

Evolução do Tratamento de Varizes

Por Luiz Marcelo Aiello Viarengo

Os primeiros relatos de tratamentos de varizes de membros inferiores foram divulgados há mais de 2.000 anos, com resultados pouco alentadores; assim se mantiveram até o final do século XIX (Anning,1976; Bettmann,1979). A cirurgia de varizes, a partir de então, assim como as outras áreas cirúrgicas, tiveram grande desenvolvimento técnico (Edwards,1934; Summers,1953) e nos dias atuais, auxiliados pelos exames subsidiários e melhor entendimento da fisiologia da circulação venosa nos membros, apresentam ótimos resultados do ponto de vista estético e funcional.

A escleroterapia precedeu a cirurgia, sendo inicialmente utilizada como uma alternativa aos maus resultados dos tratamentos cirúrgicos antigos. Com a posterior evolução da cirurgia de varizes, a técnica foi abandonada.

A partir da metade do século passado, a prática da escleroterapia foi retomada, como complemento das cirurgias de varizes, principalmente para o tratamento das telangiectasias.

As “varizes sintomáticas” costumam apresentar edema nos membros inferiores, inicialmente reversível e discreto, que, com o passar dos tempos, vão trazendo problemas agregados, como a não regressão, coloração escura da pele (dermite ocre), fibrose no subcutâneo, eczema regional, entre outras.

Essa fibrose, que vai se estabelecendo ao longo dos anos, compromete a oxigenação da pele e também limita os movimentos na articulação tíbio-társica. Com a menor flexão e extensão, haverá atrofia muscular da panturrilha e um agravamento da hipertensão venosa com um aumento da estase venosa local e um aumento da permeabilidade capilar, levando a uma transudação de fluidos extracelular e a um extravasamento de macromoléculas, como o fibrinogênio. Como a perna acometida por lipodermatosclerose tem uma atividade fibrinolítica deficiente, parte do fibrinogênio extravasado se converte em fibrina e se acumula com aumento da fibrose, estabelecendo-se assim um ciclo vicioso com gravidade cada vez maior (Browse & Burnand, 1982; Burnand et al., 1982).

Essas conseqüências são, na realidade, as alterações de maior importância e de gravidade levando a uma incapacidade progressiva com sério comprometimento da qualidade de vida, abertura de feridas na região distal e medial da perna, de difícil cicatrização por todos os tratamentos conhecidos até então.

Os autores se preocupam muito em estabelecer métodos de investigação que permitam reconhecer precocemente a presença destas alterações na circulação venosa para poder evitar as conseqüências futuras.

Tudo tem sido feito na prática clínica para caracterizar as alterações referidas, e os achados mais fáceis de serem evidenciados são o refluxo venoso nas veias superficiais ou profundas e a persistência da pressão venosa hidrostática elevada durante a

marcha.

O primeiro aparelho capaz de detectar esses defeitos foi o pletismógrafo, a ar ou água, onde o esvaziamento do sangue da perna com os exercícios era registrado.

Muitos estudos foram efetuados e vários tipos de pletismógrafos foram construídos, todos tentando demonstrar o acúmulo de sangue na perna na posição ortostática ou o seu esvaziamento parcial com os exercícios programados.

A outra maneira de colocar isto em evidência foi por meio da medida da pressão venosa nas veias da perna, mais precisamente no pé, através de uma punção e cateterização de uma veia distal, permitindo conectá-la com um aparelho para leitura da pressão venosa (forma invasiva). Vários autores estudaram as alterações existentes dessa maneira, referindo sempre bons resultados e com certas restrições devido ao fato de ser invasivo.

De acordo com os estudos de Nicolaides et al. (1993) as úlceras são raras, caso a pressão venosa caia abaixo de 30mmHg durante o exercício, mas são comuns quando essa pressão permanece acima de 50 mmHg. Entretanto, ainda não é sabido se a pressão das veias superficiais durante a marcha, que permaneça sempre acima de 50 mmHg, levaria inevitavelmente à formação de úlceras.

