

VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES

Daniela Cordeiro de Souza Pedroso¹ & José Luis da Rocha Santos^{*2}

¹Graduando do curso de Farmácia do Centro Universitário Campo Limpo Paulista (Unifaccamp)

²Docente do curso de Farmácia do Centro Universitário Campo Limpo Paulista (Unifaccamp)

RESUMO.

As varizes se formam quando há falha nas válvulas venosas, prejudicando o funcionamento da circulação, causando um acúmulo de sangue e a pressão exercida nas paredes dos vasos, fazendo com que ele se dilatem. É esse alargamento anormal que provoca a formação das varizes (MIYAMOTE 2020). A etiologia das varizes primárias ou essenciais dos membros inferiores está relacionada com alterações na parede venosa. As varizes secundárias estão relacionadas com síndrome pós-flebítica, fístulas arteriovenosas traumáticas, angiodisplasias e compressões extrínsecas. Tendo como sinais clínicos sinais de doença venosa, telangiectasias e veias reticulares, veias varicosas- edema, alterações subcutâneas, representa alterações na pigmentação e eczema e lipodermatoesclerose e atrofia branca, úlcera de estase cicatrizada e úlcera de estase aberta. Entre vários fatores de risco (obesidade, história familiar, gravidez, trabalhar em pé ou sentado por longos períodos), parece claro que a idade e o sexo feminino se destacam, sendo citados no Projeto Acireale. Segundo Dr. Robson Barbosa de Miranda nas veias varicosas (varizes), pela dilatação e pela tortuosidade dessas veias doentes, o sangue circula mais lentamente ou com dificuldade. A isso chamamos tecnicamente de estase. Essa condição facilita a formação de trombos que desencadeará a inflamação. Úlcera venosa é uma ferida de forma irregular, superficial no início, mas podendo se tornar profunda, com bordas bem definidas e comumente com exsudato amarelado. O tratamento combinado da cirurgia de varizes dos membros inferiores é uma alternativa para os pacientes que desejam um resultado mais rápido e indolor.

Palavras-chave: varizes nos membros inferiores, trombos, cirurgia e úlceras.

ABSTRACT

Varicose veins form when there is a failure in the venous valves, impairing the functioning of the circulation, causing an accumulation of blood and the pressure exerted on the walls of the vessels, causing them to dilate..It is this abnormal enlargement that causes the formation of varicose veins (MIYAMOTE 2020). The etiology of primary or essential varicose veins of the lower limbs is related to changes in the venous wall. Secondary varicose veins are related to postphlebitic syndrome, traumatic arteriovenous fistulas, angiodysplasias and extrinsic compressions. Having as clinical signs signs of venous disease, telangiectasias and reticular veins, varicose veins-edema, subcutaneous changes, it represents changes in pigmentation and eczema and lipodermatosclerosis and white atrophy, healed stasis ulcer and open stasis ulcer. Among several risk factors (obesity, family history, pregnancy, working standing or sitting for long periods), it seems clear that age and female gender stand out, being cited in the Acireale Project. According to Dr. Robson Barbosa de Miranda in varicose veins (varicose veins), due to the dilation and tortuosity of these diseased veins, the blood circulates more slowly or with difficulty. This is technically called stasis. This condition facilitates the formation of thrombi that will trigger inflammation venous ulcer is an irregularly shaped wound, superficial at first, but can become deep, with well-defined edges and commonly with yellowish exudate. The combined treatment of lower limb varicose veins surgery is an alternative for patients who want a faster and painless result.

Keywords: varicose veins in the lower limbs, thrombi, surgery and ulcers.

1 - INTRODUÇÃO

O sistema circulatório é um importante mecanismo de transporte, que além de conduzir o sangue, também possui a missão de distribuir oxigênio, nutrientes e fluidos linfáticos por todo corpo. A circulação sanguínea compreende três setores distintos do ponto de vista anatômico e fisiológico: sistema arterial, venoso e linfático. Os vasos constituintes desses sistemas estão presentes em maior ou menor quantidade, dependendo do tecido biológico. (ARAÚJO, M, 2002).

Mas quando a algo de errado no funcionamento desse complexo sistema, geralmente ocasionado por doenças, os demais órgãos do corpo podem ficar comprometidos, gerando diversas complicações. As doenças da circulação mais frequentes tem toda uma característica hereditária, ou seja, se houver histórico na família, haverá maior risco de manifestar-se na idade adulta. A doença mais frequente do sistema circulatório é a doença venosa crônica, que são as veias tortuosas conhecidas como varizes.

Segundo Dr Alexandre Amatto, as varizes são veias que se dilatam e ficam salientes na pele, sendo incapazes de desempenhar sua função no sistema circulatório com eficiência atingem, em parte, os membros inferiores e causam além dos sinais relacionados a saúde, elas também causam desconforto estéticos, pois alguns tipos torna-se mais visíveis e incomodam visualmente. Em um problema de circulação venosa pode aparecer o sintomas de dor e sensação de queimação nas pernas, a sensação de peso e cansaço nas pernas, coceira no local das varizes, inchaço nos membros inferiores, principalmente tornozelos e perna, manchas castanhas principalmente na região dos tornozelos, feridas surgir na face interna dos tornozelos e uma pele mais

endurecidas. E se não for realizado um tratamento adequado é possível surgir complicações mais graves, como, tromboflebite superficial, dermatite ocre, sangramento e feridas venosas. (AMATO, 2021).

