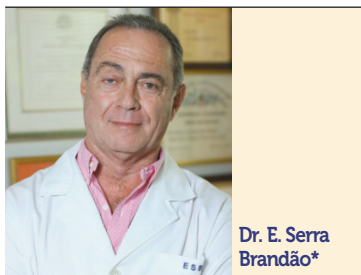


Quando e como tratar as telangiectasias e a varicose reticular dos membros inferiores



Dr. E. Serra
Brandão*

Toda a veia que perdeu a sua função tem de ser tatada; seja profunda ou superficial, seja de que calibre for. À luz dos conhecimentos atuais, sabemos que a doença venosa se inicia por uma inflamação da parede venosa, devido a uma estase venosa que desencadeia adesividade dos leucócitos ao endotélio venoso, evoluindo para um processo de destruição das válvulas venosas que leva ao círculo vicioso da hipertensão venosa, que todos conhecemos...

O primeiro sintoma é, na maior parte dos casos, a dor – que corresponde ao estágio 0 da classificação CEAP. Embora sem sinais evidentes, a dor determina que já há doença venosa. Com a sua evolução, passamos ao estágio 1, que corresponde ao aparecimento de sinais externos,

telangiectasias e varicose reticular. Durante muitos anos, a doença venosa e a Flebologia foram consideradas como o parente pobre da Cirurgia Vascular. Num artigo sobre doença venosa, publicado na revista *Phlebology*, datado de 1990, referia-se que “a Cinderela finalmente vinha ao baile”. Efetivamente, só nos Estados Unidos da América, 80 milhões de pacientes queixam-se de telangiectasias e, ao contrário do que era considerado pelos médicos em geral, este problema não deve ser encarado e tratado como meramente estético.

Já vimos que se trata de uma patologia crónica e evolutiva e que, quando não tratada convenientemente e atempadamente, evolui para formas mais graves, incapacitantes e geradoras de grande sofrimento, que comprometem seriamente a qualidade de vida dos seus portadores. Se considerarmos os estádios 0 e 1 da classificação CEAP, podemos constatar que quer a sintomatologia (a dor), quer os primeiros sinais (as telangiectasias), não só causam bastante desconforto aos doentes, como são responsáveis por alterações psicológicas e sociais, sobretudo nos grupos etários mais jovens do sexo feminino. Afetam a convivência social, a disponibilidade familiar e os problemas laborais são reflexos disso mesmo.

Há alguns anos atrás, os médicos em geral e uma considerável maioria de cirurgiões vasculares só consideravam a safenectomia, com ou sem *stripping*, como único tratamento para esta patologia. Tal como já foi referido, também entre nós, as telangiectasias e a varicose reticular eram consideradas como “os cabelos brancos das pernas” e indignas de tratamento. Eram então relegadas para os internos ou para quem as quisesse tratar.

O tratamento por escleroterapia, efetuado sem treino específico, com esclerosantes inapropriados, com concentrações desajustadas e usadas sem critério, deu lugar a variadas complicações, tais como: acentuadas manchas de hiperpigmentação; escaras da pele, mais ou menos graves, e respetiva cicatriz indelével; trombozes venosas;

A escleroterapia de varizes obedece a critérios apertados para que seja efetuada com sucesso e para que o objetivo terapêutico seja atingido. Para isso, é preciso prática, muita experiência e, sobretudo, aprendizagem

embolismo pulmonar e, até, injeções intra-arteriais com isquemias gravíssimas e necrose do membro, com consequente amputação. Posto isto, é do consenso geral que uma injeção esclerosante de varizes não é uma injeção endovenosa qualquer.

A escleroterapia de varizes obedece a critérios apertados para que seja efetuada com sucesso e para que o objetivo terapêutico seja atingido. Para isso, é preciso prática, muita experiência e, sobretudo, aprendizagem – o que hoje em dia vai faltando nas nossas instituições de saúde, públicas e privadas.