Com o advento do ecodoppler na década de 80, foi possível realizar estudos mais detalhados da anatomia e fisiologia do sistema venoso, se tornando na década de 90 o exame de escolha para evidenciar o refluxo venoso e avaliar as alterações morfológicas das veias, quer fossem superficiais ou profundas. Constitui o exame de escolha por ser de baixo custo, não invasivo, reprodutível e confiável. Permite fazer também diagnóstico de trombozes venosas e outras alterações que costumam cursar com varizes, como malformações e fístulas.

O grupo de Bradbury et al. (1996) sugeriu que a incompetência das válvulas poplíteas seja o fator principal na patogenia das úlceras venosas, mas essa hipótese ainda não foi investigada por um estudo prospectivo.

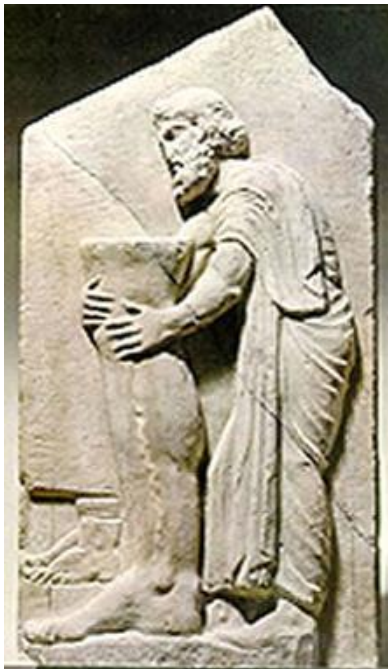
De qualquer forma, varizes constituem a mais comum de todas as alterações vasculares. Estudos epidemiológicos, realizados por Maffei et al. (1986), mostram uma prevalência na população geral, em indivíduos com mais de 15 anos, de 35,5%, sendo 15,8% de casos mais graves. Observou, também, ocorrência bilateral das varizes em 75,3% dos casos e uma freqüência duas ou três vezes maior nas mulheres. O tratamento cirúrgico padrão para a maioria dos pacientes no estágio clínico CEAP C2 a C6 (Anexo 1) (Eklof et al., 2004), com comprovada incompetência da Junção Safeno-Femoral (JSF) e refluxo ao longo da Veia Safena Magna (VSM), é a ligadura de todas as tributárias da crossa, crossectomia com ligadura da JSF, fleboextração da VSM e flebectomia por avulsão das colaterais, tributárias e perfurantes (Bergan & Ballard, 1998).

De acordo com a opinião prevalente, baixas taxas de recorrência deveriam ser

esperadas se o refluxo da JSF foi adequadamente controlado e se a VSM foi ressecada com interrupção de todas as tributárias proximais. (Dodd & Cokett, 1956; Lofgren & Lofgren, 1971).

Entretanto, a cirurgia de varizes, embora considerada um procedimento menor, seguro e com resultados estéticos e funcionais muito satisfatórios, é associada com uma taxa não desprezível de morbidade cirúrgica e insatisfação do paciente (Davies et al.,1995). A recorrência é comum após a cirurgia e taxas tão altas como 40% em 5 anos são relatadas, e aproximadamente 20% das cirurgias são realizadas para tratamento de varizes recorrentes. (Royle, 1986; Negus, 1993). Além disso, a reoperação também resulta em marcada perda de produtividade. As conseqüências econômicas da cirurgia de Varizes e suas numerosas recorrências são onerosas para o sistema de saúde e para toda a sociedade.

