



AVALIAÇÃO DO REFLUXO EM VEIAS SUPERFICIAIS NA CLÍNICA DA INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA DOS MEMBROS INFERIORES

Nathália Cabral Bergamasco¹; Amanda Sampaio Mangolim²; Amélia Cristina Seidel³; Leandro Pablos Rossetti⁴

RESUMO: Estima-se que 5 a 20% da população adulta de países desenvolvidos seja acometida por insuficiência venosa crônica (IVC), sendo esse o transtorno vascular mais frequente. Estudos recentes mostram que, na maioria dos pacientes com IVC, as junções estão competentes e o refluxo superficial correlacionado está presente ao longo do trajeto das veias safenas. Este trabalho objetivou correlacionar a importância da presença do refluxo na veia safena parva com os sinais e sintomas da IVC, por meio da classificação CEAP, em pacientes do sexo feminino. O mesmo se deu por meio de uma revisão retrospectiva de exames de ultrassom vascular com Doppler de mulheres com sinais e sintomas de IVC que foram submetidas a um exame clínico para qualificá-las na classe clínica da classificação CEAP e, prospectivamente, foram avaliadas por meio de ultrassom vascular com Doppler em um laboratório de imagem ligado a universidade para determinar a distribuição do refluxo. Para análise das variáveis: veia acometida e quadro clínico, foram preenchidos protocolos com os dados de interesse e realizado um tratamento estatístico para a comparação dos grupos. Os resultados obtidos sugerem uma correlação entre o refluxo venoso ao longo das veias safenas, tributárias ou perforantes com a gravidade clínica da IVC; e dessa forma, demonstram-se úteis para um tratamento mais adequado com grande potencial de preservação das veias safenas em pacientes com indicação cirúrgica.

PALAVRAS-CHAVE: Insuficiência venosa crônica, Refluxo venoso, Ultrassonografia Doppler em cores, Veia safena parva.

INTRODUÇÃO

A insuficiência venosa crônica (IVC) é o transtorno vascular mais freqüente. Sua prevalência apresenta repercussões sociais relevantes devido custos elevados com tratamento e absenteísmo, especialmente em casos de úlceras venosas ativas. Estima-se que 5 a 20% da população adulta de países desenvolvidos seja acometida por IVC, e dessa 1 a 3,6% seja caso de úlcera venosa ativa ou cicatrizada (Ruckley, 1997). Relatos de prevalência de IVC variam de <1% a 40% em mulheres e <1% a 17% no sexo masculino.

A IVC de membros inferiores é a alteração no equilíbrio hemodinâmico entre o fluxo de sangue arterial que chega ao membro inferior e o fluxo de sangue venoso que retorna ao átrio direito, decorrente da incompetência do sistema venoso superficial e/ou profundo. Patogenicamente essa incompetência pode ser secundária à hipertensão venosa conseqüente do refluxo venoso pela insuficiência valvular, à obstrução ao fluxo venoso de retorno (trombose venosa profunda) ou devido a ambos os mecanismos, com predomínio de um ou de outro.

Sua apresentação clínica é ampla, variando desde uma simples sensação de peso e cansaço até úlceras crônicas e extensas, dessa forma, a qualidade de vida dos pacientes com IVC pode ser comprometida pela dor, limitação física, imobilidade e reclusão social. Na grande maioria dos pacientes os sinais e sintomas provocados pelo refluxo venoso predominam sobre a obstrução, o que corrobora com um estudo de Labropoulos et al. (1996) que evidenciou que mesmo em pacientes com trombose venosa prévia o achado mais freqüente relacionado à gravidade da doença venosa é o refluxo no sistema venoso superficial. Estudos recentes (Andrade et al., 2009; Cassou et al., 2007; Secchi et al., 2006; Engelhorn et al., 2005; Ibegbuna et al., 2005) têm mostrado essa correlação entre a presença do refluxo venoso superficial e o espectro de sinais e sintomas da IVC (a gravidade do quadro clínico) em portadores de varizes primárias de membros inferiores; alguns autores afirmam que o refluxo venoso superficial contribui com 40 a 60% das úlceras venosas nesses pacientes.

