Especialização em
SAÚDE DA FAMÍLIA

UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

Caso complexo
Dona Margarida

Fundamentação teórica
Varizes

UNIFESP
Universidade Federal de São Paulo
1933

MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL
MAIS SAÚDE PARA VOCÊ

PROVAB
Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

VARIZES

Newton de Barros Junior

Conceito

Varizes são veias superficiais dilatadas e tortuosas que perderam sua principal função de retorno venoso do sangue dos membros inferiores em direção ao coração. De acordo com o diâmetro venoso, podem ser classificadas em três tipos: as veias varicosas, que sobressaem na pele e ficam protuberantes, com diâmetro acima de três milímetros, acometendo os troncos das veias safenas internas e/ou externas e suas veias colaterais; as veias reticulares, que variam de 1 a 3 milímetros de diâmetro, não possuindo relação direta com os troncos principais; e as telangectasias, popularmente conhecidas como vasinhos, cujo diâmetro não ultrapassa 1 mm (EKLOF et al., 2004; 2006; 2009).

Epidemiologia

A prevalência das varizes dos membros inferiores é bastante alta na população. Se considerarmos os três tipos de varizes acima descritos, a prevalência atinge de 40 a 70% da população. Se considerarmos apenas as veias varicosas (maiores que três mm de diâmetro), a doença varicosa atinge de 20 a 40% da população (CALLAM, 1994). É menos comum em africanos e afrodescendentes e é predominante no sexo feminino em proporção de duas a cinco mulheres para cada homem, tornando-se mais prevalente com o passar da idade. Nos idosos chega a atingir 60 a 70%, e sua maior complicação – a úlcera varicosa – passa de 1 a 1,5% na população em geral para 6%. A idade, o número de gestações e o antecedente familiar de varicosidades parecem ser os principais fatores de risco para o desenvolvimento dessa doença (CALLAM, 1994).

Quadro clínico

São sintomas relacionados à doença varicosa: sensação de peso, cansaço, inchação, queimação, pontadas, dolorimento, formigamento, prurido e pernas inquietas. Esses sintomas normalmente melhoram ou estão ausentes em repouso e aparecem durante as atividades do dia a dia com o passar das horas, intensificando-se ao final da tarde e à noite. Melhoram com a elevação dos membros inferiores. Os sinais da doença varicosa são: as telangiectasias, as veias reticulares, as veias varicosas, o edema, a pigmentação, o eczema, a lipodermatoesclerose e a úlcera venosa. Podem ocorrer também as varicoflebites (formação de trombos nas varizes) e a varicorragia (hemorragia das varizes) (EKLOF et al., 2004).

Classificação clínica das varizes

De acordo com a classificação conhecida como CEAP (EKLOF et al., 2004), as varizes podem ser classificadas clinicamente como:

C0) Doença venosa sem sinais visíveis ou palpáveis
C1) Telangiectasias ou veias reticulares
C2) Veias varicosas – diâmetro maior ou igual a três mm
C3) C1 ou C2 + edema
C4) Alterações em pele e tecido subcutâneo secundárias a IVC
Subclasses:
C4a) Pigmentação ou eczema
C4b) Lipodermatosclerose ou atrofia branca
C5) Úlcera venosa cicatrizada
C6) Úlcera venosa ativa ou aberta

Diagnóstico

O diagnóstico de varizes é relativamente simples, visto que pode ser realizado apenas com a observação clínica (inspeção) dos membros inferiores, podendo ser completado por meio de anamnese dirigida e de exame físico especial. O paciente deve ser examinado em pé (dez minutos) para observação das varicosidades. Pode-se, também, através de manobras especiais, detectar se a dilatação das varizes é resultado de refluxo e dilatação do sistema das veias safenas internas ou das externas, ou, eventualmente, se decorre de veias perfurantes insuficientes. Além do exame clínico para

a programação terapêutica, utilizam-se exames complementares, sendo o principal o ecodoppler venoso dos membros inferiores, que consegue definir os pontos de refluxo e insuficiência venosa no sistema superficial.