Mais devemos ficar atentos a algumas características dos pacientes que pode levar ao aparecimento das varizes como histórico familiar, faixa etária, alteração hormonal, obesidade e vida sedentária. Para combater e evitar os sintomas de má circulação nas pernas, o uso de meias de compressão ou remédios que atuam nas veias do sistema circulatório, melhorando o tônus venoso, a microcirculação e a resistência dos vasos sanguíneos. (LIMA, 2016).

Mas é preciso acrescentar que particularmente em pacientes idosos, nos quais outras condições podem causar dor e edema nas extremidades, como artrite, neuropatia, claudicação, estenose espinhal, insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal e outras (CARPENTIER, 2002 - MARSTON, 2010).

A preocupação com o aspecto estético e a terapêutica também tem sido frequentemente objeto de publicações. Contudo, o farmacêutico é uma peça fundamental no tratamento dessa patologia, pois trata-se de um profissional da saúde mais acessível, que possui um maior contato com a população. Conhecendo os principais sintomas mais frequentes, o farmacêutico pode fazer um pequeno diagnóstico e ajudar o paciente nesse tratamento e em casos que o mesmo já faça o uso de medicamento, semissintéticos, sintéticos ou fitoterápico, ele deve esclarecer as dúvidas do paciente, e auxiliá-lo no uso do correto do fármaco, passando mais confiança e proporcionando um tratamento mais efetivo.

O presente estudo tem como objetivo uma boa atenção farmacêutica sobre o tratamento das varizes, onde é possível, através de um conhecimento prévio, auxiliar e orientar de forma clara o uso racional do fármaco ou tratamento paliativo. Tendo como

justificativa a grande procura de informação referente a dores e inchaços nas pernas e outros incômodos. A ocorrência de varizes e talvez tão antiga quanto a existência do homem.” Há anos. Hipócrates e seus discípulos desaconselhavam a incisão das veias varicosas, indicando múltiplas punções venosas” (DODD H, 1976). A frequência com que ocorrem complicações, embora raramente levando ao óbito, mostra que as varizes dos membros inferiores não podem ser colocado a um plano secundário. Dessa forma, este trabalho pode contribuir para uma melhor atenção e assistência farmacêutica voltada a pessoas com varizes.

2 – METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma pesquisa descritiva exploratória realizada através de um levantamento bibliográfico com abordagem qualitativa, onde foram utilizados artigos encontrados nas bases de dados Scielo, e plataformas digitais. Foram selecionados artigos, sendo todos publicados em periódicos nacionais e internacionais, compreendidos entre os anos de 1998 a 2022. Os artigos foram encontrados utilizando os seguintes descritores: varizes dos membros inferiores, tratamentos, má circulação venosa, dores.

3- RESULTADOS.

3.1- ETIOLOGIA DAS VARIZES

A etiologia das varizes primárias ou essenciais dos membros inferiores está relacionada com alterações na parede venosa, modificação na estrutura do colágeno e/ou

elastina, incompetência valvular localizada ou segmentar e/ou presença de fístulas arteriovenosas no nível da microcirculação. As varizes secundárias estão relacionadas com síndrome pós-flebítica, fístulas artério-venosas traumáticas, angiodisplasias e compressões extrínsecas.

Segundo Marcio Miyamoto (2020), primeiramente é preciso entender a circulação sanguínea.

O sangue que chega ao átrio direito através da veia cava superior e veia cava inferior é forçado pela contração atrial a passar pela valva tricúspide enchendo o ventrículo direito, este bombeia o sangue através da válvula pulmonar para a artéria pulmonar, chegando aos pulmões. Nos pulmões ocorrem as trocas gasosas, ou seja, a saída de CO₂ do sangue para os pulmões que será eliminado pela respiração e a entrada de O₂ para suprir todas as células do corpo (Circulação Pulmonar). Logo após, o sangue é levado até o átrio esquerdo pelas veias pulmonares. A contração do átrio esquerdo força o sangue a passar pela valva mitral para o ventrículo esquerdo. Com sua contração, o sangue passa pela válvula aórtica, chegando à artéria aorta que percorrerá todos os sistemas (Circulação Sistêmica) (GUYTON, 2006; DANGELO, 2006).

As varizes se formam quando há falha nas válvulas venosas, prejudicando o funcionamento da circulação, causando um acúmulo de sangue e a pressão exercida nas paredes dos vasos, fazendo com que ele se dilate. É esse alargamento anormal que provoca a formação das varizes. (MIYAMOTE, 2020).

3.2 – SINTOMAS

Sintomas como peso, dor, edema e prurido podem ser citados, mas nenhum deles é específico da doença venosa crônica (DVC), podendo estar associados a múltiplas etiologias, como arteriopatias obstrutivas, neuropatias e cialgias que devem ser tratadas de forma específica”, conclui a médica.

Para relacioná-los à presença de varizes, é importante levar em conta a localização específica desses sintomas, suas características e fatores precipitantes, (MARSTON WA, 2010).

