

ARTÍCULO ORIGINAL

ESCLEROTERAPIA COM ESPUMA ESTUDO RETROSPECTIVO

AUTOR:
DR. FRANCISCO REIS BASTOS

Correspondencia: drfrbastos@hotmail.com

Recibido: julio 2011
Aceptado: agosto 2011

Resumo

A Escleroterapia com Espuma, FOAM (EE) na Insuficiência venosa crônica dos membros inferiores surgiu na Europa, há 20 anos, e gradativamente se firmou como método tão bom ou até melhor que a cirurgia para o controle das varizes. O método novo acompanha o advento da espuma esclerosante e do ecodoppler, ambos contribuindo para melhor diagnóstico e controle da doença. A EE permitiu tratar quando a cirurgia não pode. Isso ocorre nos casos complicados como os de úlceras de perna, de pacientes idosos, de varizes pélvicas ou de portadores de doenças crônicas concomitantes, inclusive quando o risco cirúrgico-anestésico proíbe as cirurgias.

O presente trabalho analisa 2677 sessões de EE em 1067 pacientes, em oito anos, e essa experiência confirma os bons resultados da literatura mundial, sendo pioneira no Brasil. As indicações foram desde Ceap 3 a 6. O método foi o da punção direta, acompanhado com o ecodoppler e venoscópio. Usou-se meia elástica de 20-30 mm Hg em superposição e não recomendou-se repouso após tratamento.

A EE, além de custo moderado mostrou baixo índice de complicações. Manchas hipercrômicas transitórias ocorreram em 17%. Foram raras as complicações. Espera-se com esse trabalho contribuir para a discussão na escolha do melhor método de controle da IVC.

Palavras chave: Varizes/terapia. Úlcera varicosa/terapia. Escleroterapia. Insuficiência Venosa Crônica.

Resumen

Escleroterapia con espuma. Estudio retrospectivo.

La Escleroterapia con Espuma, FOAM (EE) en la Insuficiencia venosa crónica de los miembros inferiores surgió en Europa, hace 20 años, y gradualmente se consagró como un método muy bueno o hasta mejor que la cirugía para el control de las várices. El nuevo método acompaña el advenimiento de la espuma esclerosante y del ecodoppler, ambos contribuyendo para el mejor diagnóstico y control de la enfermedad. La EE permitió el tratamiento cuando la cirugía no era posible. Esto ocurre en los casos complicados como los de úlceras de pierna en pacientes mayores, de várices pélvicas o de pacientes portadores de enfermedades crónicas

concomitantes, como también cuando el riesgo quirúrgico anestésico prohíbe las cirugías.

Este estudio analiza 2677 sesiones de EE en 1067 pacientes, durante ocho años, y esa experiencia confirma los buenos resultados de la literatura mundial, siendo pionera en Brasil. Las indicaciones fueron desde Ceap 3 a 6. El método utilizado fue el de punción directa, acompañado con el ecodoppler y venoscopia. Se usó una media elástica de 20-30 mm Hg de forma superpuesta y no se recomendó reposo después del tratamiento.

La EE, además de su costo moderado, mostró un bajo índice de complicaciones. Manchas hipercrómicas transitorias se presentaron en 17%. Fueron raras las complicaciones. Se espera con este estudio contribuir para la discusión en la elección del mejor método de control de la IVC.

Palabras clave: Várices/terapia. Úlcera varicosa/terapia. Escleroterapia. Insuficiencia Venosa Crónica.

Abstract

Foam sclerotherapy. Retrospective studies.

The foam sclerotherapy began at Europe twenty years ago and it seems to be as good as surgery for the treatment of the varices.

The sclerotherapy method was born 160 years ago and now it, becomes more powerful with the foam sclerotherapy. Now we can treat every kind of veins with this method. This happens with *CVI* with venous ulcer, the elder people in others chronic diseases too. Always when the anesthetic risk is forbidden the surgery the foam sclerotherapy can be applied. This method of sclerotherapy shows a low index of complications in the review of the literature.

We have a good practice with this new technic after 2677 sessions of foam sclerotherapy over 1067 patients. The patient had *CVI* Ceap 3 to 6. The method was the direct puncture with ecodoppler and venocopy followed by elastic stocking without resting after the treatment. Low cost and few complications.

We hope to agree to do a better choice of the control of *CVI* control.

