


58

5 (cinco)



TRATAMIENTO CIRÚRGICO DE VARIZES

DE MEMBROS INFERIORES

A presentoras:

~~nome~~ - Era grande na colocação
nome dos autores por sobrenome, após o
Título da obra em destaque com o da
capa.

Metodologia:

paginação incerta
Falta clareza quanto aos objetivos do trabalho

Desertos sem as indicações das veias por
meio de setas ou números.

Não caracteriza as indicações para uma
de natureza de MM 77.

Summary - incerto, estendo total mente em
desenho com o resumo.

Falta colocação de termos na 1ª página e o summary na
última.

Conteúdo:

A desfeiz, considerado um assunto tão
estudado como a circunferência de vários de
MM 77.

Na página 3, o último parágrafo não
referente ao conceito atual.

Na página 7, o 2º parágrafo está incerto de maneira
em relação ao uso de

Na página 12, o texto excepcionalmente e um de
antibióticos, que é feito

Nenhuma parte chegar a conclusões, em
discussão. Trabalho pode chegar a conclusões, em
As conclusões obtidas ficam a desfeiz.

Bibliografia:

Está muito insuficiente para um assunto tão vasto.
Inúmeros artigos necessários são 16 referências.
relação direta ao assunto. (Exceção de alguns este
texto).

19/06/09 [assinatura]

CIRURGIA DE VARIZES

DE MEMBROS INFERIORES

d'Avila, Roberto Gonçalves

Malty, Jorge Miguel Neto

Stocco, Paulo Cherem

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO BIO-MÉDICO

DEPARTAMENTO DE CLÍNICAS

Florianópolis/Junho/1979

SUMÁRIO

- I - Introdução
- II - Planejamento Cirúrgico
- III - Principios Gerais da Orientação Cirúrgica
- IV - Técnica Cirúrgica
- V - Cuidados Pós-Operatórios
- VI - Conclusão
- VII - Resumo
- VIII - Referências Bibliográficas

INTRODUÇÃO

As varizes dos membros inferiores já eram conhecidas desde a época de Hipócrates.

Logo a seguir foram propostos tratamentos cirúrgicos para as mesmas.

Primeiramente propôs-se diérese dos tecidos.

Foi idealizada ainda, a extirpação cirúrgica das veias dilatadas por meio de ganchos.

Outro método realizado era a ressecção dos seguimentos varicosados, precedidos de ligadura dos cabos proximal e distal da veia.

Interessante é, salientar, que um dos tratamentos preconizados era a sangria no seguimento varicosado, pois acreditavam estar o mal no sangue ali acumulado.

Um marco fundamental para o tratamento cirúrgico das varizes de membros inferiores foi o conhecimento, no século XVIII da anatomia e fisiologia das veias superficiais dos citados membros.

Já no início do século XIX foi preconizado a ligadura da safena interna, a nível do joelho, para diminuir o peso da coluna de sangue acumulado na coxa que estaria levando à dilatação as veias da perna.

Outra proposta foi de ressecar completamente a safena interna juntamente com seus ramos, utilizando-se para tal uma incisão ampla e única de coxa e perna.

Foram feitas safenectomias escalonadas logo abaixo junção safeno-femural, meio da coxa, acima do côndilo femural e abaixo do côndilo tibial.

Ainda no século XIX, Trendelenburg lança seu famoso traba

lho, que constituiu a base da semiologia e tratamento das va rizes dos membros inferiores. Sua aparição visava a elimina ção da insuficiência valvular da safena interna fazendo liga dura do tronco da veia acima do joelho, na união do têrço mé dio da coxa com o inferior.

No século XX tivemos diversas modificações no método ope ratório. Logo no seu início propôs-se o tratamento das vari zes por método misto de ligadura e injeção intra venosa da substância esclerosante, fenol - 5%.

A seguir empregou-se a extração dos seguimentos varicoza dos por meio de estilete metálico torcido, que terminava em alça, introduzido na luz do vaso.