Sabendo-se que a IVC tem grande prevalência na população atual e que o refluxo venoso superficial tem responsabilidade clínica e hemodinâmica significativa na gênese das lesões de pele e que alguns tipos de refluxo são preditores para a formação da úlcera venosa, além de sua intrínseca relação com a recidiva de varizes, estabelecer correlações entre o quadro clínico da IVC e o mapeamento dos refluxos venosos superficiais é de fundamental importância na intervenção em tempo hábil, com medidas preventivas ou terapêuticas. A fim de reduzir a expressiva morbidade que a IVC impõe aos seus portadores, atuando não só na melhoria da qualidade de vida do indivíduo, mas também no ciclo econômico em que grande parte da população economicamente ativa se encontra envolvida.

Assim esta análise teve por finalidade correlacionar a importância da presença e da distribuição do refluxo na veia safena parva com os sinais e sintomas da IVC, por meio da classificação CEAP, em pacientes do sexo feminino.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo feito por meio de uma revisão retrospectiva de exames de ultrassom vascular com Doppler, realizado anteriormente no Laboratório Med Imagem, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UEM (Universidade Estadual de Maringá) de acordo com o parecer nº. 206/2011 e CAAE nº. 00091.0.093.000-11.

Foram incluídos neste estudo somente pacientes do sexo feminino, com sinais e sintomas de IVC, decorrente de insuficiência valvular, avaliados retrospectivamente por meio de ultrassom vascular com Doppler para determinar a distribuição e extensão do refluxo venoso. Fizeram parte da amostragem pacientes que apresentaram insuficiência do sistema venoso superficial (VSM, VSP, suas tributárias) e veias perforantes. De acordo com a classificação de refluxo venoso superficial de membros inferiores CEAP, todos os membros deveriam ter doença de etiologia primária, alterações anatômicas somente no sistema venoso superficial e não deveria haver sinais de obstrução venosa. A gravidade da doença foi graduada de acordo com a classe clínica da mesma classificação.

Dessa forma, foram excluídos os pacientes do sexo masculino, mulheres com história prévia de trombose venosa profunda ou cirurgia de varizes e mulheres com IVC decorrente de malformação vascular congênita.

A obtenção dos dados se deu por meio de avaliações realizadas em um serviço de imagem ligado a universidade, por um cirurgião vascular com título em ultrassonografia vascular pela SBACV/CBR, utilizando-se do mesmo protocolo para anotações de todos os dados de interesse com ênfase ao estudo das veias safena parva, safena magna e

perfurantes, não se considerando a duração do refluxo, apenas sua presença ou ausência.

Inicialmente cada paciente foi submetido a um exame clínico pelo cirurgião vascular para qualificar os membros inferiores de acordo com a classificação CEAP, em seis classes clínicas distintas: C1= telangiectasias ou veias reticulares; C2= veias varicosas; C3= varizes ou edema; C4= alterações tróficas (pigmentação ou eczema, lipodermatosclerose ou atrofia branca); C5= alterações cutâneas com úlcera cicatrizada e; C6= alterações cutâneas com úlcera ativa.

Em seguida, os pacientes foram avaliados por meio do ultrassom vascular com Doppler em decúbito dorsal para avaliar sistema venoso profundo e em posição ortostática para análise do sistema venoso superficial, com exame das faces anterior, medial, lateral e posterior de todos os membros considerados, utilizando-se transdutores linear de 5 a 7 MHz e de 2 a 3 MHz para aqueles obesos.

Após o exame, os pacientes foram distribuídos em grupos considerando-se a localização do refluxo. Grupo I – pacientes com refluxo de VSM e/ou perfurantes; grupo II – refluxo de VSP e/ou perfurantes e; grupo III refluxo de VSM, VSP e/ou perfurantes. Dessa forma, após o preenchimento do protocolo os dados foram compilados e analisados estatisticamente para a comparação desses grupos de interesse e definição da conclusão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A insuficiência da veia safena parva tem sido associada com o desenvolvimento de sinais e sintomas da IVC, inclusive com úlceras venosas, em estudos recentes (Labropoulos et al., 2000); o que é evidenciado por Cassou et al. (2007), que demonstrou que o refluxo venoso superficial não é originado predominantemente nas junções safeno-femoral (JSF) e safeno-poplítea (JSP), como se pensava, mas, na maioria dos pacientes, em segmentos isolados ou múltiplos ao longo do trajeto das veias safenas, nas veias tributárias ou perfurantes diretas. Essa baixa probabilidade de refluxo nas JSF e JSP apresenta grande potencial de preservação das veias safenas em pacientes com indicação de tratamento cirúrgico de varizes, evidenciando a relevância da localização do refluxo venoso.

