

# Acabe com essas varizes!

Muito comuns, especialmente entre o sexo feminino, o aparecimento de varizes costuma estar associado à genética, mas também a fatores como a obesidade e o sedentarismo. Mais do que um problema estético, as varizes são uma doença que pode ter consequências muito graves.



Texto **Dra. Joana de Carvalho**

ESPECIALISTA EM ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR.

ASSISTENTE HOSPITALAR

FELLOW OF THE EUROPEAN BOARD OF VASCULAR SURGERY

As varizes fazem parte de um espectro de situações clínicas que costuma ser designado por “doença venosa crónica”. Extremamente frequentes, podem atingir até 30% da população adulta, segundo a maior parte das estimativas. Mais prevalentes nos países desenvolvidos, parecem também predominar no sexo feminino.

Diversas situações têm sido implicadas como factores associados ao aparecimento de varizes, nomeadamente, antecedentes familiares, obesidade, uma ocupação que obrigue a longos períodos de pé, tabagismo, sedentarismo, tratamentos hormonais e uma dieta pobre em fibras.

## Queixas e complicações associadas às varizes

As manifestações da doença venosa crónica são variadas. Muitas pessoas notam desconforto nas pernas, geralmente descrito como sensação de peso. Esta queixa costuma ser agravada pela permanência de pé durante longos períodos e aliviada pelo repouso com os pés elevados. Por vezes, as varizes tornam-se localmente dolorosas e o aspeto da perna também pode ser alterado de diversos modos. Para além da presença de pequeníssimas veias dilatadas, também conhecidas como “derrames” ou “raios”, ou varizes propriamente ditas, as pernas podem apresentar edema (inchaço) e alterações da pele, que pode ficar pigmentada (de cor acastanhada) e/ou atrofiada. Este processo culmina, por vezes, no aparecimento de úlceras venosas. Estas úlceras são feridas crónicas que surgem geralmente junto aos tornozelos, implicam custos significativos em termos de qualidade de vida e podem ser de difícil cicatrização, levando vários meses, por vezes anos, a cicatrizar. A par disto, a doença venosa crónica aumenta ainda o risco de outros problemas dermatológicos, nomeadamente eczema e infeções cutâneas.

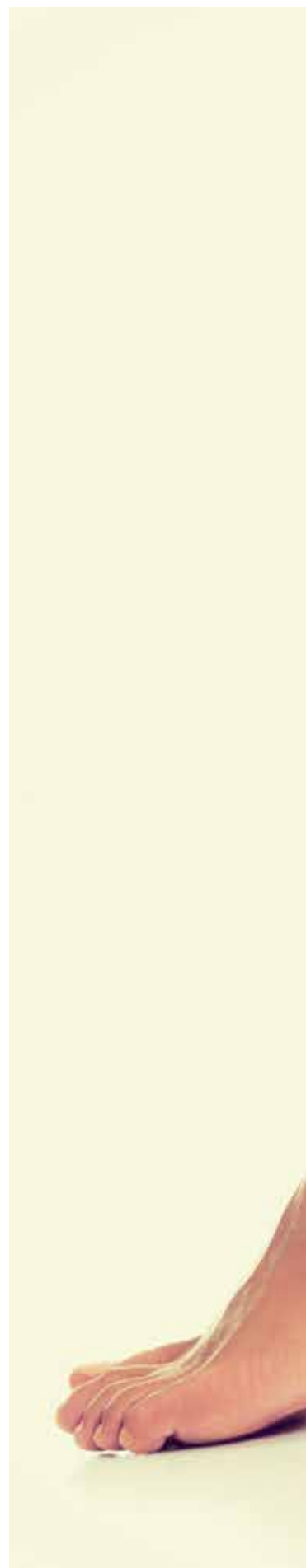
Além das complicações já descritas, as varizes podem também ser sede de tromboflebitas. Este fenómeno consiste na formação de coágulos no interior da variz que assim fica ocluída e inflamada. Nestes casos, frequentemente consegue palpar-se um cordão endurecido, avermelhado e extremamente doloroso ao longo do trajeto da flebite. Trata-se de uma situação que deve beneficiar de tratamento expedito uma vez que apresenta algum risco de complicações sérias, nomeadamente extensão da trombose para veias mais profundas (Trombose Venosa Profunda) ou entrada em circulação de fragmentos do trombo (Embolia Pulmonar).

