o tratamento das telangiectasias^{3,8}. Mas é necessário o uso de equipamento de proteção, tanto pelos médicos quanto pelos pacientes, para a prevenção de lesões oculares. Os métodos físicos transdérmicos também são dolorosos, podem causar queimaduras e manchas e não dispensam a própria escleroterapia complementar^{3,9}. Além disso, este tipo de tratamento tem um custo muito elevado.

As sessões de escleroterapia realizadas no consultório têm caráter extremamente lento¹. É necessário um período de tempo muito variável para se atingir o resultado final do tratamento, que pode durar algumas semanas e até se prolongar por vários meses, dependendo da quantidade de telangiectasias, do número de aplicações realizadas em cada sessão e da exigência estética de cada paciente. Deve-se lembrar que não é um procedimento indolor, devido às repetidas punções das agulhas para a injeção do meio esclerosante, além da dor causada pela própria substância química injetada, como já foi mencionado.

Assim, estes dois fatores apontados anteriormente, a dor e o tempo, seriam os grandes responsáveis pelo abandono ou mesmo pela não-adesão ao tratamento das telangiectasias. Muitos pacientes que não suportam as dores das punções e das injeções acabam desistindo da escleroterapia. Atualmente, e em número crescente, a pouca disponibilidade de tempo entre as pessoas que vivem nas grandes cidades deixa-as sem opção para um tratamento mais prolongado. Por estes motivos, muitos pacientes sentem-se desacreditados de que tal tratamento poderá resolver o seu problema.

Hoje, vivemos um momento em que a sociedade se tornou extremamente exigente em relação aos padrões de beleza. Basta ver o número cada vez maior de

procedimentos realizados em cirurgia plástica e a proliferação de clínicas especializadas em medicina estética. Estas mudanças refletem a busca incessante de uma melhor qualidade de vida, em grande parte influenciada pela mídia. Por isso, qualquer tratamento deve ser o mais eficiente e menos invasivo possível, desde que sejam respeitados a ética e os princípios científicos. A proposta inicial das aplicações múltiplas é a aglutinação de um tratamento doloroso e que duraria meses para um único dia e sem dores.

Não se pode esquecer que os pacientes devem ser sempre examinados como um todo, e que grande parte destes apresentam outras veias dilatadas com indicação de ressecção^{13,14}. Assim, na grande maioria dos casos, este tratamento foi realizado em conjunto com a cirurgia de varizes. A flebectomia com microincisões, ou miniflebectomia, é usada para remover as tributárias incompetentes do sistema venoso superficial por meio de incisões milimétricas e com o auxílio de instrumentos em forma de ganchos, especialmente as agulhas de crochê. Este método dá um excelente resultado estético e funcional^{15,16}. Quando há comprometimento importante da veia safena, interna ou externa, a fleboextração do segmento acometido permanece sendo o tratamento de escolha¹⁷⁻²³. Mais recentemente, a fotocoagulação da veia safena com o *laser* endovenoso aparece como uma alternativa menos invasiva do que a fleboextração convencional²⁴⁻³⁰.

Não só a evolução da cirurgia, mas também a da anestesiologia possibilitou a realização de procedimentos cirúrgicos em caráter ambulatorial ou de internação em sistema hospital-dia. Hoje, as internações prolongadas são desnecessárias na maioria das cirurgias eletivas de pequeno e médio porte. Com o surgimento de agulhas mais finas, o bloqueio subaracnóideo, mais conhecido como raquianestesia, pode ser realizado com baixos índices de complicações. Desta forma, após 6 a 8 horas, o paciente apresenta plenas condições de deambular e receber alta hospitalar no mesmo dia da cirurgia, quando devidamente orientado.

Sabe-se que a escleroterapia é um tratamento de meio, e não de fim, e que o resultado vai depender da resposta de cada paciente e da quantidade de sessões que forem possíveis em cada caso. É de fundamental importância o esclarecimento aos pacientes em relação à melhora esperada e de que pode haver a necessidade de aplicações complementares. Em termos de estética, o que para uma pessoa não tem a menor importância, para outra custa anos de psicoterapia.