Depois, tivemos a preconização do método que visava eli minar todo o refluxo do sistema venoso profundo para o su per ficial, ou seja, e ressecção dos dois troncos safenicos e a maior extensão possível dos seus ramos afetados.

Em 1906 o uso do instrumento metálico ficou fazendo par te da mesa cirurgica para operação de varizes dos membros inferiores.

Inicialmente ele era uma haste metálica cuja extremida de era recurvada e tinha a forma de anel.

Outra haste metálica proposta tinha as extremidades em forma de oliva, semelhante a vareta atual usada na fleboex tração.

Em 1910 dirigiu-se a atenção para o sistema de veias co municantes entre o sistema venoso superficial e o profundo.

Nesta época sugeriu-se a dissecção da croça da safena interna, fleboextração e ressecção das veias comunicantes.

A partir da data acima preconizou-se ainda a safenacto mia para a cura das úlceras varicosas.

Então, com os conhecimentos adquiridos pesou-se e estu dou-se o método ideal que, até hoje é empregado em nosso mei o, e que consiste em ressecção alta das veias safena inter na e externa, com ligadura dos ramos tributários das croças, seguida de fleboextração dos troncos por haste metálica e de ressecção das veias comunicantes insuficientes e das colate rais por incisões seletivas.

O tratamento cirúrgico das varizes dos membros inferio res veio evoluindo comm o passar dos anos, graças aos melho res conhecimentos fisiopatológicos e a introdução de moder nas técnicas que permitem estudar melhor o sistema venoso.

Com o advento do Raio X, através da flebografia, método este que consiste na introdução de contraste na luz do sistema venoso, nos é permitido estudar todo o sistema venoso profundo, substituindo as manobras clínicas imprecisas e quase sempre inconclusivas. Desta maneira tornou-se possível se diagnosticar com precisão, varizes secundárias no comprometimento do sistema venoso profundo, como ocorre na sequela pós trombótica, fazendo-se assim uma rigorosa seleção para se indicar um tratamento cirúrgico.

Os conhecimentos da fisiopatologia principalmente e o que se refere de o sistema venoso profundo ser o responsável pela drenagem de 85% dos membros inferiores desvalorizou sensivelmente o sistema de veias comunicantes entre o sistema profundo e superficial, partindo-se assim para um tratamento cirúrgico mais amplo, mais radical.

II - PLANEJAMENTO CIRÚRGICO

Coloca-se o doente em posição ortostática durante 10 minutos antes do exame.