Resulta, assim, bem claro que as varizes são muito mais do que um problema estético, podendo condicionar, além de grande incómodo e prejuízo da qualidade de vida, complicações diversas. Assim, o seu tratamento está indicado e deve ser o mais precoce possível para garantir um melhor e mais definitivo resultado. Depois de instaladas algumas destas complicações, tais como as alterações cutâneas, dificilmente se obterá um resultado óptimo. Contudo, muitas pessoas adiam este tratamento, por desconhecimento ou por medo.

Classicamente, a cirurgia de varizes é ainda olhada com algum receio e conotada com a necessidade de internamento, tempos prolongados de repouso e de absentismo laboral. Mas, na realidade, a cirurgia de varizes é uma cirurgia segura, com poucas complicações e, com os novos métodos disponíveis, pode ser realizada em ambulatório, isto é, sem necessidade de internamento, sendo expectável o retorno à atividade habitual diária em poucos dias.

## Como tratar?

O tratamento deve ser feito o mais cedo possível, antes do agravamento da doença e do desenvolvimento de complicações. Portanto, mesmo quando não causam quaisquer sintomas, as varizes têm





potencial para gerar complicações e devem ser tratadas.

As pessoas com varizes ou outras manifestações de doença venosa crónica não devem ignorar este problema. A avaliação em consulta de cirurgia vascular permitirá o início do processo diagnóstico e terapêutico. O Eco-Doppler - um exame semelhante a uma ecografia, que permite o estudo morfológico e funcional das veias - afirmou-se como exame de eleição no estudo desta situação. Quanto à estratégia de tratamento, terá sempre de ser adaptada a cada caso, existindo diversos fármacos que se podem recomendar com vista a minimizar sintomas.

O uso de meias de compressão elástica ou de descanso é muitas vezes aconselhável, mediante a adaptação do tipo de meia à situação clínica.

Existem ainda exercícios (nomeadamente mobilizando os músculos da barriga da perna) que podem ser úteis no controlo das queixas.

Quanto aos métodos que visam a intervenção directa sobre as varizes, existem fundamentalmente 3 grandes opções: a exérese cirúrgica, a obliteração térmica mediante a passagem de uma fibra de laser ou de radiofrequência e a injeção de produtos esclerosantes. Mais do que defender um único método como mais avançado ou eficaz, faz mais sentido encarar o tratamento da doença venosa crónica como algo que tem que ser adaptado a cada caso. A melhor solução pode mesmo passar pela integração de diversos métodos no tratamento do mesmo paciente.

### *Exérese cirúrgica*

O objetivo principal na cirurgia de varizes é tratar primeiro a causa das varizes, na maioria dos casos incompetência das veias safenas. É o tratamento destas veias que pode diferir e condicionar diferentes tempos de recuperação, complicações e resultados. Tradicionalmente, estas veias são removidas, implicando uma incisão na região da virilha (ao longo da sua prega, com cerca de 2 a 3 centímetros de comprimento) e a sua extração através de uma pequena incisão abaixo do joelho ou no tornozelo. A incisão da virilha, pela sua dimensão, localização e tipo de sutura utilizada (intradérmica) é extremamente estética, tornando-se impercetível em pouco tempo. Adicionalmente, são feitas incisões punctiformes espaçadas sobre as varizes, através das quais estas são extraídas. Estas são incisões muito pequenas que não obrigam a qualquer tipo de sutura e que ao fim de algumas semanas são impercetíveis.

Como é compreensível, este método pode provocar equimose mais ou menos extensa ao longo do trajeto da veia removida. Esta equimose é, contudo, passageira e regride completamente ao fim de uma a duas semanas.

Como em qualquer cirurgia, existe o risco de infeção da ferida operatória que é, contudo, reduzido praticamente a zero com antibioterapia preventiva e com a adoção de cuidados de desinfeção e pensos.

Após este tipo de procedimento, é expectável que o doente retome a sua atividade habitual ao longo dos cinco dias seguintes.

Será encorajado a deambular precocemente, de acordo com o seu nível de conforto, não sendo desejável repouso absoluto.