Na consulta, durante o exame físico, é feita uma estimativa da quantidade de sessões que cada paciente precisa para que seja aplicado o esclerosante em todas as regiões, incluindo os tornozelos e os pés. Desta forma, as respostas de satisfação estética, relatadas pelos pacientes, mostram índices de 80% de melhora quando comparadas com a quantidade de telangiectasias antes do tratamento. Note-se que não foram utilizados dispositivos objetivos para mensuração nesta avaliação. Trata-se apenas de um questionário que tem sido utilizado nos trabalhos mais recentes^{31,32} e que mede o índice de satisfação pessoal por meio das informações dos próprios pacientes, cuja opinião deve ser a mais importante.

Em publicação nacional importante³³, é recomendado o uso de substâncias de baixa toxicidade, devido ao volume de esclerosante que é utilizado quando o tratamento é combinado. Também é discutida a necessidade de cautela durante as aplicações múltiplas, pois o excesso de entusiasmo, sem a censura da dor, predisporia a ocorrência de necrose cutânea, que, embora bem aceita pelos pacientes diante do sucesso do procedimento cirúrgico superposto, deve ser evitada. É certo que, em alguns casos, surgem pequenas flictenas, que se tornam crostas e desaparecem após reepitelização. Mas a incidência de complicações é aproximadamente a mesma quando comparada com aplicações no consultório.

Conclusões

O tratamento combinado da cirurgia de varizes com a escleroterapia das telangiectasias dos MMII é uma alternativa para os pacientes que desejam um resultado mais rápido e indolor. As sessões múltiplas, com injeção de glicose hipertônica, são uma opção segura e eficaz.

Referências

- Goldman MP. Sclerotherapy of superficial venules and telangiectasias of the lower extremities. *Dermatol Clin*. 1987;5(2):369-79.
- Weiss RA, Weiss MA. Resolution of pain associated with varicose and telangiectatic leg veins after compression sclerotherapy. *J Dermatol Surg Oncol*. 1990;16(4):333-6.
- Castro e Silva M, Cabral ALS, Barros Jr N, Castro AA, Santos MERC. Diagnóstico e tratamento da doença venosa crônica. *J Vasc Br*. 2005;4(3):S185-94.
- Kauvar AN. The role of lasers in the treatment of leg veins. *Semin Cutan Med Surg*. 2000;19(4):245-52.
- Norris MJ, Carlin MC, Ratz JL. Treatment of essential telangiectasia: effects of increasing concentrations of polidocanol. *J Am Acad Dermatol*. 1989;20:643-9.
- Puissegur Lupo ML. Sclerotherapy: review of results and complications in 200 patients. *J Dermatol Surg Oncol*. 1989;15:214-9.
- Coleridge-Smith PD. The management of chronic venous disorders of the leg: an evidence-based report of an international task force. *Phlebology*. 1999;14(Suppl 1):66-105.
- Villavicencio JL, Lohr J, Pfeifer JR, Duffy D, Weiss R. Getting a leg up on varicose veins treatment choices. *Ad Hoc Committee on Sclerotherapy. The American Venous Forum. Federal Trade Commission brochure*, 1999.
- Wiek K, Vanscheidt W, Ishkhanian S, Weyl A, Schopf E. Selective photothermolysis of superficial varicose veins telangiectasias of the lower extremity. *Hautarzt*. 1996;47(4):258-63.
- Imhoff E, Stemmer R. Classification and mechanism of action of sclerosing agents. *Phlebologie*. 1969;22(2):145-8.
- Carlin MC, Ratz JL. Treatment of telangiectasia: comparison of sclerosing agents. *J Dermatol Surg Oncol*. 1987;13(11):1181-4.
- Bourgeois A, Quillard J, Constantin JM, et al. 66% glucose, a safe sclerosant. Experimental study. *J Mal Vasc*. 1984;9(2):97-9.
- Weiss RA. Evaluation of the venous system by Doppler ultrasound and photoplethysmography or light reflection rheography before sclerotherapy. *Semin Dermatol*. 1993;12(2):78-87.
- Weiss RA, Goldman MP. Advances in sclerotherapy. *Dermatol Clin*. 1995;13(2):431-45.
- Muller R. Treatment of varicose veins by ambulatory phlebectomy. *Phlebologie*. 1966;19:227-9.
- Rivilin S. The surgical cure of primary varicose veins. *Br J Surg*. 1975;62:913-7.
- Agrifoglio G, Edwards EA. Results of surgical treatment of varicose veins. *JAMA*. 1961;178:906-11.
- Jacobsen BH. The value of different forms of treatment of varicose veins. *Br J Surg*. 1979;66:182-4.
- Rutgers PH, Kistlaar PJEHM. Randomized trial of stripping versus high ligation combined with sclerotherapy in the treatment of the incompetent greater saphenous vein. *Am J Surg*. 1994;168:311-5.
- Neglen P, Einarsson E, Eklot B. The function along term value of different types of treatment for saphenous vein incompetence. *J Cardiovasc Surg (Torino)*. 1993;34:295-301.
- Sarin S, Scurr JH, Coleridge-Smith PD. Stripping of the long saphenous vein in the treatment of primary varicose veins. *Br J Surg*. 1994;81:1455-8.
- Bergan JJ, Murray J, Greason K. Subfascial endoscopic perforator vein surgery: a preliminary report. *Ann Vasc Surg*. 1996;10:211-9.
- Dwerryhouse S, Davies B, Harradine K, Earnshaw JJ. Stripping the long saphenous vein reduces the rate of reoperation for recurrent varicose veins: five-year results of a randomized trial. *J Vasc Surg*. 1999;29:589-92.
- Medeiros CAF. Estudo comparativo entre o laser endovenoso e a fleboexatção convencional da veia safena interna em pacientes com varizes primárias [dissertação de mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2005.