Key words: Varicose. Veins/therapy. Varicose Ulcer/therapy. Sclerotherapy. Venous Insufficiency.

Abreviaturas

ANAES - Agência Nacional de Credenciamento em Saúde, na França

AET - Aethoxyclerol

AVC - Accidente Vascular Cerebral

CEAP - C, Cclinical; E, Etiology; A, Anatomy; P, Pathophysiology

EE - Escleroterapia com Espuma

IVC - Insuficiência Venosa Crônica

LED - Luz Emanada do Diodo

POL - Polidocanol

TDS - Tetradecyl Sulfato de Sódio

TVP - Tromboses Venosa Profunda

SBACV - Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular

Introdução

A IVC ocorre em 20% da população, na faixa etária de 50 anos ela atinge 50% e aumenta com o envelhecimento. Os tratamentos cirúrgicos têm sido utilizados para extirpar a parte doente da rede venosa, mas constituem procedimentos hospitalares. A EE pode ser feita em clínicas ou em consultórios. A cirurgia recomenda repouso após o procedimento. A EE ao contrário pede uma caminhada diária. Essa diferença pode ajudar na prevenção do tromboembolismo venoso, pois esse exercício aumenta o fluxo laminar nas veias do sistema venoso profundo. O paciente não sai de sua rotina de vida ou de trabalho. A cirurgia é feita sob anestesia, em contraposição a escleroterapia que é praticamente indolor.

A ESPUMA ESCLEROSANTE É ANESTÉSICA.

A EE pode ajudar o controle da IVC. Ela pode ser feita em casos complicados. Recomenda-se a prevenção da trombose venosa profunda nos pacientes trombofílicos (15% da população), principalmente nos fumantes e nos usuários de hormônios. O mesmo pode-se fazer com aqueles pacientes que são idosos ou tem sua mobilidade reduzida.

Para o controle da IVC, deve-se lembrar algumas regras: diagnóstico correto do reservatório varicoso, dos pontos de fuga e de refluxo venoso. É onde atuaremos para fazer a correção da rede venosa.

Considera-se para efeito desse trabalho ser melhor usar a expressão “sessão de escleroterapia” como uma unidade referencial de controle da IVC. Acha-se melhor falar sessão de escleroterapia do que falar de casos, ou de cirurgias. Sabe-se que infelizmente, não existe cura para essa doença, entretanto, a cada sessão de EE pode-se registrar uma melhora do quadro. Uma cirurgia representa também uma melhora da IVC. Como a doença continua avançando, cada passo terapêutico representa algo no controle, desse processo de degeneração. Sessão de escleroterapia é o nome que deve ser adotado toda vez que se oferece um pacote de benefícios para o paciente no sentido de controlar a doença. A IVC atinge a rede venosa complexa que deve ser analisada e corrigida a todo o momento. Uma das virtudes da EE é poder tratar o paciente aos poucos, ou seja, em sessões. Assim, diminui-se a morbidade e pode-se analisar e adequar concentração e medicamentos utilizados à medida que aparecem os resultados. Na literatura encontramos referência ao uso de investigação ultrassonográfica para controle de tratamento da IVC mas o método ainda revelou-se incompleto na avaliação do quadro clínico do paciente (Perrin, 2007).

Estudo francês (ANAES,2004) feito a partir da literatura sobre a IVC escolheu somente 38 artigos considerados de bom conteúdo científico em um conjunto de 315 analisados. Esse estudo foi que feito por 19 profissionais de diferentes áreas levou em consideração alguns aspectos importantes da IVC para avaliar a validade científica, como a prevenção de edema de origem venosa, distúrbios tróficos, úlcera de perna e complicações trombo-embólicas, a prevenção de recidivas de úlcera de estase venosa e a melhora dos sintomas venosos.

Também foi feito um balanço dos vários procedimentos usados para controlar a IVC (intervenções cirúrgicas), separados em dois tipos de terapêutica: destruidora ou conservadora. Tratamentos de exérese de veias (terapêutica destruidora) são os vários tipos de cirurgias. Entre as técnicas conservadoras, que executam a obliteração das veias doentes, pode-se citar as escleroterapias químicas (líquida ou com espuma) e as térmicas (laser, radiofrequência e vapor d água). Essas novas tecnologias têm sido incorporadas à medicina moderna levando em consideração a prevenção e o estabelecimento de novas estratégias baseadas em critérios de segurança, eficácia e rigor científico. Nesse sentido as entidades médicas como a ANAES (Agência Nacional de Credenciamento em Saúde, na França) e a SBACV (Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular) têm examinado a literatura médica visando lastrear e orientar a conduta médica.