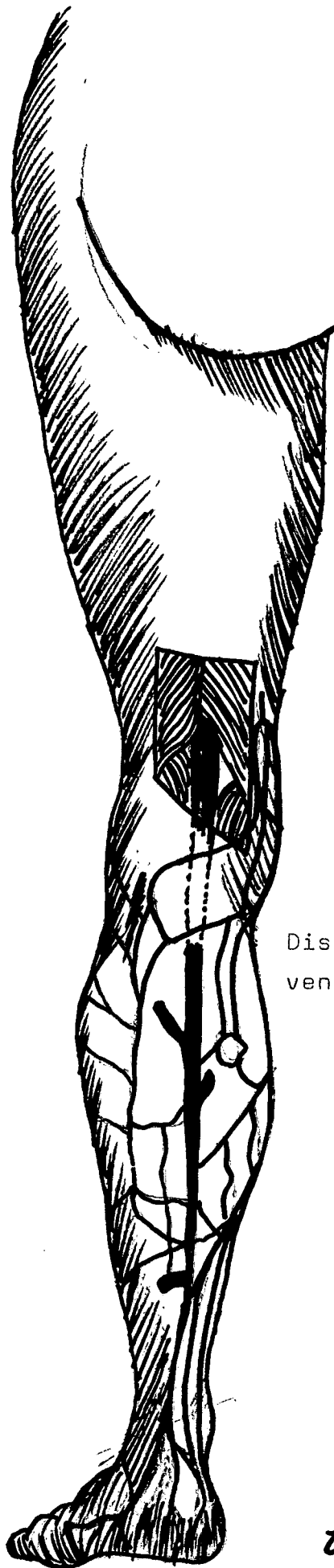
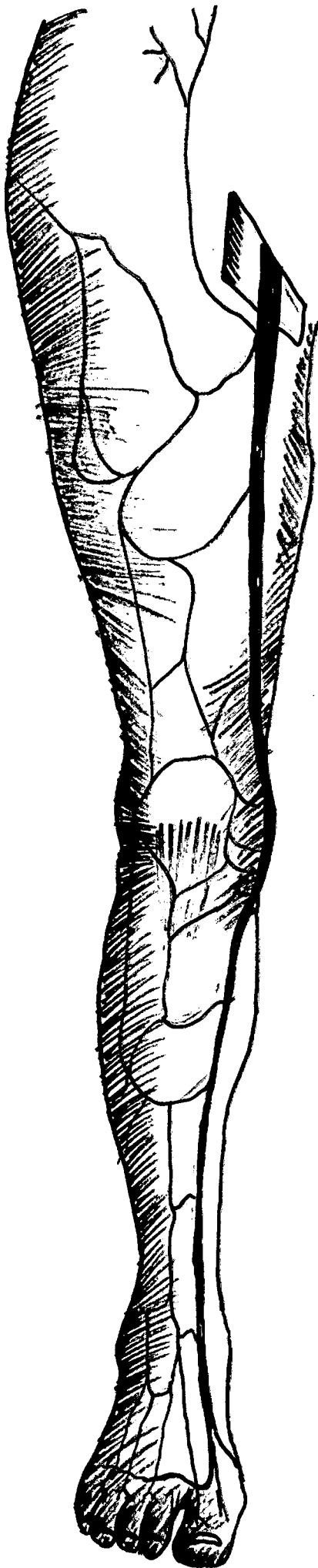
Procede-se todo o exame pré operatório com o doente na posição ortostática e sob boa iluminação.

Tendo-se em mente o mapa da distribuição topográfica da rede venosa dos membros inferiores inicia-se o exame.

Através de inspeção, percussão e palpação é que se realiza o exame.

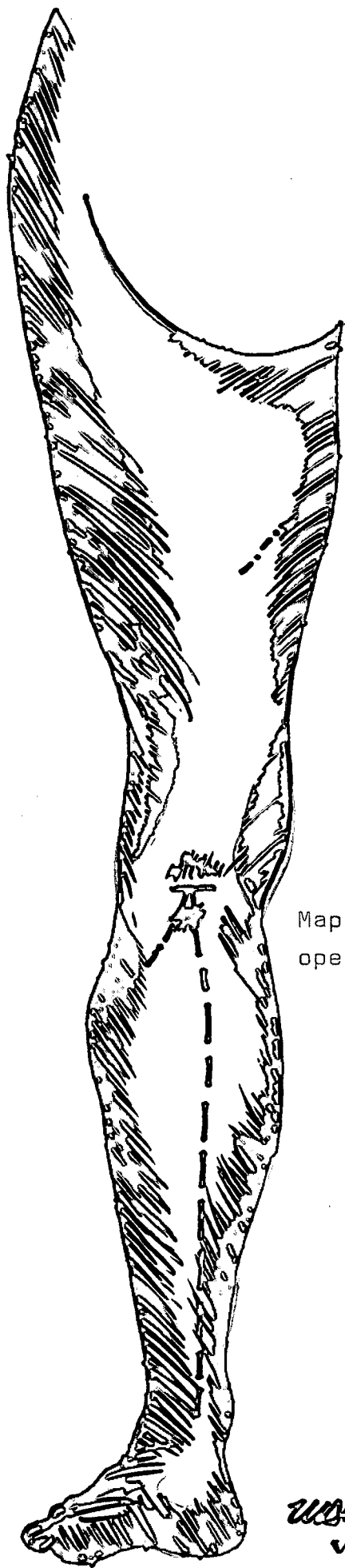
As veias tributárias e os pelotões varicosos são assinalados com linhas pontilhadas, e as veias perfurantes comunicantes por pequenos círculos. Poderão ser anotados por traços transversais, os locais eletivos para incisões mais importantes.