A gravidade da doença venosa é descrita a partir de uma classificação aceita internacionalmente, o Clinical manifestation, Etiologic factors, Anatomic distribution of disease, Pathophysiologic findings (CEAP), que por meio de uma pontuação categoriza os sinais clínicos em sete classes, sendo;

- ✓ C0 -sem sinais de doença venosa
- ✓ C1 -telangiectasias e veias reticulares
- ✓ C2 -veias varicosas
- ✓ C3 -edema
- ✓ C4 -alterações subcutâneas;
 - C4a representa alterações na pigmentação e eczema e
 - C4b, lipodermatoesclerose e atrofia branca
- ✓ C5 -úlceras de estase cicatrizadas
- ✓ C6 -úlceras de estase abertas, (BRAS,2009)

3.3 - FATORES DE RISCO

Entre vários fatores de risco como a obesidade, história familiar, gravidez, trabalhar em pé ou sentado por longos períodos. Parece claro que a idade e o sexo feminino se destacam, sendo citados no Projeto Acireale e por outros autores; entretanto, o sexo feminino não tem sido universalmente considerado um fator de risco positivo. Em um dos poucos estudos que demonstram a associação de veias varicosas e doença venosa crônica (DVC), na população geral, o Edinburgh Vein Study, observou que a incidência dessas condições não diferiu significativamente entre os sexos, mas afirma que a incidência das veias varicosas aumenta com a idade, história familiar e índice de Massa Corporal (IMC).

Devido à discordância encontrada na literatura em relação aos fatores de risco para insuficiência da veia safena magna (VSM), optou-se por distribuir os pacientes em diferentes grupos. Primeiro foi considerado o gênero (masculino e feminino) e então, dentro de cada gênero, os pacientes foram redistribuídos em três subgrupos segundo a idade (< 30, 30-50 e > 50 anos) e outros dois quanto ao índice de massa corporal (IMC), com valor de corte para obesidade estipulado em 25 para mulheres e 30 para homens.

Os fatores de maior propensão ao desenvolvimento deste desequilíbrio são a exigência de permanência na mesma postura por período prolongado, cirurgias prévias, traumatismo dos membros inferiores, sedentarismo, uso de calçados com saltos, obesidade e gestação, a partir dos quais poderão surgir os sinais e sintomas da doença. (MOURA-2010).

3.4 – PROBLEMAS RELACIONADOS

Segundo Dr. Robson Barbosa de Miranda nas veias varicosas (varizes), pela dilatação e pela tortuosidade dessas veias doentes, o sangue circula mais lentamente ou com dificuldade. A isso chamamos tecnicamente de estase. Essa condição facilita a formação de trombos que desencadeará a inflamação.

Na trombose venosa profunda (ex: veia femoral) é um dos espectros da doença chamada de tromboembolismo venoso, que por sua vez é definida pela migração de trombos oriundos do sistema venoso. Apesar da dor, do aumento de temperatura, não vemos o trajeto endurecido e a vermelhidão da veia porque está, se encontra em plano mais profundo, nos planos musculares que geralmente localizados nos membros inferiores. Quando o trombo afeta as veias superficiais, (ex: veia safena) por baixo da pele, dizemos que estamos perante uma trombose venosa superficial. Eventualmente a tromboflebite pode ocorrer em veias previamente saudáveis, porém induzidas por agressões externas. Talvez o exemplo mais comum seja a flebite induzida por medicamentos. Quando a tromboflebite ocorre em veias que não foram agredidas por medicamentos, agulhas e cateteres ou em veias que não são varicosas, é um sinal de preocupação. Sinal de que o(a) paciente pode apresentar uma propensão a eventos trombóticos e também pode estar associado a algum tipo de câncer.

A aterosclerose é uma doença inflamatória secundária a lesões na camada íntima, que tem como principal complicação obstrução crônica e aguda do lúmen arterial, (espaço interno ou cavidade dentro de uma estrutura com formato de tubo num corpo, como as artérias e o intestino). Em arteriosclerose, gordura se deposita e estreita o lúmen de uma artéria. (PAREDES, 2011).

Em geral a úlcera venosa é uma ferida de forma irregular, superficial no início, mas podendo se tornar profunda, com bordas bem definidas e comumente com exsudato amarelado. Inicialmente, para a limpeza da úlcera deve ser utilizado apenas soro

fisiológico ou água potável, uma vez que várias substâncias antissépticas (clorexidine, iodo-povidona, ácido acético, hipoclorito de sódio, entre outras) são citotóxicas e podem retardar a cicatrização. (PHILLIPS, DOVE, 2003). É raro o leito da úlcera apresentar tecido necrótico ou exposição de tendões. As úlceras podem ser únicas ou múltiplas e de tamanhos e localizações variáveis, mas em geral ocorrem na porção distal dos membros inferiores (região da "perneira"), particularmente na região do maléolo media. Em algumas circunstâncias, a úlcera venosa pode ocorrer na porção superior da panturrilha e nos pés. A dor é sintoma frequente e de intensidade variável, não sendo influenciada pelo tamanho da úlcera, já que lesões pequenas podem ser muito dolorosas, enquanto as grandes podem ser praticamente indolores. Em geral, quando presente, a dor piora ao final do dia com a posição ortostática e melhora com a elevação do membro. (ABBADE, 2005).