Atualmente existe um esforço dos cientistas, no sentido de encontrar o melhor caminho para o controle das doenças. É a medicina baseada em evidências. Surgiram então, os congressos de consenso e todos os trabalhos são analisados sob essa nova visão científica. Técnicas de ablação cirúrgica de veias doentes disputam entre si qual seria a melhor delas e até os dias atuais nenhuma se destaca como a melhor. A técnica escolhida para o controle da doença depende da escola à qual o cirurgião se filia ou até do gosto pessoal. Sabe-se que os vários tipos de técnicas podem controlar a IVC, nunca curar essa doença, uma vez que a IVC é multi-fatorial e incurável. A sua patogênese permanece desconhecida.

Paralelamente ao ultra-som surgiu nos últimos vinte anos, uma nova proposta terapêutica com o uso de espuma de polidocanol ou aethoxycylerol (AET) ou de tetradecyl sulfato de sódio (TDS). As novas tecnologias, o ultra-som e o venoscópio de luz LED (Veinlite) abrem novas perspectivas de controle da IVC. Tal espuma se revelou um esclerosante bem mais potente que os líquidos. Tal progresso agrega precisão, eficiência e menos complicações.

Pacientes e métodos

Foram analisados 1067 pacientes tratados em nosso consultório particular, os quais foram submetidos a um total de 2677 sessões de EE para controle de IVC. A maioria, 952 (89,22%) era do gênero feminino, e 115 (10,77%) do masculino. Os pacientes foram tratados nos anos de 2004 a 2010. Quanto à distribuição por faixa etária, 11% dos pacientes eram menores de trinta anos, 23% eram da faixa de 30 a 40 anos, 30% tinham sua idade entre 40 a 50 anos. O restante, 36 % tinham idade acima de 50 anos. A média de idade foi de 53 anos, entre os pacientes. A idade mínima encontrada foi de 18 anos e a idade máxima foi de 92 anos.

O número de sessões de escleroterapia com espuma para cada paciente variou segundo mostra a figura 1, de uma a dezesseis sessões.

Em 427 pacientes o tratamento foi feito com uma única sessão de EE. Em outros 267 pacientes foram necessárias duas sessões. A maioria foi tratada em uma ou duas sessões. Três sessões foram feitas em 160, e mais de três em 213 pacientes. No total foram feitas 2677 sessões de EE em 1067 pacientes. Nossa média do volume injetado foi de seis mL por sessão e a concentração foi de 0,25% a 2 % de POL.

Quanto à classificação da IVC, ou seja, quanto ao grau de acometimento da doença foi usado a classificação CEAP. (Beebe, 1996) Os pacientes do grupo CEAP 3 constituíram a maioria. É um tipo de paciente com a doença ainda em fase inicial, ou seja, é um paciente com poucas varizes e edema.

No universo dos 1067 pacientes foi encontrado: CEAP 3 = 488 (45,7%), CEAP 4 = 329 (30,8%), CEAP 5 = 122 (11,4%) e CEAP 6 = 128 (11,9%).

No começo de nossa experiência foram tratados os casos de IVC mais graves, principalmente, aqueles casos em que a cirurgia era contra-indicada. Entre esses casos citamos a presença de 22 pacientes portadores de eczema e 17 com erisipela que foram tratados apesar da alteração trófica. Com o tempo, alargaram-se as indicações, pois o método se revelou muito seguro e eficaz.

Indicações de tratamento

A indicação de tratamento da IVC com EE inclui quase todos os casos dessa doença. O objetivo é lutar contra a hipertensão venosa melhorando os aspectos da rede venosa, ao contrário dos outros tratamentos, que excluem os que mais necessitam da terapêutica. Entre esses casos complicados (Ceap 5 e Ceap 6), ou seja, citam-se os que possuem as complicações da doença crônica: úlceras, hipertrichia, hipertrichia, fibrose e

outras alterações tróficas. Ocorrendo o refluxo nas veias safenas ou nas veias perfurantes o método apresenta bom resultado. (Bastos, 2009). A EE está indicada nos seguintes casos de IVC: nas recidivas de tratamentos anteriores, nas varizes com conexões pélvicas, na síndrome pós-trombose, nas angiodisplasias e nas erisipelas. As contra-indicações a EE são raras e entre elas citamos: infecções agudas, gravidez e isquemia severa de mmii.