25. de Medeiros CA, Luccas GC. Comparison of endovenous treatment of an 810 nm laser versus conventional stripping of the great saphenous vein in patients with primary varicose veins. *Dermatol Surg.* 2005;31:1685-94.
26. Medeiros CAF. Tratamento cirúrgico endovascular com laser. In: Merlo I, Parente JBH, Komlos PP, editores. *Varizes e telangiectasias – diagnóstico e tratamento.* Rio de Janeiro: Revinter; 2006.
27. Manfrini S, Gasbarro V, Danielsson G. Endovenous management of saphenous vein reflux. *Vasc Surg.* 2000;32:330-42.
28. Navarro L, Min RJ, Bone C. Endovenous laser: a new minimally invasive method of treatment for varicose veins - preliminary observations using an 810 nm diode laser. *Dermatol Surg.* 2001;27(2):117-22.
29. Merchant RF, DePalma R, Kabnick LS. Endovascular obliteration of saphenous reflux: a multicenter study. *J Vasc Surg.* 2002;35:1190-6.
30. Min RJ, Zimmet SE, Isaacs MN, Forestall MD. Endovenous laser treatment of the incompetent greater saphenous vein. *J Vasc Interv Radiol.* 2002;12:1167-71.
31. Rao J, Wildemore JK, Goldman MP. Double-blind prospective comparative trial between foamed and liquid polidocanol and sodium tetradecyl sulfate in the treatment of varicose and telangiectatic leg veins. *Dermatol Surg.* 2005;31(6):631-5.
32. Goldman MP. Treatment of varicose and telangiectatic leg veins: double-blind prospective comparative trial between aethoxyskerol and sotradecol. *Dermatol Surg.* 2002;28(1):52-5.
33. Komlos PP, Capp E, Merlo I, Parente JBH. Procedimento combinado para varizes, microvarizes e telangiectasias. In: Merlo I, Parente JBH, Komlos PP, editores. *Varizes e telangiectasias – diagnóstico e tratamento.* Rio de Janeiro: Revinter; 2006. p. 249-54.

Correspondência:

Ricardo José Gaspar
 Rua Itapeva, 240/1407, Bela Vista
 CEP 01332-000 – São Paulo, SP
 Tel.: (11) 3266.8959
 E-mail: ricardojgaspar@terra.com.br