Outro problema é a dermatite ocre. Ocre é o nome dado a uma tonalidade que fica entre o laranja e o marrom e dermatites são inflamações na região da pele. No caso das varizes, elas atingem normalmente os tornozelos e a parte inferior da canela, devido a estagnação sanguínea, causada pelos problemas circulatórios. O sangue, quando parado, começa a extravasar e a liberar um pigmento rico em ferro na pele. Para que a pele volte a coloração normal deve ser tratada com cremes à base de alfa-hidroxiácidos e despigmentastes, vitamina K1 e K3 e hidratantes que vão permitir a penetração das substâncias e tópicos anti-inflamatório. Que vão permitir reverter ou amenizar o escurecimento da região já um processo complicado e, por isso, a prevenção é sempre o melhor caminho. (AGUIAR,2022).

3.5 - TRATAMENTO

Varizes são veias dilatadas e com problemas de circulação em nosso organismo, que precisam ser tratadas logo após o diagnóstico do médico. O tratamento pode ser feito à base de medicamentos, mas eles podem não ser o suficiente para combater o problema. “Os remédios tem o objetivo de melhorar sintomas de dores, cansaço e edema nas pernas”, Drogas como pentoxifilina, aspirina, diosmina, entre outras, são citadas na literatura por sua aparente capacidade de estimular a cicatrização. (GUIMARÃES, 2020).

O importante é procurar o angiologista para saber em qual estágio estão as varizes, para então aliar os medicamentos com outros tratamentos. “Os medicamentos funcionam aumentando o tônus venoso, a resistência vascular e têm atividade anti-inflamatória, além de ajudarem a combater a fragilidade capilar, viscosidade sanguínea, a impactação e ativação dos leucócitos e a melhorar a pressão parcial de oxigênio”, acrescenta a médica.

Segundo Fukushima o “O tratamento medicamentoso é eficaz no alívio dos sintomas causados pelas varizes em todas as fases da doença. Dessa forma, têm o potencial de melhorar a circulação e aliviar os sintomas, alguns medicamentos tópicos têm ação para redução dos hematomas e para resfriamento da pele, proporcionando conforto e alívio da queimação nas pernas. Por mais que não sejam protagonistas, as medidas paliativas (que atuam apenas nos sintomas) têm seu valor, pois complementam o tratamento e tornam o processo menos incômodo para o paciente.

A pentoxifilina (Trental®, Pentox®) é conhecida por estimular a fibrinólise, facilitar a perfusão capilar, devido à redução da viscosidade sanguínea pela capacidade de deformação das hemácias e dos leucócitos, e à redução da agregação plaquetária e dos níveis de fibrinogênio. Uma revisão sistemática mostrou que a Pentoxifilina (800mg, três vezes ao dia) foi adjuvante efetivo junto à terapia compressiva para

tratamento de úlceras venosas. Alguns dos efeitos colaterais mais comuns do uso de Trental incluem dor no peito, excesso de gases intestinais, má digestão, náuseas, vômitos, tonturas, dor de cabeça e tremores.

Quanto à aspirina, não há revisão sistemática devido à escassez de estudos duplo cegos e randomizados; um estudo com placebo e controlado sugeriu que na dose de 300mg/dia pudesse acelerar a cicatrização da úlcera venosa, entretanto a amostra era pequena (20 pacientes). Há necessidade de mais estudos para definir sua ação e utilidade em portadores de úlcera venosa. (BROWSE, BURNAND-2001).

As medicações conhecidas como Flebotônicas constituem um grupo heterogêneo de drogas utilizadas para tratamento da insuficiência venosa crônica, funcional e orgânica, dos membros inferiores que visam a melhorar o retorno venoso. Muitas delas são flavonoides naturais, extraídos de plantas, ou sintéticos, como a diosmina ou Daflon®, também é responsável por atenuar a intensidade da dor, reduzir e acelerar a reabsorção dos hematomas e edemas, melhorar os sintomas relacionados à doença venosa crônica (sensação de pernas pesadas, fadiga dos membros inferiores, câibras), posologia 600-1800mg/.

Derivados da Castanha da Índia (*Aesculus hippocastanum*) são utilizados em grande número de preparações farmacêuticas comerciais, Sua ação se faz nas veias dos plexos hemorroidário, mas também ocorre nas veias do MMII, seu princípio também é a vasoconstrição, pode ser administrado via oral, retal, tópico e intravenosa de 20 mg/dia.

A lipodermatoesclerose é uma paniculite que se caracteriza por endurecimento e hiperpigmentação da pele envolvendo as panturrilhas, com a aparência de “garrafa de champanhe invertida”. Têm sido recomendadas o uso de oxandrolona, posologia A dose recomendada de oxandrolona em adultos é de 2,5 mg, por via oral, 2 a 4 vezes ao dia, sendo que a dose máxima não deve exceder 20 mg por dia. O Estanozolol presente

geralmente como uma injeção de 50 mg/mL ou um comprimido de 2 mg. Entretanto, versões de 10 mg tornaram-se disponíveis recentemente. Uma dosagem comum pode ser de 2-10 mg/dia, com resultados otimizados, geralmente, observados com 10 mg/dia. e pentoxifilina, com boa resposta. Esse tratamento é bem tolerado, resultando em redução significativa do edema, do eritema e da infiltração presentes nos membros inferiores, além de alívio da dor.