O método

O método da EE consiste em se injetar uma substância esclerosante sob a forma de espuma, nas veias doentes, para cicatrizá-las e com isso suprimir os efeitos danosos causados das veias doentes. É acompanhado por tecnologias modernas como o ecodoppler, o Veinlite (venoscópio) e a meia elástica permitindo, melhor diagnóstico e controle da doença. Os dois primeiros permitem o diagnóstico minucioso prévio, além de revelar detalhes importantes durante o tratamento. Usamos o método da punção direta. O ecodoppler, entretanto, não consegue distinguir a imagem da espuma da imagem da bolha de gás fisiológico, que surge após a absorção do AET pela parede da veia tratada. Isto quer dizer que aos olhos do ecodoppler não conseguimos distinguir espuma com ou sem esclerosante. Ambas aparecem dentro das veias como imagens claras. O seqüestro do esclerosante pela parede da veia é um processo rápido e dá segurança ao método. É o chamado efeito espuma. O método de preparo da espuma mais usado é o método de Tessari et al (2000,2001), também chamado de método do turbilhão ou "três vias", em que se misturam 4 mL de gás biológico (oxigênio ou dióxido de carbono) com 1 mL de solução esclerosante. O fato de ser usado gás biológico na confecção da espuma torna o sistema mais seguro, pois parece que complicações são devidas à presença do nitrogênio atmosférico. A espuma, após sua confecção, é introduzida na veia por uma agulha fina, o que torna o processo pouco doloroso. Vê-se a espuma esclerosante entrar na luz da veia e empurrar o sangue. A espuma carrega o esclerosante para a parede média das veias depois de destruir o endotélio. O POL ou TDS que chega à camada média (muscular) da veia provoca uma reação de edema e contração das miofibrilas musculares, causando um espasmo venoso de até 50% do seu volume. É a partir da camada média que será construída a fibrose que fechará a veia doente. O medicamento é absorvido em 94% de seu volume pela parede da veia, (Tessari, L. 2009). Pouco esclerosante circulará pelo corpo humano, o que pode explicar o seu baixo índice de complicação. A cicatrização restante

será feita pela aplicação de meia elástica, que faz a compressão externa, gerando cicatriz do tipo “primeira intenção” semelhante àquela que acontece com os pontos cirúrgicos. O efeito final representa alívio para as veias saudáveis que terão melhor fisiologia se houver cicatrização daquelas que estavam doentes (Tessari et al, 2001 e Henriot et al, 2002). A EE tornou-se mais fácil e precisa com a boa visualização permitida pelo duplex-scan (ultra-som) ou pelo venoscópio (Veinlite) de LED.

A EE pode ser usada até nas grandes veias, nos hemangiomas e nas malformações venosas, nos idosos e em recidivas complicadas de varizes. (Cabrera,1997) Essas técnicas de escleroterapia são realizadas entre cinco e seis milhões de sessões por ano na França (Hamel-Desnos et al, 2004).

A injeção da espuma esclerosante pode induzir a formação de coleção chamada de esclerus. Trata-se de um processo de cicatrização que retém o sangue na veia tratada além de promover a formação de uma cicatriz na parede da veia. É diferente da formação de tromboflebite cujo produto pode migrar tornando-se um êmbolo. O esclerus é sangue intravenoso. (Frullini et al, 1999). O trombo é o resultado da coagulação do sangue e ocorre com elevação dos D-dímeros. Isso não ocorre na formação da fibrose após escleroterapia.

Essas orientações vieram tanto do Consenso de Tergensee, Alemanha quanto do Club-Mousse.com da França. (Breu et al, 2008 e Normas, 2007).

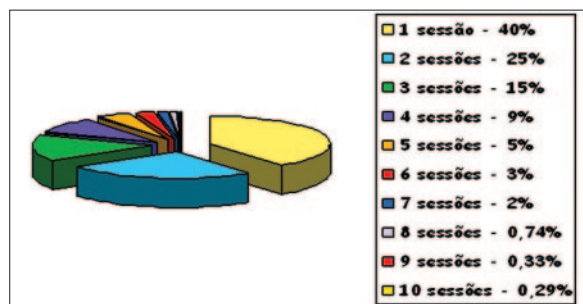


Figura 1: Número de sessões de EE.