Tratamento

Baseado no exame físico, nas manobras específicas e no ecodoppler, o cirurgião vascular vai optar pelo melhor e mais adequado tipo de tratamento das varicosidades. O tratamento vai depender do tipo de varicosidade. As telangectasias e as veias reticulares são tratadas através da escleroterapia, que consiste na injeção de substâncias irritantes (esclerosantes) ao endotélio venoso. Já as veias varicosas são tratadas cirurgicamente, com a retirada das veias dilatadas e a interrupção dos pontos de refluxo através das safenectomias interna e externa e de eventual ligadura das veias perfurantes insuficientes.

Tratamento clínico

Pacientes que não podem ser submetidos à cirurgia devem ser tratados clinicamente, com o uso de medicamentos e/ou da compressão elástica graduada. O tratamento farmacológico é feito através de medicamentos flebotônicos, que melhoram o tônus das veias superficiais. As drogas mais utilizadas são as substâncias flavonoides, que possuem a propriedade de aumentar a tonicidade das veias superficiais, melhorar a resistência capilar e diminuir os eventos inflamatórios da hipertensão venosa, facilitando o retorno venoso e melhorando a estagnação do sangue no membro inferior. Com isso, há diminuição do inchaço, das dores e do cansaço das pernas. A droga mais utilizada atualmente é uma combinação de duas substâncias flavonoides: a hesperidina e a diosmina, comercialmente conhecida como Daflon (EKLOF et al., 2006). Deve ser utilizada na dosagem de 1 g por dia, geralmente em dose única (dois comprimidos de 500 mg após o café da manhã). Já existem trabalhos multicêntricos que mostram a efetividade dessa droga em grande porcentagem de pacientes. Outros medicamentos podem ser utilizados, tais como o Venocur Triplex, o Venoruton e o Venalot (EKLOF et al., 2006).

Outra importante medida terapêutica é a utilização da compressão elástica por meio do uso de meias elásticas de compressão graduada. Esse importante método deve ser indicado em todos os pacientes com queixas relacionadas às varizes. As meias elásticas graduadas (medicinais) são prescritas relacionando-se o grau de compressão da meia com a gravidade da doença varicosa. Para casos de teleangiectasias e veias reticulares, prescrevem-se meias elásticas de 10 a 20 mmHg de compressão. Para casos de veias varicosas, usam-se meias de 20 a 30 mm Hg e, para pacientes com complicações, usam-se meias de 30 a 40 mm Hg (CASTRO E SILVA et al., 2005; PARTSCH et al., 2006; 2008).

A utilização de métodos alternativos para o tratamento das varizes e dos vasinhos ainda é controverso e está em fase de desenvolvimento. A utilização de laser para a escleroterapia é útil. Até o momento, no entanto, não se mostrou melhor que a escleroterapia convencional no tratamento de pequenos vasos. Para a termoablação por laser ou radiofrequência das veias safenas, ainda há controvérsias sobre a superioridade desses métodos em relação ao método de tratamento cirúrgico convencional.

Referências

CALLAM, M.J. **Epidemiology of varicose veins**. Br J. Surg 81(2):1671-73, 1994.

CASTRO E SILVA, M. et al. **Normas de orientação clínica SBACV**. Diagnóstico e tratamento da Doença Venosa Crônica. J Vasc Br 4(Supl.2):S185-94, 2005.

EKLOF, B. et al. **Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders**: consensus statement. J Vasc Surg 40:1248-52, 2004.

_____. **Chronic venous disease**. Mechanisms of Disease. N Engl J Med 355:488-98, 2006._____. **Updated terminology of chronic venous disorders**: The VEIN-Term Transatlantic Interdisciplinary Consensus Document. J Vasc Surg 49:498-501, 2009

PARTSCH, H. et al. **Interface pressure and stiffness of ready made compression stockings**: comparison of in vivo and in vitro measurements. J Vasc Surg. Oct;44(4):809-14, 2006.

_____. **Consensus statement**. Indications for compression therapy in venous and lymphatic disease. Consensus based on experimental data and scientific evidence. Under the auspices of the UIP. Int Angiol 27(3):193-219, 2008.