O cirurgião vascular utiliza a realidade aumentada e o aparelho de Doppler venoso de membros inferiores, para estudar toda a rede venosa das pernas que pode variar muito de pessoa para pessoa, por isso o tratamento deve ser feito de maneira individual para então programar o tratamento mais adequado, o tratamento laser tanto transtérmico, para vasos superficiais quanto endovascular para varizes profundas (safena e perfurante), ambos podem ser feitos em clinica ou hospital. Da mesma forma, por causar menos hematomas e inchaço, a recuperação estética é mais rápida e indolor. As sessões múltiplas (RIBAS, 2013).

A cirurgia (ou operação) permite melhorar o fluxo sanguíneo aos tecidos. Na cirurgia pode-se remover a placa de aterosclerose que causa a obstrução (entope a artéria). Também se podem utilizar tubos sintéticos ou veias que criam um caminho alternativo (bypass) às artérias ocluídas, para o fluxo sanguíneo chegar aos tecidos.

Existem procedimentos menos invasivos, como a microcirurgia sem bisturi, na qual são retiradas as varizes de pequeno e médio calibre por meio de pequenas incisões na pele, e a escleroterapia com espuma, na qual o paciente é injetado com um medicamento que se transforma em uma espuma, “secando” as veias e injeção de glicose hipertônica, são uma opção segura e eficaz. (BEZ, 2020).

A utilização de meias compressivas promoveu a redução de edema em membros inferiores, bem como melhora de sintomas como dores, sensação de peso nas pernas e

cansaço (SILVIA MAN, 2018). Contudo, o uso de meias de compressão de membros inferiores deve ser avaliado de forma criteriosa em pacientes portadores de doença arterial obstrutiva crônica, infecção, insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e neuropatia periférica avançada (NPA), (BELCZAK, 2011).

Outro ponto em destaque para a utilização de meias se refere ao tipo de material: inelástica e elástica. A compressão inelástica possui ação apenas durante o movimento de contração e de relaxamento de músculos da perna na tentativa de diminuição do edema. Já a contenção elástica pode ser ajustada conforme as alterações de volume do membro e a realização de tensão contínua na pele. Por outro lado, a utilização de meias elásticas de compressão gradual deve ocorrer conforme o objetivo, ou seja, meias de suporte para prevenção ou profilaxia. Quando utilizadas de modo preventivo ou terapêutico, devem possuir compressão menor que 15 mmHg. No caso da utilização de meias visando à terapêutica, devem ser confeccionadas com graduação maior que 15 mmHg, segundo demonstrou estudo desenvolvido pela Universidade Presbiteri.

No pós- cirúrgico orientação adequada de repouso é muito valiosa para se obter cicatrização da úlcera, pois diminui os efeitos da hipertensão venosa. O repouso deve ser realizado com o membro inferior elevado acima do nível do coração cerca de três a quatro vezes durante o dia e por 30 minutos. Durante a noite a elevação do membro é obtida por elevação dos pés do leito em altura que varia de 15 a 20 cm. Os medicamentos analgésicos para dor como a Dipirona 1g, 1 a 2 comprimidos, até 4 vezes ao dia, ou seja, a cada 6 horas. Anti-inflamatório como Ibuprofeno 600 mg de 12 em 12 horas. Cetoprofeno 150mg cp, que já possui ação anti-inflamatória, analgésica e anti-térmica 2 vezes ao dia e Cremes como Venalot objetivam a melhora dos sintomas, redução dos roxos e diminuição dos riscos de manchas. (BROWSER NL, BURNAND KG, IRVINE AT, WILSON NM, 2011).

Breves caminhadas, três a quatro vezes por dia, devem ser estimuladas. Além disso, os pacientes devem ser orientados a manter o peso dentro da faixa de normalidade e evitar o tabagismo. Drenagem linfática manual e fisioterapia para melhorar a mobilidade da articulação do tornozelo são medidas necessárias em alguns pacientes.

Outras modalidades terapêuticas, tais como estimulação elétrica, terapia com pressão negativa, oxigênio terapia hiperbárica, ultrassom e laser terapia de baixa intensidade, têm sido utilizadas como coadjuvantes no tratamento da úlcera venosa, embora, de acordo com respectivas revisões sistemáticas, necessitem de mais estudos que atestem sua efetividade.

“Apesar dos medicamentos não eliminarem as varizes, eles são utilizados para aliviar sintomas de peso, edema, cansaço e queimação nos membros inferiores. Os medicamentos podem ser orais ou tópicos, ambos com o mesmo objetivo. Porém, reforço que tais medicamentos não eliminam as varizes em si”, afirma Dr. RODRIGO FUKUSHIMA. Caso o tratamento medicamentoso seja interrompido, os sintomas tendem a retornar.

O tratamento combinado da cirurgia de varizes com a escleroterapia das telangiectasias dos membros inferiores (MMII) é uma alternativa para os pacientes que desejam um resultado mais rápido e apesar das diferentes opções de tratamento disponíveis atualmente, as varizes mais calibrosas ou que estão ligadas às veias safenas ou mesmo a outras veias nutridoras maiores, podem não responder às técnicas realizadas em consultório, sendo muitas vezes necessária a realização de uma cirurgia indicada como opção de tratamento de alguns tipos de varizes e veia safena doente. Esse tratamento gera muitas dúvidas entre os pacientes. Algumas doenças são importantes de se destacar, pois irão exigir um atendimento mais rápido (GASPAR,2006).