Na primeira semana deve beneficiar de uso de meia de contenção elástica durante 24 horas, passando, posteriormente a usar apenas durante o dia (por um período variável que pode ir de 4 a 6 semanas).

Todo o período pós-operatório, assim como o procedimento cirúrgico, dependem do doente e da quantidade de varizes a tratar.

### Ablação endovenosa por radiofrequência

Cada vez mais são procurados métodos menos invasivos e que envolvam menos complicações, permitindo uma mais fácil e rápida recuperação. Um dos métodos mais em voga é a ablação endovenosa por radiofrequência

Este procedimento é minimamente invasivo para o tratamento de varizes e é um método alternativo ao clássico *stripping* da veia safena (acima mencionada).

Esta técnica evita a habitual incisão na prega da virilha e as suas potenciais complicações. Além disso, a dissecação cirúrgica na região da virilha permite manter intacta a drenagem linfática da parede abdominal e dos membros inferiores.

Este método utiliza a energia da radiofrequência para aquecer a parede da veia, através de um cateter que é colocado no seu interior, por visualização ecográfica. O aquecimento provoca encolhimento das fibras de colagénio que fazem parte da parede do vaso. O diâmetro da veia é reduzido e simultaneamente as proteínas do sangue são desnaturadas pelo calor, obliterando o vaso. Nos 10 a 12 meses seguintes a veia acaba por fibrosar completamente, tornando-se indetetável ao exame ecográfico, sem que na realidade tenha sido extraída.

Para este tipo de intervenção, a escolha do método anestésico é habitualmente feita entre o médico e o doente. Contudo, neste caso, a anestesia local apresenta muitas vantagens. Estando acordado, o doente pode comunicar se sentir alguma dor que possa resultar de aquecimento pelo cateter, através da veia, do nervo cutâneo sensitivo que está na sua proximidade. É também desejável o início rápido da deambulação após a intervenção, que pode ser atrasado com a recuperação de uma anestesia geral.

O doente é colocado em posição deitada e é administrada anestesia local para inserção do cateter de radiofrequência na veia. Este é inserido habitualmente abaixo do joelho, no ponto em que a veia se encontra mais próximo da superfície cutânea. Para isso, é feita uma pequena “picada” na pele através da qual se punciona a veia para introduzir o cateter, cuja extremidade é colocada, através de controlo ecográfico, imediatamente abaixo da zona de confluência da veia safena com a veia femoral, isto é, ao nível da virilha.

Quando o cateter está adequadamente colocado, é aplicado um fluido anestésico em torno da veia. Tal é conseguido através de pequenas picadas na pele, ao longo do trajeto da veia. O objetivo é envolver completamente a veia, a ela restringindo o efeito de



Exemplos de varizes



Alterações cutâneas que complicam a doença venosa



Telangiectasias ("derrames"/"pequenos vasinhos")



Pequenas incisões para exérese de varizes

aquecimento, evitando assim afetar significativamente as estruturas cutâneas e nervosas adjacentes. Findo este processo, o doente é colocado com as extremidades inferiores elevadas a cerca de 20°. O aquecimento é controlado por um gerador computadorizado e a passagem do cateter pela veia é feita a uma velocidade de cerca de 2 a 4 centímetros por minuto.

Quando se termina, deve fazer-se um controlo ecográfico para confirmar a obliteração da veia safena e a permeabilidade dos vasos profundos.

No fim do procedimento é calçada uma meia de contenção elástica até à raiz da coxa.

O doente é encorajado a deambular precocemente após a intervenção e em alguns casos pode mesmo retomar a sua atividade laboral no próprio dia.

No espaço de cerca de 5 dias deverá ser reavaliado pelo médico e efetuar um *eco-Doppler* para confirmar a ablação venosa e a ausência de extensão do trombo à veia femoral.

**Extremamente frequentes, as varizes podem atingir até 30% da população adulta, especialmente do sexo feminino**





Exérese cirúrgica de varizes



Neste tipo de procedimento, as complicações são raras e o período de convalescença diminuto.

A complicação mais séria, mas também muito rara, descrita em cerca de 1% dos procedimentos, é a ocorrência de trombose venosa profunda como resultado da extensão do trombo para a veia femoral. O seu tratamento baseia-se geralmente na administração de fármacos hipocoagulantes, tal como nos casos de trombose venosa profunda por qualquer outra causa.