O conhecimento das varizes nos membros inferiores é muito antigo e a testemunha desse fato é uma pedra encontrada em Atenas, no Templo do Herói Dr Amynus, onde está representada a primeira ilustração conhecida das veias varicosas (figura 1) com data estimada do sec. IV a.C. (Anning,1976; Bettmann, 1979). No entanto, as tentativas de tratamento só apareceram mais recentemente no final do século XIX e até nossos dias. Os melhores resultados foram conseguidos com a fleboextração das veias dilatadas, com a técnica preconizada por Babcock em 1907 (Babcock,1907) e incorporada definitivamente na técnica cirúrgica para tratamento de varizes na década de 40, por Thomas Meyers, e aceita pela classe médica até os dias atuais (Rose, 1993).



Primeira ilustração conhecida das veias varicosas.

Templo de Amynus, sec. IV a.C. National Archeological Museum - Grécia

Desde então, nenhum grande avanço técnico foi registrado na cirurgia de varizes, há quase 100 anos, com exceção a introdução da agulha de crochê na década de 70, por um brasileiro, representando um marco histórico no tratamento cirúrgico das varizes

dos membros inferiores em nosso meio (Kafajiann et al.,1976).

O uso de laser para o tratamento de veias superficiais surgiu na década de 80, estando limitado ao tratamento transcutâneo das teleangiectasias e veias reticulares, não sendo apropriado para o tratamento das grandes dilatações venosas (Anderson & Parrish, 1983).

A idéia de provocar um aquecimento interno da veia dilatada com o uso do laser denominada de “Endo Venous Laser” (EVL), produzindo uma esclerose foto-térmica, surgiu com Boné em 1998, sendo o primeiro relato datado de 1999 (Boné, 1999). Tal estudo permitiu que outros importantes trabalhos fossem apresentados com bons resultados e poucas complicações, despertando o interesse da classe médica para essa alternativa minimamente invasiva no tratamento de varizes (Navarro et al., 2001; Min et al., 2001; Proebstle et al., 2002; Gerard et al., 2002, Chang & Chua, 2002; Proebstle et al., 2003; Min et al., 2003; Oh et al., 2003).

Em estágios clínicos mais avançados da Insuficiência Venosa Crônica (IVC) com classificação clínica CEAP C4, C5 e C6 (anexo 1), a limitação ou mesmo a contra-indicação ao tratamento cirúrgico padrão se deve à presença de áreas com intensa lipodermatoesclerose, fibrose, seqüelas cicatriciais de úlceras, úlceras em atividade, edema e linfedema. Nessas circunstâncias, as dificuldades e limitações à técnica cirúrgica convencional são muito evidentes, assim como uma maior morbidade cirúrgica associada a maior risco de infecções, deiscências, maior sangramento intra-operatório, maior tempo cirúrgico e de hospitalização, complicações tromboembólicas e necessidade de cuidados especializados por um longo período com um elevado custo social, previdenciário e pessoal e com resultados limitados.

Seguramente essas razões desencorajam os cirurgiões na indicação do procedimento cirúrgico clássico, optando por tratamentos mais conservadores, principalmente considerando que muitos desses pacientes apresentam diversos fatores de comorbidades, como obesidade, hipertensão arterial, diabetes mellitus, idade avançada, entre outros. Ainda que esses tratamentos conservadores possam beneficiar alguns pacientes, a grande maioria continua com sua vida de sofrimentos e a medicina em débito com esses indivíduos.

“A ulceração crônica da perna de várias causas tem sido um problema de saúde através da História. As conseqüências problemáticas dessa doença e as dificuldades na promoção das condições que favoreçam a cura criaram a necessidade de um santo especial para a úlcera crônica de perna; o Santo Peregrino.” Essa colocação de Bergqvist et al. (1999) traduz fielmente o dilema e o sofrimento que ficam submetidos os pacientes portadores de úlceras de estase, que peregrinam de consultório em consultório, de clínica em clínica, de hospital em hospital sem encontrar solução para seus males, muitas vezes sem encontrar boa-vontade profissional para dar um mínimo de esperança que lhes permita resgatar sua dignidade como ser humano e a esperança de reaver uma vida que lhes foi furtada, restando apenas o amparo do Santo Peregrino, que lhes estende as mãos para mais uma jornada de peregrinações.