Quanto ao tratamento das telangiectasias, há que observar alguns princípios básicos: se o paciente tem apenas patologia correspondente a um estágio 1 da classificação CEAP, ou se tem patologia venosa mais avançada, nomeadamente insuficiência das safenas; se a insuficiência das safenas é responsável ou não pelas telangiectasias presentes; se a correção cirúrgica das safenas é ou não prioritária à escleroterapia; qual a verdadeira preocupação do doente – a «*primum movens*» da consulta.

Isto é: se o paciente recorre à nossa consulta devido a algumas telan-

giectasias que o perturbam física ou esteticamente, mesmo perante a insuficiência de uma safena, sem sinais ou sintomas e apenas evidenciada no *triplex scan*, dita a experiência que – após prestar ao doente todas as informações sobre a patologia e explicar que, com o tempo, irá necessitar de cirurgia – procedemos, no momento, ao tratamento solicitado e desejado. Obviamente, a patologia venosa coexistente será monitorizada e tratada a seu tempo. A contento de todos.

Na minha atividade clínica, ao longo dos anos, tenho constatado, muitas vezes, que os doentes fogem da primeira consulta, porque, ao invés de lhes ser efetuado o tratamento que esperavam, é-lhes de imediato proposta uma intervenção cirúrgica com a qual nem sonhavam... De modo inverso, se um paciente apresenta uma evidente insuficiência das safenas tronculares, não faz sentido proceder a escleroterapia sem corrigir cirurgicamente a insuficiência venosa subjacente.

Especificamente sobre a escleroterapia das telangiectasias e varicose reticular pouco há a acrescentar a não ser, parafraseando Damião de Góis, “a experiência é a madre de todas as cousas”.

No que diz respeito aos medicamentos esclerosantes, também pouco haverá a dizer, já que, por um lado, estão mencionados em qualquer compêndio, relativamente à composição e suas indicações, aos efeitos secundários e colaterais; por outro, entre nós não há opção... estamos limitados ao lauromacrogol, o único e recentemente legalizado e comercializado em Portugal. Consoante a dimensão e o calibre da varicosidade a tratar, devemos selecionar a percentagem do fármaco, a quantidade a injetar e a velocidade de injeção. Para além disso, devemos ter atenção a sinais muito importantes, tais como alterações da coloração da pele que se vão verificando no decorrer da injeção, na maioria dos casos, uma palidez circular e progressiva que corresponde ao espasmo desencadeado nos capilares arteriais da pele. Assim, se há palidez exagerada

Só nos Estados Unidos da América, 80 milhões de pacientes queixam-se de telangiectasias e este problema não deve ser encarado e tratado como meramente estético

ou ocorrer de forma brusca, deve parar-se imediatamente a injeção. Do mesmo modo, pode verificar-se uma reação de hiperemia primária, ou em simultâneo e na periferia da zona de palidez. Trata-se de uma hiperemia reacional à isquemia provocada e que pode levar a necrose central da pele no local da injeção, ou ainda, bem menos grave, a uma situação de *matting*, que irá desaparecer, geralmente, ao fim de um ano. Nestas situações é benéfico aplicar, de imediato, um corticoide tópico (Soluderme® – solução cutânea). Nunca aplicar gelo!

No tratamento das telangiectasias de muito reduzido calibre é aconselhável diluir o fármaco esclerosante – no caso do lauromacrogol, com água, para se obter uma concentração de 0.25%.

Uma das complicações frequentes, mas sem gravidade, é a formação e o sequestro de coágulos dentro dos vasos esclerosados. Esta situação, por vezes dolorosa, pode condicionar e aumentar a hiperpigmentação cutânea. Quando ocorre, devemos tentar, através de pequenas punções e utilizando agulhas 20 ou 25G, espremer o coágulo, evitando assim complicações esteticamente indesejáveis. Apesar de todos os cuidados, o risco de hiperpigmentação é alto e depende, muitas vezes, do tipo de pele. Também verificamos que, quando ocorre, na maioria dos casos a hiperpigmentação é temporária. O procedimento para evitar ou minimizar esta possibilidade é aplicar, na zona do vaso injetado, um manipulado de hidroquinona a 2%, para além dos vulgares heparinoides, em situações de equimose extensa.