Neste estudo foram analisados cento e dezessete membros inferiores de cento e quatro mulheres dentre 20 e 80 anos de idade, com sinais e sintomas de IVC decorrente de insuficiência do sistema venoso superficial (veia safena magna -VSM, veia safena parva - VSP e veias perfurantes), pertencentes à coleta inicial de um projeto de pesquisa, para avaliar a presença e extensão do refluxo.

Dentre todos os membros inferiores, 37,6% pertenciam às classes clínicas CEAP C1 e C2, 52,15% à classe C3 e 10,25% às classes C4a à C6 (de maior gravidade). Sinais e/ou sintomas da IVC estiveram presentes em todos os membros, desde apenas sinal visível de telangiectasias até úlceras ativas. Para uma melhor interpretação dos resultados, foi realizada associação das classes C1 - C2 e C4a - C6.

Conforme evidenciado na tabela 1, no grupo I (refluxo de VSM e/ou perfurantes) 62% dos membros pertenciam às classes C1 e C2, 28% à classe C3 e 10% às classes C4a à C6. Em relação ao grupo II (refluxo de VSP e/ou perfurantes) 49% pertenciam à classe C3, 40,5% às classes C1 e C2, 10,5% às classes C4a à C6. E quanto ao grupo III (refluxo de VSM, VSP e/ou perfurantes) 80% estavam na classe C3, 10% nas classes C1 e C2, 10% nas demais classes. Não houve membro classificado na classe C5.

As classes C2 e C3 foram as mais encontradas, diferente das classes C4 a C6. Conforme o gráfico 1, o grupo I (insuficiência isolada da VSM) foi o principal representante das classes clínicas de menor gravidade, C1 - C2; ao passo que os grupos II e III (que apresentam o comprometimento da VSP) corresponderam as maiores porcentagens da

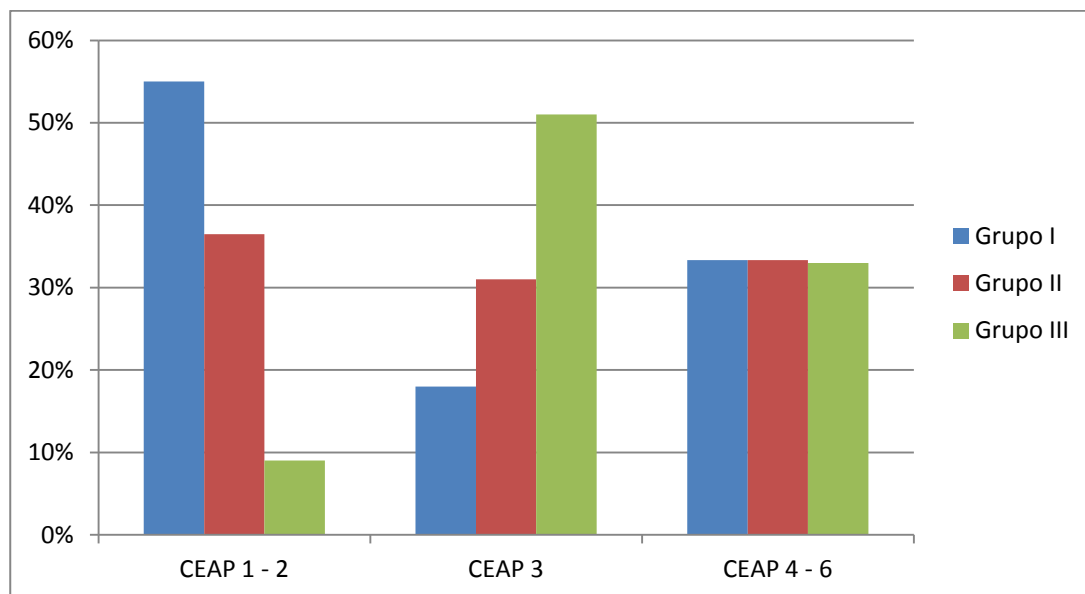
classe CEAP 3. Quanto às classes clínicas de maior gravidade (C4 à C6) ambos os três grupos obtiveram a mesma porcentagem; porém o grupo I apresentou somente membros com a classe clínica C4a, enquanto os grupos II e III tiveram também membros das classes C4b e C6. Essas maiores porcentagens dos grupos que apresentavam insuficiência da VSP isolada ou concomitante com a VSM nas classes clínicas C3 à C6 sugerem uma correlação com o surgimento de sinais e sintomas da IVC, assim como no agravamento desta clínica que obteve associação com a extensão do refluxo, quando associada também à insuficiência da VSM.