A demarcação pré operatória é feita com tinta indeleável, e sempre deve ser feita, já que o doente na mesa cirúrgica será colocado na posição de Trendelemburg, e ainda poderá haver colapamento de alguns trajetos passando despercebidos na mesa cirúrgica.



Distribuição da rede
venosa superficial.

rusc
01.06.79.



Mapeamento pré-operatório.

rucef
01.06.79.

III - PRINCIPIOS GERAIS DA ORIENTAÇÃO CIRÚRGICA

As condições tróficas dos membros a serem operados devem ser o melhor possível.

Condições de edema, eczema, dermatofibrose, flebite superficial com úlcera de perna devem ser tratadas conservadamente até apresentarem as melhores condições possíveis.

Patologias como micose interdigital, piodermite e focos de celulite devem ser pesquisados e tratados.

Quando possível deve-se lavar e pincelar os membros inferiores com sabão e álcool-iodado respectivamente durante os 3 dias que antecedem o ato cirúrgico.

Quanto a anestesia a ser empregada, o geral e o bloqueio regional são as mais indicadas, já que a anestesia local dificultaria a mobilização do doente, o ato cirúrgico em si e seria extremamente incomodo para o doente, já que o tempo cirúrgico é relativamente grande, e ainda êle seria submetido a inúmeras injeções sucessivas.

O doente na mesa é colocado na posição de Trendelenburg durante toda a operação com a finalidade de diminuir a pressão venosa dos membros inferiores, e conseqüentemente a hemorragia.

A hemostasia deve ser a mais vigorosa possível, principalmente quando do uso do flebo extractor. Este é um aspecto importante para uma cicatrização bem feita, já que os hematomas evoluem frequentemente para a fibrose, ocasionando cicatrizes retratais, fugindo assim a uma das finalidades que é a estética.

As incisões devem ser do menor tamanho possível sempre no sentido transversal obedecendo assim os principios de força das contrações musculares. Quando da contração destes

musculos as bordas da ferida incisional tendem a aproximarem-se.

Ao contrário das incisões oblíquas ou verticais.

A dissecação das veias deve ser com pequenas pinças hemostáticas e tendo-se o cuidado para não masserar pele e tecidos vizinhos da veia. Quando houver necessidade de afastador devem ser usados pequenos (ganchos) afastadores em garra.

A reconstituição das incisões é de fundamental importância quando se tem um objetivo estético. Citaremos algumas técnicas de sutura onde é possível se atingir esta finalidade:

a - Sutura em dois planos: intra dérmica e articular. A sutura intra dérmica pode ser feita com pontos separados e vertidos ou de uma maneira contínua, em chuleio, com as pontas do fio exteriorizados poucos milímetros para fora da incisão.

A sutura cuticular é feita com pontos separados simples.

Os pontos articulares são removidos 48 horas após. Na sutura intra dérmica contínua o fio é retirado por tração após 15 dias.

b - Sutura simples: Engloba-se aqui toda a pele na sutura.

Os pontos podem ser simples ou em U tipo Donatti. Nestas condições os pontos são retirados em 8 dias, ou após 48 horas.

Optando-se por este último procedimento, as incisões devem ser imobilizadas por tiras de esparadrapo pelo período de 14 dias.

O fio a ser empregado para a sutura são os de monofilamento 5-0 ou 6-0, montados em agulhas atraumáticas, devendo-se evitar o uso de pinça para a sutura.

IV - TÉCNICA CIRÚRGICA

A - Doente em decúbito dorsal:

1 - Dissecção, ligadura e secção da croça da veia safena interna rasante e veia femoral precedida de ligadura e secção de todos os ramos tributários.

2 - Isolamento da veia safena interna e ligadura do coto distal, junto do maléolo medial em sua face anterior.

3 - Fleboextração da veia safena interna.

4 - Fleboextração das veias colaterais quando estas apresentam seus trajetos mais ou menos retilíneos que permitam a passagem do flebo extrator.

5 - Ressecção mediante dissecção em túnel, através de pequenas incisões escalonadas das colaterais e pelotões varicosos.

6 - Dissecção, ligadura e secção das veias perfurantes comunicantes.

7 - Sutura da pele com mononylon 5-0 em pontos simples ou de Donatti.

B - Doente em decúbito ventral:

1 - Dissecção, ligadura e secção da croça da veia safena externa rasante e veia poplitea.

2 - Isolamento e ligadura do coto distal da veia safena externa na região retromoelar externa.

3 - Fleboextração da veia safena externa.

4 - Fleboextração das colaterais retilíneas, e ressecção mediante dissecção em túnel, das colaterais tortuosas e dos pelotões varicosos e dissecção, ligadura e ressecção das perfurantes comunicantes.

Quando não se deseja um sangramento operatório abundante

que criaria dificuldades técnicas e aumentaria a morbidade cirúrgica, seja pelo aumento do tempo operatório e espoliação sanguínea, seja pelos hematomas residuais que facilitam a infecção e pigmentação cutânea, é que indicamos o uso da faixa de Esmarch no trans-operatório.

Esta faixa é colocada desde a extremidade do pé até a raiz da coxa, em seguida aplica-se o manquito pneumático, procedendo desta maneira, diminui-se o tempo cirúrgico e faz-se uma cirurgia exangue.

Outro procedimento cirúrgico é o de se fazer minúsculas incisões nos trajetos varicosos com posterior introdução de uma agulha de crochê com finalidade de trazer as veias varicosadas para o exterior, com posterior retirada das mesmas, procedendo-se assim, evita-se a introdução de pinças que lesariam o sub-cutâneo e pele.

Procedendo-se desta maneira não é necessário dar-se pontos. Aproxima-se os bordos da incisão e aplica-se sobre a mesma tiras de micropor.

É a chamada cirurgia estética, onde a cicatrização é quase impercebível.

Em muitos casos, apesar dos ótimos e duradouros resultados funcionais da cirurgia radical das varizes, os resultados estéticos não são satisfatórios em virtude da existência de teleangiectasias profusas e micro-varizes não removíveis cirurgicamente.

Nestes casos como complemento da cirurgia, com finalidade estética, faz-se o uso de substâncias esclerosantes na luz dos pequenos vasos.

V - CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

O resultado final da cirurgia radical das varizes dos membros inferiores, depende extremamente do pós-operatório, que deve ser conduzido de tal forma a evitar a instalação de trombose venosa profunda, permitindo controle do edema, da infecção e da hemorragia. A intenção do pós-operatório é possibilitar uma evolução indolor e um resultado estético. A complicação mais grave e mais temível pelas cirurgias vasculares, numa cirurgia radical das varizes dos membros inferiores, é a trombose venosa profunda. A lesão tecidual secundária aos descolamentos sub-cutâneos, incrementado pela presença de hematomas residuais, resulta em edema que se intensifica em posição ortostática, sendo facilmente evitado quando eleva-se os membros inferiores acima do nível do atrio direito, por eliminar a ação da gravidade. Estes cuidados são tomados porque a experiência mostrou que o edema retarda a cicatrização e precipita a infecção.

Por um período aproximado de 3 semanas, o paciente deve ficar em repouso relativo, em posição de Trendelenburg. Este é o período necessário para a cicatrização das incisões dos membros inferiores operados. Quando falamos em repouso relativo, queremos nos fazer entender que, o paciente deverá em determinadas ocasiões deambular por alguns minutos, com intervalos de repouso em escalas, durante o dia. Por outro lado, o paciente é terminantemente proibido de ficar sentado ou em pé. Parado por muito tempo ainda orienta-se o doente a praticar movimentos de dorsiflexão do pé, de modo contínuo e de grande amplitude.