3.6 – TRATAMENTO CIRURGICO

Novas técnicas têm sido descritas para o tratamento das varizes dos membros inferiores, visando ao menor tempo de internação e recuperação. Vale ressaltar que a cirurgia convencional tem seus resultados e complicações bem definidos, gerando uma situação desagradável em termos de custo e benefício, que estão em constante conflito. Em casos mais graves, pode ser indicada cirurgia de varizes convencional, com a retirada dos vasos sanguíneos doentes por meio de incisões maiores e remoção com Endolaser: Essa hoje é a melhor técnica para o tratamento da veia safena magna, pois é a menos invasiva (sem cortes), recuperação rápida (em média o paciente volta as suas atividades normais dentro de 3 dias), técnica eficaz e que hoje é a mais indicada em todo o mundo.

A cirurgia para a retirada da veia safena, ou safenectomia, é uma cirurgia indicada para o tratamento de varizes quando ocorre dilatação excessiva da veia safena, ou quando esta veia já não funciona mais como deveria para fazer o retorno de sangue das pernas para o coração. A safena é uma grande veia que vai da virilha, passa pelo joelho, onde se divide em duas, a safena magna e a safena parva, que continuam até os pés. Apesar do seu tamanho, a retirada da veia safena não é prejudicial a saúde, pois existem outros vasos, mais profundos, que são mais importantes para o retorno do sangue para o coração. (RAMIREZ, 2021).

A utilização de um método pouco invasivo para obter os mesmos efeitos indica que os benefícios esperados a curto e médio prazo devem prevalecer sobre os riscos previstos. Entretanto, em se tratando de uma doença muito prevalente na população mundial, há grande preocupação por parte dos órgãos de saúde governamentais e das sociedades científicas correlacionadas sobre esse assunto, de tal forma que os

argumentos sobre novas modalidades de tratamento devem estar bem fundamentados, inclusive para aceitação pelo público em geral. (MEDEIROS, 2006).

Diferente do que muitos ainda pensam, a cirurgia de varizes mudou bastante nos últimos anos. Hoje ela é feita com anestesia local e sedação, alta hospitalar no mesmo dia e recuperação para as atividades diárias, inclusive atividades físicas, entre 3 a 15 dias. (FERREIRA, 2004).

O tratamento cirúrgico da anormalidade venosa, com finalidade de cicatrização da úlcera, visa eliminar ou diminuir a transmissão da alta pressão venosa para as áreas ulceradas. Em portadores de úlcera venosa com significativa insuficiência do sistema venoso superficial, isolada ou combinada com insuficiência de perfurantes, importante melhora pode ocorrer após cirurgia das veias varicosas, além de melhora do prognóstico ao longo do tempo. (ZAMBONI, CISNO, MARCHETTI, 2003)

Em anos recentes também tem-se desenvolvido a técnica de ligadura endoscópica subfascial de perfurantes insuficientes na região medial da panturrilha. Os resultados dessa técnica têm sido muito variáveis, com falha da cicatrização da úlcera ou sua recorrência variando de 2,5% a 22%. (PIERRIK, VAN URK WITTENS, 2003).

Existem atualmente técnicas menos invasivas, tipo cateterismo, de dilatação das artérias ocluídas - tratamento endovascular. O balão dilata as artérias e o stent (um tubo de rede metálica) mantém as artérias abertas, permitindo a circulação do sangue.

A amputação (“cortar a perna”) é a última opção. Mas pode ser usada para tratar uma infecção não controlada ou uma dor isquêmica intensa que não cede aos analgésicos

Até o século passado, o padrão-ouro do tratamento das varizes dos membros inferiores era a cirurgia convencional. Evoluímos para as cirurgias minimamente invasivas com a introdução da agulha de crochê (1974), abrasão por endolaser e

radiofrequência e escleroterapia líquida e escleroterapia por espuma. (KAFEJIA, OLIVEIRA, TAKAYANAGI, 1976).

O endolaser é um procedimento feito através de uma punção com uma agulha onde a fibra de laser é introduzida no interior da veia. Dessa forma, a ação do laser vai promovendo o fechamento da veia dilatada por meio de uma energia térmica.

A radiofrequência (VNUS Medical Technologies Inc., San José, Califórnia, e, mais recentemente, Covidien, Mansfield, Maryland) é uma intervenção guiada por cateter, na qual a energia é liberada através de ondas contínuas ou sinusoidais, com uma frequência entre 200 e 3000 kHz. Ocorre, então, o aquecimento do tecido que está em contato com o cateter. A ação do procedimento concentra-se na parede venosa, com destruição endotelial e desnaturação do colágeno da parede venosa, com fibrose da luz venosa. (ROTH, 2007).