Se alguns cirurgiões vasculares advogam a contensão elástica

incondicional pós-escleroterapia, eu, no caso específico das telangiectasias e da varicose reticular, não a indico – porque sabemos que a injeção esclerosante é um potencial fator de isquemia da pele e que esta pode ser potenciada ou agravada por essa contensão. Por outro lado, também se constata que a contensão elástica, nestes casos, não influencia os resultados terapêuticos, positivos ou negativos. No dia seguinte ao tratamento, pode conferir algum conforto ao doente, ficando ao seu critério utilizar, ou não.

Assim, são apenas colocados pequenos algodões com adesivo no local da injeção, para fazer a hemostase. Deverão ser retirados 4 a 6 horas depois, a fim de evitar marcas cutâneas devido à sua pressão. Os doentes são instruídos a não expor as zonas tratadas ao sol direto, a não executar esforços físicos suplemen-

tares, nomeadamente ginástica, e a evitar fazer depilação e massagem dos membros inferiores. Em regra, um período de 4 a 6 dias após o tratamento será suficiente.

Todos os doentes, não só por serem portadores de doença venosa crónica, mas também como coadjuvante da escleroterapia, devem manter-se medicados com fármacos venoativos, que atuem na parede do vaso, combatendo a inflamação venosa. Diversos estudos evidenciam melhores resultados na escleroterapia, sobretudo no que diz respeito à redução de equimoses e da hiperpigmentação, nos doentes que estão sob tratamento com venoativos específicos para a inflamação venosa (p. ex. a Fração Flavonoica Purificada Micronizada – Daflon® 500 mg).

Algumas situações adversas, mas que são consideradas normais, podem ocorrer no decurso de uma sessão de escleroterapia ou nas hoars seguintes, tais como: mal-estar passageiro, resultado de DNV, perturbação e turvação da visão, hematúria ligeira e dor retroesternal causada por espasmos esofágicos. O lauromacrogol é dos medicamentos esclerosantes que menos desencadeia estas situações.

Para terminar, quero deixar expresso que a escleroterapia de varizes é um tratamento continuado, com sessões de manutenção mais ou menos frequentes, consoante os casos. Os pacientes devem ser mentalizados que terão de o fazer para toda a vida. Está sobejamente provada a inocuidade dos fármacos esclerosantes, desde que se proceda em conformidade, quer na quantidade administrada, quer na frequência dos tratamentos, que, na minha experiência, não devem,

Diversos estudos evidenciam melhores resultados na escleroterapia, sobretudo no que diz respeito à redução de equimoses e da hiperpigmentação, nos doentes que estão sob tratamento com venoativos específicos para a inflamação venosa

regra geral, anteceder 15 a 30 dias de intervalo.

No que diz respeito aos métodos de tratamento alternativos, como o LASER transcutâneo, a radiofrequência e a eletrofulguração, são dolorosos, dispendiosos e morosos. Como só abrangem os vasos na superfície, ao contrário da escleroterapia, a taxa de recidiva é enorme. Além destes inconvenientes, deixam sempre cicatrizes de queimadura. Posto isto, considero-os tratamentos não satisfatórios.

E termino, afirmando que a Flebologia, em geral, e a escleroterapia, em particular, são um mundo sobre o qual muito mais se podia dizer – mas, como alguém afirmou: “na prática a teoria é outra”.

* Cirurgião Vascular

Diretor do IRV – Instituto de Recuperação Vascular – Lisboa

Devemos ter atenção a sinais muito importantes, tais como alterações da coloração da pele que se vão verificando no decorrer da injeção, na maioria dos casos, uma palidez circular e progressiva

FLASHES