Figura 2: Varizes de grande calibre, antes e depois do tratamento. Foto F. Bastos

Resultados

Em 1067 pacientes (40%) foi feita uma sessão de EE. O método permitiu a cicatrização das veias doentes. Em outros 267 pacientes foram necessárias duas sessões. A maioria dos pacientes (65%) foi tratada com uma ou duas sessões (25%). Três sessões foram feitas em 160, e mais de três em 213 pacientes. No total foram feitas 2677 sessões de EE e 1067 pacientes. O número de sessões dependeu da extensão da doença e da eficácia do tratamento. Mais veias varicosas ou veias de maiores calibres, mais sessões de escleroterapia. Mais eficácia menos sessões de tratamento. Há que se ressaltar que veias de paredes mais finas do tipo das veias neoformadas, responderam melhor ao tratamento.

Apresentamos, a título de ilustração, alguns casos em que a EE funcionou bem.

Na figura 2 verificamos que se trata de um caso de grandes varizes de coxa, joelho e perna que tinha como fonte de refluxo grande veia perforante da face lateral da coxa. Submetido a EE respondeu muito bem cicatrizando a maior parte de suas veias doentes, como se pode ver pela fotografia antes e depois do tratamento.

Na Figura 3, um caso de úlcera de estase na face anterior do pé direito. A paciente tinha história de úlcera, de vinte anos de existência, tendo feito inúmeros tratamentos. Constatou-se, ao ecodoppler, calibrosas veias tributárias anteriores da perna que encaminhavam refluxo até a face medial da coxa, onde desaguavam em veia safena magna também com refluxo. Foram feitas três sessões de EE com polidocanol a 2%. Conseguiu-se a cicatrização completa da úlcera de estase com noventa dias de tratamento, após oclusão da veia tributária anterior da coxa.

Na figura 4, pode ser visto um caso de um senhor de 30 anos com intensa reação inflamatória, erisipela, edema e refluxo em safena magna e suas tributárias. Apresentava uma úlcera maleolar ainda coberta por



Figura 3: Úlcera por estase intensa - Foto por F. Bastos

tecido necrótico amarelado. Foi feito EE usando como porta de entrada os setores em que a pele se encontrava sadia, ou seja, na coxa, longe a área infectada. Foi feito o tratamento clássico da erisipela, ou seja, penicilina associada a anti-inflamatório. O quadro evoluiu para completa cicatrização da úlcera, sem enxerto de pele, ao fim de noventa dias. Uma vez corrigida a deficiência venosa houve reversão do quadro inflamatório. Houve sinergia dos dois tratamentos.

Poucas e pequenas complicações foram encontradas como:

1) Formação de esclerus em 286 (12,2 %) das sessões, o que é um inconveniente estético relevante. Manchas hiperocrômicas podem ocorrer após o aparecimento dos esclerus por isso eles devem ser drenados o mais precocemente possível.

2) Relato de escotomas visuais em 17 sessões (0,64 %).

Discussão

A análise dos resultados de qualquer tratamento das afecções venosas crônicas é difícil. É difícil medir a melhoria dos sintomas, definir o ponto final do tratamento. Muitos artigos não relatam esse controle, pois é freqüente que o paciente não volte mais ou muda de médico. A durabilidade média do tratamento escleroterápico situa-se em torno de um a três anos e a oclusão da veia tratada entre 67 e 93,8% (média de 84,4%). A recidiva ou o aparecimento de novas varizes surge em 27,8%, mas o ponto final de tratamento é mal definido (Tessari et al, 2001 e Henriot, 2002). A satisfação do paciente, a modificação da sintomatologia, a avaliação clínica e a qualidade de vida antes e depois do tratamento ainda não foram sistematicamente avaliadas (Guex et al, 2005 e Coleridge-Smith, 2006). A EE pode ser usada nas grandes veias encontradas nos pacientes com úlceras de estase, nos hemangiomas e nas malformações venosas, nos idosos e em recidivas complicadas de varizes. Este horizonte alargado representa novidade e auspiciosa em angiologia e faz a

inclusão social de muitos pacientes antes abandonados. (Cabrera et al,1997) Essas técnicas de escleroterapia são realizadas entre cinco e seis milhões de sessões por ano na França (Hamel-Desnos et al, 2004).