Tabela 1: Quantidade de membros inferiores em cada grupo CEAP por veia insuficiente

Veias acometidas	CEAP 1 – 2	CEAP 3	CEAP 4 – 6	Total
Grupo I	24	11	4	39
Grupo II	16	19	4	39
Grupo III	4	31	4	39
Total	44	61	12	117

Fonte: Protocolos preenchidos com base nos exames de ultrassom vascular com Doppler de um serviço de imagem ligado a universidade.

Gráfico 1: Porcentagem dos grupos de veias acometidas em cada grupo de classes clínicas



Fonte: Protocolos preenchidos com base nos exames de ultrassom vascular com Doppler de um serviço de imagem ligado a universidade.

CONCLUSÃO

A insuficiência isolada da VSP e associada com insuficiência da VSM apresentou relação com o agravamento da clínica de IVC, caracterizada pelo maior número de membros em classes mais avançadas da classificação CEAP (C4a à C6).

Esse estudo proposto, por meio da estratificação dos pacientes em classes clínicas diferentes (CEAP), permitiu que populações específicas com IVC em diversos graus fossem estudadas nas suas particularidades. Tal importância é vista no fato que mulheres em diferentes classes clínicas podem apresentar características peculiares quando comparadas entre si ou com a população masculina, afinal a progressão do refluxo venoso envolve extensão anatômica, desenvolvimento de novos refluxos em segmentos venosos diferentes e a deteriorização clínica (Labropoulos et al., 2004).

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A.R.T.; PITTA, G.B.B.; CASTRO, A.A.; JÚNIOR, F.M. Evaluation of venous reflux by color duplex scanning in patients with varicose veins of the lower limbs: correlation with clinical severity by CEAP classification, **Br. J. Surg.**, v. 8, n.1, p. 14-20, 2009.

CASSOU, M.F.; GONÇALVES, P.C.Z.; ENGELHORN, C.A. Reflux probability in saphenous veins of women with different degrees of chronic venous insufficiency, **Br. J. Surg.**, v.6, n.3, p. 238-46, 2007.

ENGELHORN, C.A.; ENGELHORN, A.L.; CASSOU, M.F.; SALLES-CUNHA, S.X. Patterns of saphenous reflux in women with primary varicose veins, **J. Vasc. Surg.**, v. 41, n. 4, p. 645-51, 2005.

IBEBUNA, V.; DELIS, K.T.; NICOLAIDES, A.N. Haemodynamic and Clinical Impact of Superficial, Deep and Perforator Vein Incompetence, **Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.**, v. 31, p. 535-41, 2006.

LABROPOULOS, N.; GIANNOUKAS, A.D.; DELIS, K.; KANG, S.S.; MANSOUR, M.A.; BUCKMAN, J.; KATSAMOURIS, A.; NICOLAIDES, A.N.; LITTOOY, F.N.; BAKER, W.H. The impact of isolated lesser saphenous vein system incompetence on clinical signs and symptoms of chronic venous disease, **J. Vasc. Surg.**, v. 32, n. 5, p. 954-60, 2000.

LABROPOULOS, N.; DELIS, K.; NICOLAIDES, A.N.; LEON, M.; RAMASWAMI, G.; VOLTEAS, N. The role of the distribution and anatomic extent of reflux in the development of signs and symptoms in chronic venous insufficiency, **J. Vasc. Surg.**, v. 23, n.3, p. 504-10, 1996.

RUCKLEY, C.V. Socioeconomic impact of chronic venous insufficiency and leg ulcers, **Angiology**, v. 48, p. 67-9, 1997.

SECCHI, F.; MIYAMOTTO, M.; FRANÇA, G.J.; OLIVEIRA, A.; VIDAL, E.A.; TIMI, J.R.R.; MOREIRA, R.C.R. Prevalence of short saphenous vein reflux in primary uncomplicated varicose veins by Doppler ultrasonography, **Br. J. Surg.**, v.5, n.1, p. 47-52, 2006.