A lipodermatoesclerose é uma paniculite que se caracteriza por endurecimento e hiperpigmentação da pele envolvendo as panturrilhas, com a aparência de “garrafa de champanhe invertida”. Muitas abordagens terapêuticas têm sido recomendadas, mas o uso de oxandrolona para essa finalidade foi pouco estudado até o momento. Relatamos um caso de lipodermatoesclerose aguda em uma mulher de 61 anos, com história prévia de tratamento cirúrgico para insuficiência venosa de membros inferiores. A paciente apresentava edema e lesões dolorosas e eritematosas com infiltração difusa, que acometiam principalmente a face posterior da panturrilha esquerda. Foi tratada inicialmente com estanozolol e pentoxifilina, com boa resposta. Devido à indisponibilidade do estanozolol, iniciou-se o uso de oxandrolona. Esse tratamento foi bem tolerado, resultando em redução significativa do edema, do eritema e da infiltração presentes nos membros inferiores, além de alívio da dor. A oxandrolona pode

representar uma opção útil e segura no tratamento da lipodermatoesclerose aguda. (BRUCE, BENNETTE, LOHSER, 2003.)

Na escleroterapia com espuma, o médico usa uma injeção para aplicar nas veias que estão alimentando os vasinhos uma substância esclerosante chamada de polidocanol. O método é indicado para vasos e varizes de até 4 mm. Escleroterapia líquida A escleroterapia líquida em micro varizes tem como princípio básico eliminar a veia varicosa, com uma injeção de substância esclerosante no interior do vaso, provocando a destruição de sua camada endotelial, levando à fibrose daquele vaso, com o seu desaparecimento¹, (GLOVICZKI, COMEROTA DALRING,2011). Existem em uso basicamente três tipos de esclerosantes: os detergentes, sendo os mais conhecidos o polidocanol, oleato de etanolamina, tetradecil sulfato de sódio e o morruato sódico. São muito utilizados no Brasil os dois primeiros. Os esclerosantes osmóticos, sendo a glicose hipertônica a mais conhecida. (SANTOS, 2021).

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no que foi abordado nesse artigo, enfatizamos neste trabalho a importância da metodologia empregada no tratamento das varizes. Novas técnicas têm sido descritas para o tratamento das varizes dos membros inferiores, visando ao menor tempo de internação e recuperação. Vale ressaltar que a cirurgia convencional tem seus resultados e complicações bem definidos, gerando uma situação desagradável em termos de custo e benefício. As varizes são relativamente comuns na população adulta e sua prevalência depende muito do local e tratamento empregado. Além disso, destacamos o quanto importante é o papel do farmacêutico nesse processo terapêutico. Atuando mais próximo do paciente, ele é um profissional fundamental para um

tratamento eficaz a longo prazo. Varizes de membros inferiores são uma patologia bastante conhecida cujo quadro clínico costuma incluir inicialmente sintomas dolorosos em função do edema associado a estase nas veias varicosas. O último estágio da doença consiste na formação de lesões de pele e, finalmente, ulcerações, que podem ser bastante extensas e de difícil cicatrização. A úlcera relacionada à doença varicosa tende a ser mais frequente nas populações que não dispõem de uma assistência à saúde adequada, por ser resultado da falta de tratamento ou do tratamento inadequado das varizes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a deus, que me concedeu força e coragem e determinação, a meu marido Sebastião pedroso que “caminhou” junto comigo essa caminhada em busca do conhecimento e o profissionalismo. A todos meus professores, que foi uma honra poder conhecer e aprender com todos em especial, professor José Luiz Rocha, quem me orientou nesse projeto.

E com muito carinho, minhas colegas e amigas Luluzinhas.

5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

ABBADE, LP FERNANDES e LASTÓRIA. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. Anais Brasileiros de Dermatologia [online]. 2006, v. 81, n. 6 [Acessado 22 Maio 2022], pp. 509-522.

AGUIAR, Prof. Dr. EDUARDO TOLEDO, 2022. Espaço Vascular – Diretor Técnico: – CRM-SP 18.159

AMATTO, ALEXANDRE, má circulação será que tenho.
<https://youtu.be/pjy6cwnpUco>

ARAÚJO, MARCELO. Farmacologia,2002.

BELCZAK CE, CAMPOS MB, CAMPOS RB, HARADA DS, The impact of obesity on venous insufficiency. Phlebology. 2015;30(7):475-80. PMid:25193821

BROWSER NL, BURNAND KG, IRVINE AT, WILSON NM. Úlcera venosa: história natural e tratamento. In: Browse NL, Burnand KG, Irvine AT, Wilson NM, editors. Doenças Venosas. Rio de Janeiro: Di-Livros; 2001. p. 521-51.

BRUCE AJ, BENNETTE DD, LOHSER CM. Lipodermatosclerosis: review of cases evaluated at Mayo Clinic. J Am Acad Dermatol. 2002;46(2):187-92.
<http://dx.doi.org/10.1067/mjd.2002.119101>

CARPENTIER PH, POULAIN C, FABRY R, CHLEIR F, GUIAS B, Ascribing leg symptoms to chronic venous disorders: the construction of a diagnostic score. J Vasc Surg. 2007;46(5):991-6. PMID:17980285. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2007.06.044>

DANGELO, J. G.; FATTINI, C. A. Anatomia humana sistêmica e segmentar. Rio de Janeiro: Atheneu, 2007.

DODD H, OCKETT FB. The pathology and surgery of the veins of the lower limb. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1976. p. 3-17.