Queixas de perda de sensibilidade ou sensação de “dormência” no trajeto da veia tratada, traduzem lesão nervosa e são atualmente uma complicação muito rara graças aos novos dispositivos utilizados, à instilação de anestesia tumescente em torno da veia e à restrição da aplicação do método ao segmento acima do joelho, onde o trajeto do nervo sensitivo não é tão próximo do da veia.

A ocorrência de queimaduras cutâneas está praticamente extinta com a aplicação de tumescência.

Podem ocorrer flebites com este método, tal como com qualquer outro tratamento de varizes, em resultado da trombose de sangue residual entre os segmentos obliterados. Algum grau de flebite é inerente ao próprio método terapêutico, uma vez que ocorre uma lesão “controlada” da parede da veia, pelo calor. As queixas habituais são de dor local e rubor na pele suprajacente à veia tratada. Habitualmente, a situação regride espontaneamente ao longo de algumas semanas, estando apenas recomendado tratamento sintomático, com analgésico e anti-inflamatório.

Os doentes podem ainda descrever uma sensação curiosa, mais frequentemente durante a segunda ou terceira semanas pós-cirurgia, que consiste numa sensação de estiramento no trajeto da veia, na face interna da coxa, quando esticam ou fletem a perna tratada. Tal pode representar um processo inflamatório que ocorre à medida que se dá a cicatrização após a lesão infligida pelo calor.

Esta sensação habitualmente regride totalmente ao longo de várias semanas.

Trata-se, portanto, de um método seguro e eficaz, com um período de convalescença curto, permitindo um retorno precoce ao trabalho e às rotinas diárias.

Além da radiofrequência esta ablação/colapso da veia pode ser conseguido com injeção de espuma (uma mistura de ar e de um agente químico produzindo uma consistência que permite um maior contacto com a parede do vaso a tratar) ou com uma cola específica para uso endovenoso.

### *Escleroterapia de pequenos vasos*

A escleroterapia, vulgarmente chamada de “secagem”, consiste na injeção local de um líquido que provoca o colapso da pequena veia, levando ao seu desaparecimento.

Este é um tratamento feito em consultório, ao longo de várias sessões, cujo número depende da situação clínica. Não é necessário qualquer tipo de preparação prévia à sessão de escleroterapia.

Em cada sessão, com cerca de 20 a 30 minutos de duração, são tratadas várias dessas pequenas veias, assistindo-se ao longo das sessões a uma melhoria progressiva que deverá levar ao resultado estético desejado. Geralmente é utilizado um transiluminador que permite identificar a veia que “alimenta” cada conjunto de pequenos vasos, permitindo o colapso da sua origem e, assim, obter um melhor e mais definitivo resultado, evitando a repetição de picadas desnecessárias. A agulha utilizada apresenta um calibre muito reduzido, tornando o tratamento essencialmente indolor. O espaçamento entre cada sessão não deverá ser inferior a 2 semanas.

Contudo, como qualquer tratamento invasivo, a escleroterapia não é isenta de riscos. A avaliação inicial cuidada é essencial para os evitar e otimizar o resultado.

Entre os efeitos indesejáveis mais comuns encontram-se a hiperpigmentação, isto é, o aparecimento de pequenas manchas acastanhadas no local do tratamento, e o *matting*, que consiste no aparecimento de mais telangiectasias (dilatação dos vasos orgânicos). Felizmente, na maioria dos casos, estas situações são temporárias, resolvendo-se espontaneamente ao longo de alguns meses, só se tornando permanentes em 2 a 3% dos casos.

Em situações muito raras pode ainda ocorrer ulceração da pele e tromboflebite.

Contudo, este é um tratamento que geralmente permite óptimos resultados.

No fim do tratamento é possível retomar a atividade habitual, devendo beneficiar de uso de meia de contenção elástica durante os 3 dias seguintes. Durante os primeiros dias após a sessão de escleroterapia devem evitar-se grandes esforços, exposição solar ou outras fontes de calor (banhos de imersão, sauna, etc) para otimizar os resultados.

As técnicas a propor dependem sempre de uma criteriosa avaliação do doente em causa. Além de tratar a causa das varizes, pretende-se a remoção das varizes, o alívio sintomático e um bom resultado estético com o mínimo de complicações. ●