Ademais, parece que o esclerosante exerce uma ação anticoagulante junto ao esclerus em doses altas e in vitro (Parci et al, 2007). Ao ecodoppler não foi possível estabelecer grande diferença entre as imagens correspondentes a estas duas situações.

Na parede edemaciada circundando a antiga luz da veia pode-se ver o resto da espuma. Um teste diferencial que pode ser feito é aumentar a pressão da sonda do ecodoppler no local onde vemos o esclerus: ele não é compressível. Um trombo é mais macio. Do ponto de vista anatomo-patológico ocorre uma alteração parietal com proliferação endotelial que não existe na trombose. Com o tempo, surge uma fibrose progressiva com redução da luz da veia. Estas alterações subseqüentes à injeção de esclerosantes e suas alterações histológicas foram estudadas e descritas em relação ao esclerosante TDS. A reação mais espetacular ocorre em 10 a 30 segundos da injeção: o endotélio é totalmente destruído e a parede da veia se contrai, o que pode ser visto pelo ecodoppler. No tratamento com a EE, o local de punção venosa pode ser feito diretamente na veia doente, não importando a localização do defeito venoso. Usa-se o conceito de “porta de entrada”, ou seja, é necessária a entrada para a espuma chegar à luz das veias doentes e promover uma boa cicatrização, tanto em safenas magnas, parvas, colaterais ou tributárias. Dois métodos são praticados: a punção direta com agulha ou com o butterfly. A punção direta exige mais prática podendo ser usado uma agulha curta, como a de insulina ou as longas como as de injeção intramuscular, dependendo da situação da veia. Já o cateter butterfly permite adicionar ou interromper o volume de injeção que deve ser acompanhado pelo ecodoppler. O membro permanece elevado em um ângulo de 30 graus.

Entre os sinais mais objetivos da eficácia do tratamento temos em primeiro lugar o desaparecimento das veias dilatadas e depois o desaparecimento das marcas de estase crônica, entre elas as úlceras de estase e a lipo-dermatosclerose. Podem ser usados como



Figura 4: Úlcera maleolar, com edema e eczema
Foto Francisco Bastos



Figura 5: Pontos de compressão para melhor cicatrizar.
Foto: F. Bastos

parâmetros de cura ou melhora da IVC. Na literatura o estabelecimento da melhora dos esses sinais e sintomas na doença varicosa nem sempre são fáceis de serem estabelecidos (Rutheford et al, 2000, Perrin et al, 2006 e Merchant et al, 2005). Na nossa casuística esses casos mais graves, ricos em sinais de IVC prolongada, demonstram a eficácia do método de maneira clara. Entre esses pacientes mostramos no final dos nossos resultados os exemplos que nos permitem verificar a eficácia da EE de maneira mais intensa. O que nos importa em cada caso é o desaparecimento do refluxo e das veias dilatadas e tortuosas responsáveis pela má drenagem venosa. Corrigir a rede venosa é o nosso maior objetivo.

A revisão de artigos científicos da literatura nos permitirecomendar o uso de compressão elástica e outros artifícios acessórios após as sessões de escleroterapia de varizes (Uhl, 2004). Pode-se usar a mesma meia de 20-30 mmHg em compressão dupla, quer dizer, uma meia sobre a outra se dobrando a compressão. Duas meias de compressão 20-30 mmHg, uma sobre a outra nos dá uma pressão de 40-60mmHg. É a superposição de meias! Compressão suplementar pode ser usada em regiões selecionadas com roletes ou bolas de algodão, fixados com Micropore. Gobin (2007) recomenda a marcação na pele de veias tributárias mais calibrosas que depois devem ser comprimidas por roletes de algodão fixados na pele. Podem-se comparar as meias com os pontos cirúrgicos que aproximam as bordas de uma ferida. Ver na figura 5 como fazemos em nossa prática diária.

Um pequeno aneurisma venoso cutâneo que após injeção de espuma de POL foi comprimido com uma bola de algodão fixada com micropore, sob a meia elástica por uma semana. Perrin, M. analisou a questão das recidivas de varizes nas virilhas e na fossa poplíteia após tratamento cirúrgico e constatou a seriedade do problema. Ele encontrou três mecanismos:

- 1) ressecção incompleta da junção safeno-femoral ou safeno-poplíteia,
- 2) neo-vascularização é um fenômeno que irá conectar a rede superficial à rede venosa profunda.
- 3) erro de tática de tratamento: por exemplo, presença de vazamento venoso pélvico.

Não existe estudo randomizado mostrando qual é o melhor tratamento para a IVC. Perrin et al, (2006) acham que a EE deve ser a primeira escolha nesses casos.

A noção de cirurgia tradicional (varicectomia e remoção da veia safena magna), como “gold standard” parece ter seus dias contados. Diversos passos importantes revolucionaram os atuais tratamentos. (Pittaluga, P et al. 2008). Técnicas menos invasivas

como as ablações térmicas (laser e radiofrequência) e a EE mostraram bons resultados a curto prazo. Essas novas técnicas chamaram a atenção questionando a real necessidade da crosssectomia. Uma nova teoria patofisiológica pergunta se o refluxo da safena é o primeiro passo da IVC ou não. Já na IVC avançada tem sido equivalente remover ou não a safena, a médio prazo. A ablação da safena, para controlar a IVC, deveria somente ser feita, em estágios muito avançados, se os outros tratamentos falharem.

As cirurgias ainda não estão totalmente baseadas em estudos de boa evidência científica, como tem chamado a atenção entidades francesas ligadas ao governo e a SBACV. Pitta, G., (2010). Foi feito estudo comparativo entre tratamento cirúrgico e a EE que mostrou ser essa técnica tão boa quanto a cirurgia. (Figueiredo, 2007).

Conclusão

A eficácia do tratamento da IVC dos membros inferiores com EE é boa, desde que a sua estratégia seja feita com rigor. Constatou-se um bom índice de satisfação entre os clientes. Tal fato coincide com a cicatrização das veias doentes, fato constatado ao ecodoppler e mesmo à vista desarmada. Os eventuais efeitos indesejáveis da EE são os mesmos encontrados na escleroterapia por esclerosantes líquidos, porém com um viés diferente: a EE é mais poderosa. Tais efeitos associam-se ao tratamento esclerosante e, felizmente, são raros e benignos, desde que sejam realizados por angiologista com treinamento adequado. Parece haver relação com a endotelina liberada pela ação do esclerosante no endotélio. (Gillet, JL, 2010) Os efeitos indesejáveis podem ser localizados ou generalizados. Os efeitos localizados decorrem de hematomas de punção venosa e hiperpigmentação subcutânea. Outros efeitos podem ter maior repercussão como a trombose venosa profunda (TVP) e o AVC que são raros e transitórios. A TVP, quando ocorre após o tratamento com a EE, associa-se, especialmente, ao hábito do tabagismo, ao uso de anticoncepcional e a todos os portadores de trombofilia.

A redução do volume de espuma injetado e principalmente o repouso, logo após a sessão de EE, parecem ter muita importância na prevenção dessas complicações. A injeção intra-arterial inadvertida do esclerosante pode determinar repercussões graves, devido ao risco de oclusão arterial e conseqüente necrose da jusante.

A EE é um método pouco invasivo e tem pequena morbidade que vai de encontro à expectativa antiga dos que aguardavam por método não cirúrgico. A EE

mostra-se ser segura e eficaz.

Ela oferece resultados semelhantes aos da cirurgia, que ainda constitui o método mais usado no controle da IVC no Brasil. O baixo índice de complicações permite indicar o método para aqueles que possuem contra-indicações à cirurgia e ou anestesia. A EE poderá ser considerada a alternativa mais econômica no futuro próximo. A EE oferece a possibilidade de inserção social de segmentos dos portadores de IVC que antes eram marginalizados e sem poder se beneficiar de tratamento. Coincidentemente, são os segmentos sociais que apresentam os quadros mais graves da IVC, como os idosos, os ulcerados e até os portadores de defeitos venosos congênitos e de varizes pélvicas.

A EE se tornou nos últimos vinte anos um dos pilares da Flebologia, sendo que ela poderá evoluir em muitos pontos. Para isso sabemos que a pesquisa científica se impõe e deve ser incentivada.

Foi possível em nossa experiência constatar a segurança e eficácia do método consoante com a literatura analisada.

Conflicto de intereses

El autor declara que no tiene ningún interés comercial, financiero ni de propiedad en cualquiera de los productos, como así tampoco en las compañías que se describen en este artículo.

Referências bibliográficas

- Anaes, 2004, França, Service Evaluation en santé publique-Evaluation technologique, Juin.
- Bastos, F. Lima, A, Assumpção, AC. Escleroterapia de varizes com espuma. Revisão. Rev Med MG – 2009;19:pág 38-43.
- Bastos, F. Sclerotherapie échoguidée des varices et exclusion social. Phlebologie 2009, 62, 2. p. 32-35.
- Beebe, Hg Et Als. Classification and grading of CVD. Vasc. Surg 1996; 30 :5-11.
- Breu Fx, Guggenbichler S, Wollmann Jc, Second European Consensus Meeting on Foam Sclerotherapy. Tegernsee, Germany. Vasa. 2008; 3790-5.
- Cabrera Garrido Jr, Cabrera Garcia-Olmedo Jr, Garcia-Olmedo Dma. Elargissement des limites de la sclérothérapie: nouveaux produits sclérosants. Phlébologie. 1997; 50:181-8.
- Coleridge Sp. Chronic venous disease treated by Ultrasound-Guided Foam Sclerotherapy. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2006;32:577-83.
- Figueiredo M. Estudo comparativo entre cirurgia e espuma [tese]. São Paulo: USP; 2007.
- Frullini A. The role of sclerosing foam in ultrasound guided sclerotherapy of the saphenous veins and of recurrent varicose veins: our personal experience. Aust N Zealand J Phlebology. 1999; 13:49-50.
- Gillet, JI Et Als. Patofisiologia dos distúrbios visuais após escleroterapia Phlébologie, 2010.
- Gobin, J.P., Benigni, J.P., Gestion Des Mauvais Résultats – Sclerotherapie et compression. In La Sclérothérapie 2007, 1ª edição, capitulo 34 : 205-207 Edition Eska.
- Gueux Jj Allaert Fa Gillet JI, Chleir F. Complicações imediatas e a médio prazo da escleroterapia. 12.173 sessões. Dermatologic Surgery 2005: 31:123-128
- Guyatt G, Gutterman D, Baumann Mh, Adrizzo-Harris D, Hylek Em, Philips B, Et Al. Grading strength of recommendations and quality of evidence. Chest. 2006; 129:174-81.
- Hamel-Desnos C, Ramelet A-A, Guiais B, Desnos P. Efficacité des mousses de sclérosants: synthèse des principaux essais cliniques publiés. Angéiologie. 2004; 56 : 43-61.
- Henriet J-P, Editor. Foam sclerotherapy. Editions Phlébologiques Françaises; 2002.
- Merchant Rf, Pichot O, Closre Study Group. Long-term outcomes of endovenous radiofrequency obliteration of saphenous reflux as a treatment for superficial venous insufficiency. J Vasc Surg. 2005; 42:502-9.
- Normas para escleroterapia. Disponível em: http://www.lamousse.com/images/referencial_da_escleroterapia.pdf Acesso em 29 January. 2010.
- Perrin M, Dedieu F, Jessent V, Blanc M-P. Evaluation of the new severity scoring system in CVD of the lower limbs: an observational study conducted by French angiologists. Phlebology. 2006; 1: 6-21.
- Perrin M. Indications du traitement chirurgical dans les varices des membres inférieurs. In : Encyclopédie Medico-Chirurgicale. Techniques chirurgicales-Chirurgie vasculaire. Paris : ElsevierMasson; 2007. p.43-161 Phlébologie 1999 ; 52 : 299-309.
- Pitta, G. Comunicação feita no Encontro Mineiro da SBACV – Divinópolis, 2010 .
- Pittaluga, P Chastanet, S, Lesser importance of the saphenous vein in varicose vein treatment. In Foam Sclerotherapy, 2008. Elsevier 163-176
- Rutherford Rb, Padberg Ft, Comerota Aj, Kistner Rl, Meissner Mh, Moneta Gl. Venous severity scoring: An adjunct to venous outcome assessment. J Vasc Surg. 2000; 31:1307-12.
- Tessari L, Cavezzi A, Frullini A. Preliminary experience with a new sclerosing foam in the treatment of varicose veins Dermatol Surg. 2001; 2758-60
- Tessari L. Nouvelle technique d'obtention de la scléro-mousse. Phlébologie. 2000; 53: 129.
- Tessari, L. Varizes Pélvicas. Iii Simpósio venoso mineiro 2009.
- Uhl, J.F., Lun, B., Cornu-Thenard, A., Theoretical and True Pressures of Medical Stockings: Measurements. Abstract et Communication à la Société Canadienne de Phlébologie. Montréal, 2004.