FERNANDEZ L ARIAS, SUÉRES-MIER B, MC MATÍNEZ-ORTEGA. Incidence and risk factors of phlebitis associated to peripheral intravenous catheters. Enferm Clin 2015; 27: 79–86.

FERREIRA, 2004, <https://www.saudebemestar.pt/p>

FUKUSHIMA Dr. RODRIGO. Cuidados pela vida / 2021.

GASPAR, RICARDO JOSÉ e MEDEIROS. Tratamento combinado da cirurgia de varizes com a escleroterapia de telangiectasias dos membros inferiores no mesmo ato. Jornal Vascular Brasileiro [online]. 2006.

GLOVICZKI P, COMEROTA AJ, DALRING MC, et al. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. J Vasc Surg. 2011.

GUIMARÃES, THAYANE, 2020. Angiologista do Rio de Janeiro.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. Tratado de fisiologia médica. São Paulo: Guanabara Koogan, 2006.

HIPOCRATES, The genuine works of Hippocrates. Baltimore: Williams & Wilkins; 1946. p. 325-36.

KAFEJIAN O, OLIVEIRA GA, TAKAYANAGI T. Inovações técnicas na cirurgia de varizes visando a resultados estéticos. AMB Rev Assoc Med Bras. 1976;22(8):296-7. PMID:1086493.

LIMA- Dr^a. ANA LUIZA LIMA – Revisão médica Cardiologista, em fevereiro de 2016.

MARSTON WA. Evaluation of varicose veins: what do the clinical signs and symptoms reveal about the underlying disease and need for intervention? Semin Vasc Surg. 2010;23(2):78-84. PMID:20685561.

MEDEIROS, CHARLES ANGOTTI FURTADO de Cirurgia de varizes: história e evolução. Jornal Vascular Brasileiro [online]. 2006, v. 5, n. 4 [Acessado 19 Junho 2022].

MEDEIROS, LUCCAS GC, CAF. Úlcera varicosa - tratamento cirúrgico. In: Merlo I, Parente JBH, Komlos PP, editores. Varizes e telangiectasias: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Revinter; 2006. p. 325-34.

MIYAMOTTO,2020; DR.MARCIO BY 2020. esselvascular.com.br/por-que-e-como-se-formam-as-varizes/.

MIRANDA, Dr. Robson Barbosa de ; Cirurgião vascular, Angiologista mais Número de registro: CRM 64375 SP - RQE 18402

MOURA RMF. Funcionalidade e qualidade de vida em idosos com doença venosa crônica. [tese de doutorado]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2010. [cited 2011 May 20]. Available from: http://www.eef.ufmg.br/mreab/documentos_new/Dissertpdf/ReginaMarcia.pdf.

NAVARRO L, BONÉ 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. PMID:11207682.

PAREDES, OSCAR ZALDAÑA (27 de julho de 2011). Obesity Public Enemy #1 or Death (em inglês). [S.l.]: Xlibris

PHILLIPS TJ, DOVER JS. Leg ulcers. *J Am Acad Dermatol*. 1991;25:965-87

PIERIK EG, VAN URK H, HOP WC, Wittens CH. Endoscopic versus open subfascial division of incompetent perforating veins in the treatment of venous leg ulceration: a randomized trial. *J Vasc Surg*. 1997;26:1049-54.

RAMIREZ Dr. GONZALO. Clínico Geral e Psicólogo/Clínico geral pela UPAEP com cédula profissional nº 12420918 e licenciado em Psicologia Clínica pela UDLAP nº 10101998.

RIBAS, Dr. BRUNO. Formado em Medicina pela Universidade Federal do Paraná, é especialista em cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia endovascular e angiorradiologia e membro da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascula.

ROBERTSON L, LEE AJ, et al. Incidence of chronic venous disease in the Edinburgh Vein Study. *J Vasc Surg*. 2013;1(1):59-67. PMID:26993896.

ROTH SM. Endovenous radiofrequency ablation of superficial and perforator veins. Surg Clin North Am. 2007;87(5):1267-84.

SANTOS RFFN, PORFIRIO GJM, PITTA GBB. A diferença na qualidade de vida de pacientes com doença venosa crônica de leve e grave [Internet]. J Vasc Bras. 2009;8(2):143-7. [cited 2011 Mar 10]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v8n2/a08v8n2.pdf>

SEIDEL AC, MANGOLIM AS, ROSSETTI LP, GOMES JR, MIRANDA F, Jr. Prevalência de insuficiência venosa superficial dos membros inferiores em pacientes obesos e não obesos. J Vasc Bras. 2011;10(2):124-30.

SILVA MAM, CARVALHO B, JESUS-SILVAS, Cardoso R. Efeito da elastocompressão no edema de membros inferiores em profissionais da saúde após jornada vespertina de trabalho em centro cirúrgico. Rev Med. 2018.

WALLIS MC, MC GRAIL M, WEBSTER J, et al. Risk factors for peripheral intravenous catheter failure: a multivariate analysis of data from a randomized controlled trial. Infect Control Hosp Epidemiol 2014; 35: 63–68.

ZAMBONI P, CISNO C, MARCHETTIF, Mazza P, Fogato L, Carandina S, et al. Minimally invasive surgical management of primary venous ulcers vs. compression treatment: a randomized clinical trial.