Para conseguirmos cicatrizes lineares, devemos evitar a

infecção da ferida operatória, que certamente acarretará em fibrose local levando a um mau resultado estético da operação.

No sentido de evitar tal complicação devem ser tomados cuidados incansáveis para impedir a infecção como consequente supuração da ferida.

Antibióticos de amplo espectro devem ser prescritos durante os primeiros dias de pós-operatório, sem falar dos cuidados antissépticos adotados nos dias que antecedem o ato cirúrgico e da assepsia religiosa durante a operação.

Com estes cuidados todos, ao fim de poucas semanas, as cicatrizes estarão lineares com bordos perfeitamente ajustados e no final de 60 ou 90 dias, as manchas equimóticas e as infiltrações sub-cutâneas, decorrentes da agressão cirúrgica terão desaparecido completamente, devolvendo a pele suas propriedades pré-operatórias, num tempo mais tardio, com o clareamento das cicatrizes, teremos um aspecto de total sucesso estético.

Convém salientar que a alta hospitalar é dada em 48 horas após o ato cirúrgico, quando são retirados os pontos, se usados. As tiras de esparadrapo são retiradas com 3 semanas e o paciente reassume vida normal.

Nos casos em que os doentes, por força de atividade profissional, não puderem obedecer as prescrições de repouso relativo, para salvaguardar o bem estar do paciente e o bom resultado da cirurgia, devemos introduzir no pós-operatório o uso da bota de ulna, pelo tempo necessário à evitar o edema, além de pelo fato de ser aderente serve também como meio de contenção, immobilizando os bordos das feridas. É colocada no 3º ou 4º dia de pós-operatório e requer um outro período de adaptação, para que os pacientes possam andar perfeitamente, proporcionando ao paciente ficar algumas horas fora do leito

VI - CONCLUSÕES

1 - A cirurgia de varizes de membros inferiores, em sua forma radical, passou a ser acreditado nos dias atuais já que, com os técnicos mais antigos, isto é, menos radicais, o número de recidivas era bastante elevado.

2 - A finalidade estética pode ser totalmente atingida quando do emprego da agulha de crochê, fitas de micropor e tratamento esclerosante, já que a cicatrização com este método torna-se quase que imperceptível.

3 - A bibliografia no que se refere ao tratamento radical é quase uma constante quanto aos tempos, métodos e procedimentos cirúrgicos.

VII - RESUMO

Através de revisão bibliográfica, e pesquisa dentro da especialidade, tentou-se mostrar a evolução do tratamento cirúrgico de varizes de membros inferiores. Abordando desde métodos arcaicos, como ligaduras e extração por ganchos, até o método radical empregado nos dias atuais.

SUMMARY

The authors try to show the evolution of the surgical treatment of peripheral vascular diseases through a bibliographical review and research within this speciality. They tell from ancient methods up to the radical, method used nowa days.

VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBOSA, A, - Controle Clínico do Paciente cirúrgico. 4ª edição, Rio de Janeiro, Atheneu, 1976.
- CHRISTOPHER, de Doris, - Tratado de Cirurgia. 1ª edição, Rio de Janeiro, Interamericana, 1977.
- RESENDE ALVES, T.B. - Cirurgia Geral Especializada, 2, 1ª edição, Belo Horizonte, Vega, 1974.
- ZERBINI, E.T. - Clínica Cirúrgica Alipio Corrêa Netto, 2 3ª edição, São Paulo, Sorvier, 1974.
- WILSON, T.C. - Manual de Cirurgia. 5ª edição, Rio de Janeiro, Guanabara Koogon, 1976.

TCC
UFSC
CC
0058

N.Cham. TCC UFSC CC 0058

Autor: D'ávila, Roberto G

Título: Tratamento cirúrgico de varizes



972813903

Ac. 252894

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM