

CC 005

VARIZES DE MEMBROS INFERIORES

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE MEDICINA

VARIZES DE MEMBROS INFERIORES

- \* RODRIGO J. DA LUZ BERTONCINI
- \* NILSON O. CAMPOS LOBO E SILVA
- \* MAURO L. CUBAS MOURA

Trabalho de conclusão da 12ª fase do Curso de Graduação em  
Medicina do Centro de Ciências da Saúde da UFSC.

- \* Doutorandos da 12ª fase do Curso de Medicina da UFSC

Florianópolis, Junho de 1981

## SUMÁRIO

	Página
RESUMO .....	03
INTRODUÇÃO .....	04
CASUÍSTICA E MÉTODO .....	06
RESULTADOS .....	11
DISCUSSÃO .....	20
CONCLUSÕES .....	25
SUMMARY .....	26
REFERÊNCIAS .....	27

## RESUMO

Este estudo prospectivo analisa as varizes dos membros inferiores em três planos: avaliação clínica do paciente varicoso, estudo da croça da safena interna e evolução pós-operatória imediata. Foram observados 51 pacientes de ambos os sexos, na proporção de 4 mulheres para 1 homem. A faixa etária ~~mais~~ atingida foi dos 21 aos 60 anos. Os sintomas mais frequentes foram dor e edema de membros inferiores, e as complicações mais observadas a dermatite e a varicotromboflebite. Todos os pacientes eram portadores de varizes primárias, e a safenectomia interna e externa bilateral foi a cirurgia mais realizada. Foram dissecadas 88 croças de safena interna, encontrando-se de 1 a 6 ramos em cada. Os ramos mais encontrados na junção safeno-femoral foram as veias epigástrica superficial, circunflexa ilíaca superficial, pudenda externa, safena acessória medial e safena acessória lateral. Houve entretanto um grande número de variações de número e disposição anatômica. No pós-operatório, a complicação mais comum foi o edema. O período de afastamento do trabalho devido às varizes ou suas complicações somou 393 dias em um ano.

A doença varicosa dos membros inferiores constitui um dos problemas mais estudados em Medicina. Seu interesse médico e sócio-econômico a torna objeto constante de pesquisas clínicas, epidemiológicas e terapêuticas.

É a moléstia crônica mais frequente na raça humana (23). Incide quase que exclusivamente na vida adulta (25,28) e contribui para a redução da capacidade laborativa do indivíduo. É fácil, dessa forma, avaliar o prejuízo social e econômico que acarreta. Nos Estados Unidos da América, por exemplo, são perdidos anualmente 5.900.000 dias de trabalho, devido à doença varicosa e suas complicações (7).

A grande quantidade de trabalhos publicados reflete a importância do tema. Os inúmeros estudos anatômicos do sistema venoso superficial e profundo mostram o valor do conhecimento das variações existentes. A frequência com que ocorrem complicações, embora raramente levando ao óbito, mostra que as varizes dos membros inferiores não podem ser relegadas a um plano secundário. A preocupação com o aspecto estético e a terapêutica esclerosante também tem sido frequentemente objeto de publicações.

A ocorrência de varizes é talvez tão antiga quanto a existência do homem. Há 2.500 anos, Hipócrates e seus discípulos desaconselhavam a incisão das veias varicosas, indicando múltiplas punções venosas

para provocar a trombose das mesmas (7,11). Uma escultura grega do século IV A.C. mostra uma perna com a veia safena magna varicosada sendo colocada em um altar. Era a tentativa da cura pela fé (7).

O primeiro tratamento cirúrgico das varizes é referido entre 155 - 86 A.C., por cirurgião desconhecido (7). Da mesma forma que nos dias atuais, ambas as pernas eram operadas no mesmo ato. Pablo de Egina, no século VIII, foi um dos primeiros a utilizar os estudos anatômicos da veia safena magna para a cirurgia de varizes, realizando sua ligadura no terço médio da coxa (7). Ambroise Paré, no século XVI, propunha uma terapêutica semelhante à descrita acima (7).

Brodie, em 1846, descreveu o fluxo retrógrado de sangue na veia safena magna insuficiente (7). Trendelenburg, 50 anos mais tarde, descreveu a mesma prova, a qual levou seu nome, e preconizou a ligadura da veia safena interna no terço médio da coxa, esclarecendo o funcionamento e as finalidades do método (7).

Babcock, em 1907, introduziu o uso do fleboextrator com ogiva, modificando o estilete metálico em gancho, utilizado por Keller em 1905 (1,7). Homans, em 1916, preconizou a ligadura da veia safena interna e seus ramos na junção safeno-femoral (1,7), baseado nos trabalhos de Novaro, sendo assim dado grande passo para a redução das recidivas. Em 1930, Wright relacionou a presença de úlceras com o fator gravitacional. Seus trabalhos retiraram o paciente varicoso de um plano secundário nas salas de cirurgia (7). No Brasil, Correa Netto desde 1935 adotou o tratamento empregado por Homans, juntamente com a ressecção das comunicantes insuficientes, preconizada por Moro em 1910 (1).

À parte as condutas cirúrgicas, foram muito estudadas as soluções esclerosantes. Vários agentes irritantes do endotélio venoso foram testados, isoladamente ou em associação com a ligadura das veias.

Este trabalho foi realizado utilizando-se um protocolo adotado pelo Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital de Caridade de Florianópolis. Sendo o mais antigo do estado na especialidade, procurou-se comparar algumas táticas e observações realizadas no serviço com as de outros centros, Não se pretende esgotar o assunto ou emitir novos conceitos, mas fazer uma breve revisão e uma avaliação preliminar da experiência do serviço com sua própria casuística.

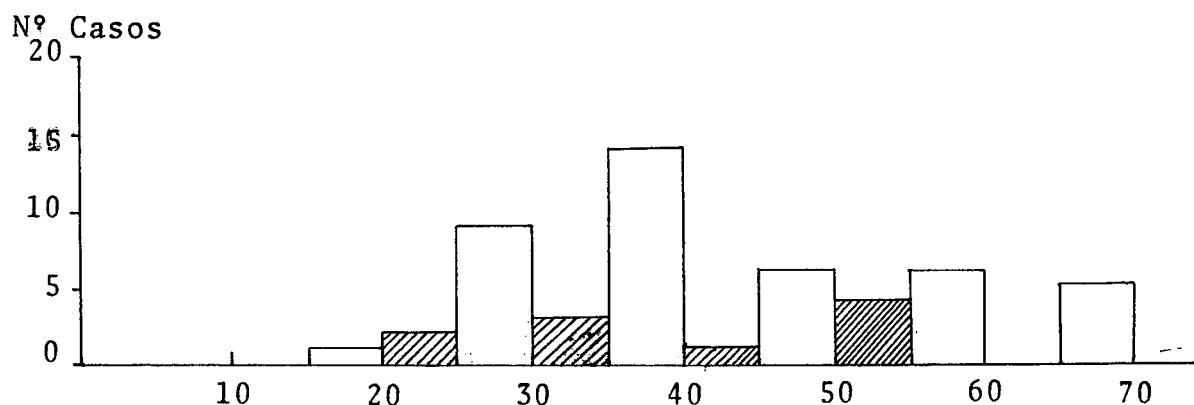
## CASUÍSTICA E MÉTODO

Foi realizado estudo prospectivo de 51 casos de varizes dos membros inferiores operados, de 15.12.80 a 26.04.81, no Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital de Caridade de Florianópolis.

A casuística é composta de 41 pacientes do sexo feminino e 10 do sexo masculino, com idade variando entre 15 e 69 anos (Gráfico I).

GRÁFICO I

Faixa etária de 51 pacientes com varizes dos membros inferiores



	Idade (anos)					
■ Homens	0	2	3	1	4	0
□ Mulheres	1	9	14	6	6	5

A raça branca predominou com 47/51 pacientes (92,15%), sendo 38/51 (76,0%) do sexo feminino e 9/51 (19,14%) do sexo masculino. Quatro (7,85%) pertenciam à raça negra, sendo 3 do sexo feminino.

A profissão mais encontrada foi a "do lar" (Tabela I). O grau de instrução mais frequente foi o primário, com 72,54% do total (Tabela II).

TABELA I

Profissão de 51 pacientes com varizes dos membros inferiores

Profissão	Nº casos	%
Costureira	4	7,84
Funcionário público	4	7,84
Do lar	17	33,33
Servente	5	9,80
Auxiliar enfermagem	3	5,89
Pedreiro	1	1,96
Assistente social	1	1,96
Ferramenteiro	1	1,96
Comerciante	2	3,92
Copeira	1	1,96
Balconista	3	5,89
Estudante	2	3,92
Cozinheira	1	1,96
Motorista	1	1,96
Recepcionista	1	1,96
Furador	1	1,96
Ignorada	3	5,89
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100,00</b>



TABELA II

Grau de instrução de 51 pacientes com varizes dos membros inferiores

Grau	Nº casos	%
Analfabeto	5	9,80
Primário	37	72,54
Secundário	7	13,73
Superior	2	3,93
TOTAL	51	100,00

Foi empregado um protocolo dividido em 3 secções: 1 - Avaliação clínica do paciente varicoso; 2 - Estudo crítico da croça da safena interna; 3 - Evolução pós-operatória imediata.

Para o primeiro item utilizou-se os seguintes parâmetros: classificação das varizes em primárias, secundárias e recidivadas; tempo de evolução da doença, sintomas, sinais e complicações apresentadas; doenças associadas, cirurgias anteriores e fatores agravantes.

Os sintomas e sinais pesquisados foram dor, edema, parestesias, prurido, câimbras, flebectasias de nervos e dispareunia. Dermatite, varicotromboflebite, varicorragia, úlceras e dermatofibrose foram as complicações investigadas. Estes parâmetros serviram para definir o grau das varizes (Tabela III).

TABELA III

## Grau das varizes dos membros inferiores

Grau	Parâmetros
0	Ausência de sintomas
I	Presença de sintomas
II	Presença de sintomas + varizes volumosas
III	Presença de complicações
IV	Incapacitante para as atividades diárias

Os fatos considerados agravantes da doença varicosa foram presença de pés planos, alterações patológicas de coluna, alterações patológicas de joelho e/ou tornozelo, antecedentes de trombose venosa profunda aguda, número de gestações, uso de anticoncepcional hormonal e atividade em ortostatismo.

Foram pesquisados também a posição adotada no trabalho e os períodos de afastamento de cada paciente devido às varizes ou suas complicações.

Procedeu-se o estudo da croça da safena interna e suas variações anatômicas durante a cirurgia. Através de incisão de 3 a 4 cm na prega inguinal, procurou-se dissecar cada ramo um pouco além do habitual. Utilizou-se, no protocolo, um desenho onde se anotava a localização dos ramos da croça da safena interna e suas variações. Foram estudadas 88 croças. A seguir, era realizada a dissecação da porção distal da safena interna e a fleboextração disto-proximal. As colaterais varicosas eram dissecadas por tunelização, através de incisões escalonadas com cerca de 0,5 cm. Quando insuficiente, a safena externa era retirada por fleboextração.

Os pontos de Toprover foram empregados em 11 pacientes (21, 56%), com fio de catégute ou eventualmente linho, sêda ou algodão.

Na avaliação pós-operatória imediata investigou-se edema, infecção das incisões ou pontos de Toprover, linfangite, lesão de nervos, linforragia, trombose venosa profunda.

Foi realizada ainda uma pesquisa sobre quanto o paciente julgava ser os honorários pagos ao cirurgião pela instituição previdenciária.

## RESULTADOS

Todos os casos foram de varizes primárias (Tabela IV). Houve 4 casos de varizes primárias recidivadas.

TABELA IV

Classificação das varizes dos membros inferiores

Tipo	Nº casos	%
Primárias à direita	1	1,96
Primárias à esquerda	3	5,88
Primárias bilaterais	43	84,31
Primárias recidivadas bilaterais	4	7,84
TOTAL	51	100,00

Os sintomas e sinais mais encontrados foram a dor em 49 casos (96,07%) e o edema em 43 casos (84,31%) (Tabela V).

TABELA V

## Sintomas e sinais das varizes dos membros inferiores

Sintomas	Nº casos	%
Dor	49	96,07
Edema	43	84,31
Parestesias	35	68,62
Prurido	27	52,94
Cãimbras	31	60,78
Dispareunia	14	27,45
Assintomático	1	1,96

Dermatite e varicotromboflebite foram as complicações mais frequentes (Tabela VI), tendo ocorrido em 22 pacientes (43,13%).

TABELA VI

## Complicações das varizes dos membros inferiores

Complicação	Nº casos	%
Dermatite	18	35,29
Varicotromboflebite	17	33,33
Úlcera	13	25,49
Dermatofibrose	4	7,84

O fator agravante mais comum foi a gravidez (70,58%), seguida do ortostatismo (Tabela VII).

TABELA VII

## Fatores agravantes das varizes dos membros inferiores

Fator	Nº casos	%
Pé plano	12	23,52
Alteração de coluna	13	25,49
Alteração de articulação joelho/tornozelo	2	3,92
Gravidez	36	70,58
Anticoncepcional	26	50,98
Atividade em ortostatismo	33	64,40

Os graus mais encontrados foram II e III (Tabela VIII).

TABELA VIII

## Grau das varizes dos membros inferiores

Grau	MID	MIE	<u>Bilateral</u>		Nº casos TOTAL	%
			MID	MIE		
0	1	1	1	1	4	7,84
I	1	1	13	9	24	47,05
II	1	1	16	18	36	70,58
III	0	1	15	18	34	66,66
IV	0	0	2	2	4	7,84

Apenas 2 pacientes (3,92%) portavam a doença a menos de um ano. A maior parte já tinha história superior a 10 anos, muitos apresentando complicações (Tabela IX).

TABELA IX

Duração da doença varicosa e sua relação com as complicações

Duração em anos	Nº casos	%	Casos com complicações	%
Menos de 1	2	3,92	0	0
1 - 5	7	13,72	2	3,92
6 - 10	13	25,49	4	7,84
11 - 15	10	19,60	3	5,88
16 - 20	6	11,76	6	11,76
21 - 25	7	13,72	4	7,84
26 - 30	2	3,92	2	3,92
31 - 35	4	7,84	1	1,96
TOTAL	51	100,00	22	43,13

O trabalho em ortostatismo foi observado em 33 pacientes (64,72%); sete pacientes (13,72%) trabalhavam sentados e 11 (21,56%) tanto em pé quanto sentados. A relação entre a posição e a presença de complicações é vista na Tabela X.

TABELA X

Relação entre a posição no trabalho e a presença de complicações

Posição	Nº casos	%	casos c/ complicações	%
Ortostatismo	33	64,72	16	31,37
Sentado	7	13,72	1	1,96
Ortostatismo + sentado	11	21,98	5	9,80
TOTAL	51	100,00	22	43,13

Nas pacientes múltíparas foi observado maior número de complicações (Tabela XI).

TABELA XI

Relação entre paridade e presença de complicações das varizes

Nº gestações	Nº pacientes	%	Casos com complicações	%
0	4	9,75	0	0,00
1	1	2,43	1	2,43
2	2	4,87	1	2,43
3	5	12,19	1	2,43
4	8	19,51	3	7,31
5	2	4,87	2	4,87
6	7	17,07	5	12,19
7	2	4,87	2	4,87
8	2	4,87	1	2,43
9	3	7,31	1	2,43
10	3	7,31	2	4,87
11	2	4,87	1	2,43
TOTAL	41	100,00	20	48,78

Houve necessidade de afastamento do trabalho devido às varizes ou suas complicações em 10 casos (19,60%). No total, os períodos de afastamento de cada paciente somaram 393 dias em um ano (Tabela XII).



TABELA XII

Afastamento do trabalho devido às varizes ou suas complicações

Afastamento	Período (dias)	Nº casos	Total	%
Não	-	41	41	80,40
Sim	3	1	3	1,96
	15	2	30	3,92
	30	4	120	7,84
	60	2	120	3,92
	120	1	120	1,96
<b>TOTAL</b>	<b>228</b>	<b>51</b>	<b>393</b>	<b>100,00</b>

No estudo da croça da veia safena interna (Tabela XII), a disposição mais frequente mostrou as veias epigástrica superficial (VES), circunflexa ilíaca superficial (VCIS), pudenda externa (VPE), safena acessória medial (VSAM) e safena acessória lateral (VSAL) (Figura 1).

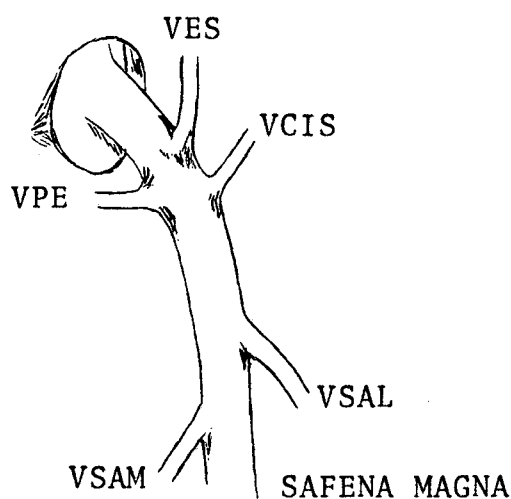


FIGURA 1 - Junção safeno-femoral e suas tributárias (aspecto mais frequente)

Foram observadas com frequência as veias pudenda externa superior e inferior, juntas ou isoladas (Figura 2 A, B, C).

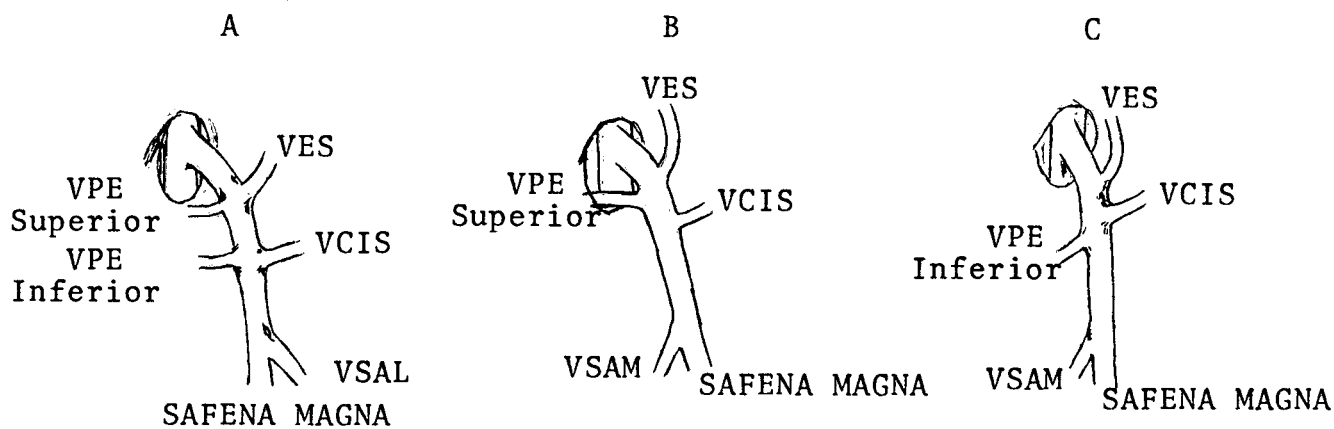


FIGURA 2 - Apresentações frequentes da junção safeno-femoral.

Várias outras disposições anatômicas estiveram presentes, com a frequência variando de 1 a 6 ramos (Tabela XIII).

TABELA XIII

Frequência das tributárias da junção safeno-femoral

Veia	Nº casos	%
VES	67	76,13
VPE	42	47,72
VPE superior + inferior	14	15,90
VPE superior	11	12,50
VPE inferior	10	11,36
VCIS	38	43,18
VSAL	26	29,54
VSAM	25	28,40
VES + VCIS	12	13,63
VCIS + VSAL	4	4,54
VPE + VSAM	2	2,27
VES + VPES	3	3,40
VES + VSAL	1	1,13

A cirurgia mais realizada foi a safenectomia interna e externa bilateral (Tabela XIV).

TABELA XIV

## Tipo de Cirurgia

Cirurgia	Nº casos	%
Safenectomia int + ext bilateral	33	64,70
Safenectomia int + ext MIE	2	3,92
Safenectomia int + ext MID	1	1,96
Safenectomia interna bilateral	3	5,88
Safenectomia int bilateral + ext MIE	1	1,96
Safenectomia int + ext MID e int MIE	3	5,88
Safenectomia int + ext MID e ext MIE	2	3,92
Safenectomia int + ext MIE e int MID	2	3,92
Varizes recidivadas	3	5,88
Varizes recidivadas + safenectomia ext bilateral	1	1,96
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100,00</b>

Complicações pós-operatórias ocorreram em 28 casos (54,90%), sendo frequente o edema (Tabela XV).

TABELA XV

## Complicações pós-operatórias da cirurgia de varizes

Complicação	Nº casos	%
Edema	12	23,52
Infecção de incisões	2	3,92
Linfangite	1	1,96
Lesão de nervos	6	11,76
Linforragia	1	1,96
Sangramento	4	7,84
Hematoma volumoso	2	3,92
TOTAL	28	54,90

Em 3 pacientes (5,88%) observou-se flebectasia de nervos sensitivos periféricos. Um nos nervos safeno externo e musculocutâneo, um no nervo safeno externo direito e outro no nervo safeno externo esquerdo.

Os honorários supostos pelos pacientes variaram de Cr\$ 2.000,00 a Cr\$ 300.000,00 (Tabela XVI), ficando a média em Cr\$ 30.000,00.

TABELA XVI

## Honorários médicos na opinião dos pacientes

Cr\$ (em milhares)	Nº casos	%
0 - 5	3	5,88
6 - 10	8	15,68
11 - 20	19	37,25
21 - 30	7	13,72
31 - 40	3	5,88
41 - 50	7	13,72
51 - 60	2	3,92
+ de 100	1	1,96

A média de internação foi de 4,6 dias.

## DISCUSSÃO

Varizes são veias permanentemente dilatadas, com alterações de suas paredes e válvulas, bem como de sua função (1).

Incidem em todas as populações, variando de 10 a 17 % (1).

WIDMER et alii (28) observaram, em 1883 indivíduos, a presença de veias varicosas em aproximadamente um terço deles, sendo que um décimo apresentava alterações que interferiam com a saúde ou a capacidade de trabalho. Em 191 consultas ambulatoriais, RODRIGUES & QUADRA (26) encontraram a doença varicosa em 19,4 % dos pacientes, figurando em primeiro lugar entre os diagnósticos firmados. Sua maior incidência (52,25%) encontra-se entre 30 e 50 anos (1), exatamente a época da vida de maior carga laborativa.

Segundo a maioria dos autores, a mulher é mais atingida pela doença, em proporções variáveis (1,8,24,25,28), e as gestantes o são em 20% dos casos (1). Em nossa série, a proporção de 4 mulheres para um homem confirma essas referências.

Em estudo de dez anos, RISTOW (25) assinala que foi necessária a cirurgia de varizes em 1,3% da população adulta assistida pelo Instituto de Assistência ao Servidor do Estado do Rio de Janeiro, número que se eleva a 2,2% se apenas o sexo feminino for considerado.

As varizes dos membros inferiores são classificadas em primárias ou essenciais, e secundárias (1). As primeiras são de etiologia desconhecida, porém com fatores predisponentes e desencadeantes bem conhecidos (1,6). A predisposição genética é considerada primordial para o aparecimento da doença varicosa, através da herança de defeitos estruturais (1,12,24). Os fatores desencadeantes são muitos. Podem ser orgânicos, como obesidade, idade avançada, pés planos, alterações hormonais da gestação, insuficiência respiratória e/ou cardíaca (1,4,12). Podem também ser decorrentes da profissão do indivíduo, como tempo prolongado em ortostatismo, utilização excessiva da prensa abdominal, uso de anticoncepcional hormonal ou pelo calor ambiental (1,4,12,24). Em nossa

casuística, "dona de casa" foi a atividade mais frequente. Outras profissões ocorreram em número bem menor, sem que alguma se destacasse.

As varizes secundárias constituem um componente do quadro clínico de outras doenças (1). Podem decorrer de sequelas de trombose venosa profunda, fístulas arteriovenosas congênitas ou adquiridas e sequelas ortopédicas (1,4,12). Em nossos casos não foram encontradas varizes secundárias.

Em relação aos sintomas, nossos resultados coincidem com a maioria dos autores. Dor, edema, câimbras e prurido são os mais frequentes (1,6,24,25). A dor varia de uma sensação de peso ou cansaço até um tipo urente, sem ter obrigatoriamente relação com o volume das varizes (1,24). No grupo estudado, foram muito frequentes as queixas de parestesias. Também observamos queixas frequentes de dispareunia, fato que não é referido por grande parte dos autores.

As complicações da doença varicosa trazem a lembrança do risco de vida e dos problemas sócio-econômicos. Em alguns de nossos casos de varicotromboflebite, o trombo encontrava-se na junção safeno-femoral, com sério risco de embolia pulmonar. COON & COLLIER (3) chamam a atenção para o diagnóstico deste quadro, assinalando a necessidade do tratamento imediato. As úlceras levam à incapacidade laborativa, mantendo o indivíduo em casa ou em internações prolongadas, com enorme ônus para as instituições previdenciárias (15). A instalação do complexo varicoso (edema, hiperpigmentação, celulite, eczema, úlcera, dermatofibrose) fecha um ciclo que sela a irreversibilidade do quadro (1). Surto de linfangite, dermatofibrose e artrose da articulação tibio-társica condenam o paciente às internações repetidas.

Vários fatores agravantes foram identificados no grupo estudado (Tabela VII). No entanto, até o momento não pudemos avaliar corretamente sua participação como desencadeantes do aparecimento das varizes, com exceção da gravidez.

A classificação da doença em graus foi baseada nos estágios citados por FISCHER (6). Para isso foram utilizados tanto os sintomas quanto o volume das varizes e a presença de complicações. Os graus II e III foram os mais frequentes, respectivamente varizes volumosas e com compli

cações. Conforme o esperado, a presença destas foi diretamente proporcional à duração da doença. Portanto, logo que surjam os sintomas, com varizes incipientes, deve-se recomendar o tratamento clínico, que pode retardar bastante a evolução da doença varicosa. Mesmo o tratamento cirúrgico não deve ser protelado, a menos que haja contra-indicações (1).

Dos 51 pacientes observados, 10 estiveram afastados do trabalho no último ano, devido às varizes ou suas complicações. Os períodos de cada paciente, juntos, somaram 393 dias. Transpondo isto para um grupo maior, é fácil avaliar o prejuízo social e econômico que a doença acarreta, e a importância de sua prevenção e tratamento.

A relação direta entre a posição ortostática do paciente durante suas atividades e a presença de complicações foi nítida em nossa série (31,37%). Isto demonstra a necessidade de melhorias nas condições de trabalho e atenção na profilaxia. Permitir que se trabalhe sentado sempre que possível ou que se mude de atividade quando necessário são passos essenciais para isto.

O tratamento definitivo da doença varicosa é eminentemente cirúrgico, e o mais precoce possível (1). Para que este tenha sucesso, o conhecimento anatômico da junção safeno-femoral e suas tributárias é imprescindível. WOLOSKER et alii (29) assinalam a presença de 5 ramos, sem referências a variações. GARRIDO (8), em estudo de 253 croças, encontrou quatro tipos básicos. Estes tipos foram observados com frequência em nossa casuística, mas variações sempre devem ser esperadas. CAMPO-RINI (2), em estudo de cadáveres, refere a presença da veia colateral da coxa e linfonodal desembocando na croça, mas não temos condições de confirmar este tipo de variação devido aos limites de nossa dissecação. Existe, porém, unanimidade entre os autores ao se indicar a ligadura e secção de todos os ramos da junção safeno-femoral (6,10,14,15,21,25,29) como forma de evitar ao máximo as recidivas. Variações anatômicas arteriais são referidas com certa frequência, obrigando a uma dissecação e identificação cuidadosas (6,19).

Dadas as preocupações estéticas, que muitas vezes são o motivo da cirurgia, as incisões em pele devem obedecer a preceitos rígidos. Inúmeras técnicas e táticas foram desenvolvidas com este intuito. As cirurgias com microganchos (11,21), sem sangramento (15), fleboextração com incisão distal econômica (27) ou acesso mais alto ao hiato safeno



(17) são exemplos. As três últimas técnicas parecem não trazer vantagens substanciais. A cirurgia radical de varizes sem sangramento pode apresentar complicações sérias (22). Nenhuma destas técnicas foi utilizada na presente amostra, embora a cirurgia com microganchos seja eventualmente realizada no serviço.

A safenectomia interna e externa bilateral foi a cirurgia mais realizada em nossa casuística, estando de acordo com quase todos os autores (1,6,10,15,21,25,29). Cirurgia de varizes recidivadas foi feita em quatro casos. A preocupação principal aqui é eliminar as perforantes comunicantes insuficientes, que são o fator mais importante na recidiva (4,18,25), quando todos os ramos da croça foram ligados corretamente e realizada safenectomia interna e externa.

Os pontos de Toprover foram empregados em 11 pacientes (21, 56%), com resultados variáveis. Os fios trançados inabsorvíveis parecem dar melhores resultados que o catagute, porém estão sujeitos a infecções. PEREIRA (20) refere bons resultados com o método.

A complicação pós-operatória mais comum foi o edema, sem consequências sérias. A lesão de nervos, frequente segundo alguns autores (9,25), foi referida por 6 pacientes (11,76%), resultando apenas em parestesia na face interna da perna e pé. A lesão linfática determinada pela fleboextração (5) foi exteriorizada, por linforragia, em apenas um paciente (1,96%). Não consideramos equimoses como complicações, pois ocorrem em todos os pacientes. Infecção de incisões ocorreram em 2 casos (3,92%). Entretanto, antibióticos só foram utilizados nos casos em que havia contaminação potencial, por dermatite ou outros fatores.

A média de internação de 4,6 dias deveu-se à alta frequência de complicações da doença varicosa no grupo estudado. Nos pacientes sem complicações esta média não deve ultrapassar a 3 dias.

Na pesquisa sobre honorários médicos, a imensa maioria dos pacientes sugeriu valores muito acima dos verdadeiros. A média ficou em Cr\$ 30.000,00, fugindo bastante dos valores pagos pela Previdência Social (200 unidades salário a Cr\$ 19,65).

O tratamento clínico para as varizes é apenas preventivo e sintomático. O tratamento esclerosante é reservado para as varizes residuais, microvarizes e telangiectasias (13).

## CONCLUSÕES

- 1 - Dor, edema, parestesias, prurido e câimbras são os sintomas e sinais mais comuns da doença varicosa.
- 2 - Dermatite, varicotromboflebite e úlcera são as complicações mais frequentes, estando diretamente relacionadas com a duração da doença.
- 3 - A doença varicosa e suas complicações interferem diretamente na capacidade laborativa do indivíduo.
- 4 - As tributárias mais frequentes da junção safeno-femoral são as veias epigástrica superficial, circunflexa ilíaca superficial, pudenta externa, safena acessória lateral e safena acessória medial. As variações de número e posição, entretanto, estão sempre presentes.
- 5 - As complicações pós operatórias da técnica utilizada no serviço são mínimas e de pequena importância.

## SUMMARY

This is a clinical, anatomical and postoperative prospective study of 51 patients submitted to surgery of varicose veins. 41 women and 10 men were examined. The age group between 21 to 60 years was more affected. Pain, swelling, night cramps were the most common symptoms of the disease, and dermatitis and thrombophlebitis were the most common complication presented. Anatomical study of 88 sapheno-femoral junction and its branches was performed. Postoperative complications included swelling, nerve lesion, infection, hemorrhage, lymphorrea and haematoma. In 10 patients, varicose veins interfered with the working capacity, amounting 393 days of absence to work.

## REFERÊNCIAS

- 1 - BUENO NETO, J.; WOLOSKER, M. & PUECH-LEÃO, L. E. - Varizes dos membros inferiores. In: ZERBINI, E.J. - Clínica Cirúrgica Alípio Correa Netto - 2º vol, 4º parte - Cirurgia Vasculuar, pág 463-482, 3º ed, São Paulo, Ed. Sarvier, 1974.
- 2 - CAMPORINI, S.; MUZILLI Jr., A.; CASTILHO, H.T.; GUASTELLI, C. - Anatomia aplicada à cirurgia da veia safena magna. Rev Ass Med Brasil 21(12):381-383, Dezembro 1975.
- 3 - COON, W.W. & COLLER, F.A. - Clinicopathologic correlation in thromboembolism. Surg Gynec Obst 109(3):259-268, Sept 1959.
- 4 - CRANE, C. - The surgery of varicose veins. Surg Clin North Am, 59(4):737-747, Aug 1979.
- 5 - DEGNI, M. & FERREIRA, P.C.C. - Lesões linfáticas dos membros inferiores na cirurgia das varizes: estudo comentado dos fleboextractores. Rev Bras Cardiovasc 13(3):109-113, Jul-Ago-Set 1977.
- 6 - FISCHER, R. - Progressos em cirurgia de varizes. 1º ed, São Paulo, 1979, Ed. Manole, págs 13, 21, 25.
- 7 - FOOTE, R.R. - Venas varicosas. 3º ed, Buenos Aires, 1969. Lopez Libreros Editores, cap 1, pág 1; cap 2, pág 18-49.
- 8 - GARRIDO, M.B.M. - A croça da veia safena magna - estudo e correlação médico-cirúrgica. Rev Col Bras Cir 4(2):75-89, Mar-Abr 1977.
- 9 - GARRIDO, M.B.M.; ASSAF, S.A.; LUCAS, V.S.; PAULO, F.L. - O nervo safeno: sua importância na fleboextração da veia safena magna. Rev Bras Cardiovasc 15(3):81-88, Jul-Ago-Set 1980.
- 10 - JACQUES, H. - Atualização no tratamento das varizes essenciais. Med Hoje 1(3):60-64, Maio 1975.
- 11 - KAFEJIAN, O.; OLIVEIRA, G.A.C.; TAKAYANAGI, T. - Inovações Técnicas na cirurgia de varizes visando a resultados estéticos. Rev Ass Med Brasil 22(8):296-7, Ago 1976.

- 12 - LEMOS CORDEIRO, G.C. - Fisiologia da insuficiência venosa. Med Hoje 5(58):692-705, Dez 1979.
- 13 - LUZ, N. - Varizes atípicas e recidiva da doença varicosa. Resumos comentados. Arq Cat Med 9(2):111, Jun 1980.
- 14 - MALAN, E. & AGRIFOGLIO, G. - Tratamiento quirúrgico de la insuficiencia venosa crônica - nuevos aspectos. Simposio Internacional Porto Cervo, Ciba-Geigy, 1971, págs 92-104.
- 15 - MAYALL, R.C. - Úlceras tróficas de origem venosa: importância social etiopatogenia - estudo de 576 casos. Rev Bras Cardiovasc 13(3):119-132, Jul-Ago-Set 1977.
- 16 - MIYAKE, H.; WOLOSKER, M.; BUENO NETO, J.; PUECH-LEÃO, L.E.; LANGER, B. - Cirurgia radical de varizes sem sangramento. Rev Ass Med Brasil 16(12):419-422, Dez 1970.
- 17 - MONTEIRO DA SILVA, A.J.; MEIRELLES, M.L.; COSTA, R.O. - Acesso ao hiato safeno. Rev Col Bras Cir 1(1):1-4, Jan-Fev 1974.
- 18 - NABATOFF, R.A. - Anomalies encountered during varicose vein surgery. Arch Surg 113(5):586-8, May 1978.
- 19 - NABATOFF, R.A. - Technique for operation upon recurrent varicose veins. Surg Gynec Obst 143(3):463-7, Sept 1976.
- 20 - PEREIRA, L. - Nuestra experiencia con la operacion de Toprover en el tratamiento de las varices. Rev Arg Angiol 4(1):85, Mar 1970; In: Angiologia 22(6):289-290, Nov-Dic 1970.
- 21 - PUECH-LEÃO, L.E. & MIYAKE, H. - Aspectos técnicos do tratamento cirúrgico das varizes. Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo 34(3):133-135, Jun 1979.
- 22 - RAHAL, S. - Cirurgia radical de varizes sem sangramento - análise de suas complicações. Rev Bras Cardiovasc 7(2):101-106, Abr-Maio-Jun 1971.
- 23 - RIBEIRO, A.P. - Varizes: doença profissional? Rev Bras Cardiovasc 13(3):97, jul-Ago-Set 1977.

- 24 - RIBEIRO, A.P. - Sintomalogia da doença varicosa. Med Hoje 5(58): 697-699, Dez 1979.
- 25 - RISTOW, A. von B.; ARRUDA, A.M.; ALBUQUERQUE, J.T.; MEDINA, A.L. - Varizes primárias: dez anos de experiência com o tratamento cirúrgico. Rev Ass Med Brasil 25(6):216-218, Jun 1979.
- 26 - RODRIGUES, M.M.A. & QUADRA, A.A.F. - Doenças profissionais nos comerciários. Rev Paul Hosp 24(9):406-410, Set 1976.
- 27 - RUSCHEL, L.P. - Incisão econômica na fleboextração. Rev Bras Cardiovasc 14(3):105-109, Jul-Ago-Set 1978.
- 28 - WIDMER, L.K.; LEU, H.J.; SCHWARTZ, R.S.; PLECHL, S.C. - Varicose veins. Rev Bras Cardiovasc 8(3):245-251, Jul-Ago-Set 1972.
- 29 - WOLOSKER, M.; BUENO NETO, J.; GABRIELE, J.; PUECH-LEÃO, L.E.; CINELLI, Jr, M. - Bases anatômicas para o planejamento cirúrgico das varizes dos membros inferiores. Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo 23(6):295-304, Nov 1968.

**TCC  
UFSC  
CC  
0005**

N.Cham. TCC UFSC CC 0005

Autor: Bertoncini, Rodrig

Título: Varizes de membDa Rosinferiores.



972810403

Ac. 252844

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM