

UM PONTO NA TÉCNICA DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES

EUGENIO MAURO **

O tratamento cirúrgico das dilatações varicosas do sistema venoso superficial dos membros inferiores está ainda eivado de incógnitas, cujas conseqüências só se tornam aparentes ao se observarem os resultados à distância de meses ou de anos. Todos os métodos apresentados têm falhas ou inconvenientes, que fazem com que o prognóstico se mantenha sempre inseguro. No entanto, das intervenções ainda hoje praticadas, a que se afigura mais convincente, para a maioria dos casos, é a que consiste na ligadura da veia safena magna ao nível da fossa oval, seguida de esclerose química do sistema venoso a montante [Ochsner e Mahorner (1939), Pratt (1939), Vasconcelos e Pinto de Souza (1939), Sears e Cohen (1940), Heyerdale e Stalker (1941), Waugh (1941), Moore e Knapp (1942), McPheeters (1945), Lyall (1946)]. À ligadura e à esclerose devem ser acrescentadas manobras complementares indispensáveis, que consistem em: a) ligadura das colaterais da V. grande safena, que nela desembocam ao nível da crossa, e b) quando o exame físico o indicar, na ligadura das perfurantes-comunicantes insuficientes que, ao longo de todo o membro, estabelecem comunicação com o sistema venoso profundo. Nestes dois tempos complementares reside grande parte do êxito da operação. Quanto às perfurantes-comunicantes insuficientes o diagnóstico deve ser extremamente cuidadoso e preciso, o que se consegue associando ao test de Perthes, com as manobras de Ochsner e Mahorner e de Pratt.

Em 1927 Unger descreveu um artifício de técnica, ao que parece de sua autoria, capaz de melhorar não somente e principalmente os resultados operatórios tardios, como também os imediatos, o que representa uma indiscutível vantagem. Esta mesma técnica, reapresentada em 1939 nos Estados Unidos por Pratt, está hoje incorporada à rotina de algumas clínicas americanas [Lyall (1946), McElwee e Maisel (1947)]. Já há algum tempo vimos empregando esta manobra em nossos operados, e os resultados colhidos sugerem a conveniência de uma maior divulgação deste método, ainda pouco empregado entre nós.

Não julgamos de boa prática considerar a operação como de pequena envergadura, a ponto de fazê-la ambulatoriamente sob anestesia local. Nestes casos, é inevitável a tendência a reduzir a amplitude da intervenção, principalmen-

* Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo — 2.ª Clínica Cirúrgica (Prof. Edmundo Vasconcelos).

** Assistente extranumerário.

te em detrimento daqueles tempos complementares cuja importância é fundamental. Com anestesia raquidiana, ou outra, ao contrário, as ligaduras múltiplas ao longo do membro são efetuadas sem perda de tempo e com tranqüilidade, o que nem sempre se verifica com a anestesia local, porque muitas vezes não é possível uma infiltração eficiente de toda a zona a abordar, devido à periflebite atual ou ao endurecimento resquício de periflebites progressas. Não temos sentido, no nosso meio, a necessidade do levantar precocíssimo, horas após a operação, de maneira que julgamos ser a raquidiana, quando indicada, a anestesia de escolha.

Durante a operação o doente deve permanecer em posição de Trendelenburg de cerca de 10° a 15°. Esta posição determina um relativo esvaziamento do sistema venoso, o que facilitará, no momento de se injetar a solução esclerosante, um contacto mais íntimo e uniforme da substância com a parede da veia, tanto mais útil quanto mais dilatado estiver o segmento venoso. Além disso, o trombo que resulta não é de tamanho excessivo e é também menos doloroso, anulando um dos inconvenientes da esclerose química; ademais, desaparece com rapidez e é esteticamente superior.

A operação começa pela descoberta da crossa da v. safena magna. A direção da incisão é ditada pela orientação das linhas de fenda e de tensão no segmento da coxa a abordar.

Neste ponto do revestimento cutâneo, consoante as pesquisas de Voss (1937), as linhas de tensão estão orientadas para baixo e medialmente, o que indica naturalmente a direção da incisão. No seu recente estudo, Camará Silveira (1947) escreve: “a melhor incisão para a ligadura da veia safena magna é a incisão oblíqua paralela à prega inguinal, com seu centro afastado lateralmente 4 cms. e distalmente 2 cms. do tubérculo púbico e com 5 cms. de extensão” Esta incisão permite fácil pesquisa do tronco principal e dos ramos colaterais, que devem ser ligados, como já acentuamos, na sua totalidade.

Não cabe aqui repisar as variações da disposição dos ramos venosos que percorrem a região. Numerosos trabalhos, dos quais pomos em evidência, entre os mais recentes, o de Daseler e colaboradores (1946), orientam de maneira completa o cirurgião que intervém sobre a região, mesmo quando desprovido de especialização cirúrgica ou de treino de dissecação anatômica. As relações dos ramos tributários entre si e com o tronco principal, veia safena magna ou femoral, e as peculiaridades de sua desembocadura, devem ser conhecidas nas suas minúcias para realizar um bloqueio completo entre os sistemas superficial e profundo.

Somente depois deste tempo é que se deve proceder à esclerose química do segmento venoso a montante da ligadura, e é aqui que se torna útil e elegante

a manobra a que nos referimos. Habitualmente o que se faz é adaptar a seringa à extremidade distal ainda não ligada da veia safena magna seccionada, injetando depois a solução esclerosante, com alguma violência, para que ela caminhe tanto quanto possível em direção à extremidade distal da veia. Isto porém se consegue de maneira satisfatória somente em casos extremamente favoráveis. O que se verifica na realidade é que com esta manobra (mesmo quando não ocorre o acidente deselegante, embora sem maiores conseqüências, do refluxo do líquido pela extremidade da veia) há uma reação flebítica suficiente ou até mesmo excessiva num ponto, enquanto em outros a veia permanece patente. A oclusão mais segura e intensa se dá exatamente, na porção mais cranial da veia, no território da coxa (Raia), onde menos freqüentemente se notam perfurantes-comunicantes insuficientes. Ao contrário, em sua porção mais distal, onde ela seria mais necessária, a oclusão não se faz ou se faz irregularmente. Nesta irregularidade de resultados baseia-se por certo a descrença sobre a conveniência da esclerose química, que vai se difundindo entre os cirurgiões (Correa Netto, Atlas, McElwee e Maisel e outros). Quando, ao contrário, se consegue realizar a manobra de Unger, o resultado é inteiramente outro. Esta manobra consiste no seguinte:

Uma vez seccionada a veia, ligada e abandonada a extremidade proximal, a extremidade distal é segura com três pinças mosquito. Uma ligeira pressão exercida pelos dedos do auxiliar sobre o tronco da veia impedirá durante este tempo o extravasamento de sangue. Introduce-se agora na luz da veia uma sonda ureteral que, com movimentos suaves mas bastante rápidos, é impelida tanto quanto possível em direção distal. Na introdução da sonda temos notado certa vantagem em lubrificá-la previamente com vaselina líquida, pois que assim se evita até certo ponto a irritação do endotélio da veia, que desencadeia um espasmo venoso capaz de imobilizar a sonda. É por esta razão ainda, espasmo venoso que precocemente se estabelece, que esta manobra deve ser realizada rapidamente, embora com delicadeza, para evitar falsos caminhos e dilacerações de paredes muito friáveis. Se, por qualquer motivo, se estabelece o espasmo, espera-se até que ele ceda para prosseguir a introdução da sonda. Algumas manobras lentas de torção podem ser coroadas de sucesso. Usamos correntemente a sonda ureteral n.º 6; este calibre médio parece-nos o de mais fácil manejo.

Muitas vezes consegue-se introduzir a sonda até o dorso do pé. Mais freqüentemente porém, não se consegue alcançar sinão a parte média da pantorrilha, por existirem aí flexuosidades intransponíveis.

Depois de introduzida a sonda, passa-se uma ligadura frouxa na extremidade distal da veia; esta ligadura é mantida pelo assistente enquanto o cirurgião introduz a agulha na luz da sonda. Injetam-se de início alguns cc. da substância esclerosante; em seguida, à medida que o auxiliar retira a sonda,

o cirurgião vai injetando o restante do líquido, de maneira a distribuir uniformemente todo o conteúdo da seringa, 6, 10 ou mais cc. ao longo da veia. Retira-se a sonda, aperta-se o nó da ligadura e abandona-se a veia ligada, fechando em seguida os planos superficiais.

Estas manobras não são possíveis com anestesia local, por excessivamente dolorosas.

A escolha do agente esclerosante é muito importante; as soluções de quinina, uretana, glicose e semelhantes, devem ser formalmente evitadas. Segundo Pratt os morruatos são tóxicos acima de 5 % e o melhor agente seria o ricinoleato a 3,5 %, que pode ser empregado em doses grandes, de 40 cc. e mais até 60. Nós empregamos correntemente com bons resultados o oleato de etanolamina a 5 % (Ethamolin). Desta substância temos usado 10 a 12 cc, e mesmo mais, sem inconvenientes. Naturalmente, alguns dias antes da intervenção, pesquisa-se a tolerância do indivíduo para o medicamento injetando alguns décimos de cc. em uma pequena varicosidade. Uma vez terminada a injeção de esclerosante, fecha-se a ferida cutânea e procede-se à ligadura, ao longo do membro, das perforantes-comunicantes insuficientes, nos pontos onde o exame clínico tiver demonstrado a sua existência. Por estas novas incisões e secções da veia consegue-se às vezes reintroduzir a sonda e proceder à deposição da substância esclerosante no segmento distal não alcançado previamente. Não achamos conveniente adotar o conselho de McElwee e Maisel: “ mesmo quando na época da operação não se puder demonstrar comunicantes insuficientes, deverá se efetuar a interrupção da safena abaixo da séde habitual das comunicantes, na presunção que a insuficiência não tenha sido descoberta pelos tests clínicos ou que o vaso comunicante possa se tornar insuficiente mais tarde. ”

Pensamos antes que na possibilidade de uma esclerose eficiente e uniforme da veia resida uma das vantagens do método exposto, pois que se ocluem assim, provavelmente, comunicantes insuficientes de calibre reduzido, que passam despercebidas ao exame físico e que são, em parte, responsáveis pelas recidivas.

Terminada a intervenção faz-se uma bandagem medianamente apertada por meio de ataduras semi-elásticas que são retiradas no fim de 48 horas. O membro é mantido em posição algo elevada.

A mobilização precoce ativa e passiva, encurta e torna menos doloroso o post-operatório.

Decorridos 15 dias ou mais, pode-se completar a oclusão do sistema venoso ectásiado injetando a substância esclerosante diretamente nos pontos que eventualmente se apresentem, ao exame físico, como capazes de facilitar ou apressar a recidiva. Quanto aos perigos que a operação ofereceria, principalmente a embolização da a. pulmonar por propagação da trombose ao sistema venoso profundo, como já foi registrado na literatura, parece tratar-se de uma eventual-

lidade bastante remota, difícil de se atribuir diretamente ao agente esclerosante. Na verdade, em 700 casos consecutivos tratados na Mayo Clinic pela ligadura e injeção retrógrada, não houve um caso sequer de morte (Waugh). Por outro lado, não convém esquecer que o perigo de embolização não é apanágio da esclerose: Moore e Knapp (1942) publicaram, por exemplo, dois casos de morte por embolia pulmonar após ligadura alta e excisão. Êstes AA. acham mesmo que as operações extensas predispõem a esta complicação, sugerindo que a melhor conduta será a ligadura alta seguida de injeção retrógrada.

A cuidadosa escolha dos indivíduos a operar, com um bom exame da suficiência do sistema venoso profundo, e uma anamnese pormenorizada para evidenciar eventuais processos flebíticos profundos, provavelmente garantirão contra tais acidentes.

RESUMO

A introdução de um cateter ureteral pela extremidade distal da v. safena magna seccionada permite uma distribuição uniforme da substância esclerosante ao longo do tronco venoso. Esta manobra, associada aos outros cuidados técnicos aqui brevemente resumidos, assegura melhores resultados imediatos e tardios no tratamento das varizes do membro inferior.

SUMMARY

The introduction of an ureteral catheter through the distal end of the severed v. saphena magna allows an even distribution of the sclerosing agent along the vein. This and other technical points briefly summarized assure better early and late results in the treatment of varicose veins by high ligation and retrograde injection.

BIBLIOGRAFIA CITADA

- Atlas, L. N. — Hazards connected with the treatment of varicose veins. *Surg. Gyn. Obst.*, **71**: 136-140, 1943.
- Correia Neto, A. — Tratamento cirúrgico das varizes dos membros inferiores e das úlceras varicosas rebeldes. *Rev. de Cir. de São Paulo*, **2**: 29-47, 1936.
- Daseler, E. H., Anson, B. J., Reiman, A. F. and Beaton, L. E. — The saphenous tributaries and related structures in relation to the technique of high ligation. *Surg. Gyn. Obst.*, **82**: 53-63, 1946.
- Heyerdale, W. W. and Stalker, L. K. — The management of varicose veins of the lower extremity. *Proc. Staff Meet. Mayo Clinic*, **16**: 827-832, 1941.
- Lyall, D. — The treatment of varicose veins. *Surg. Gyn. Obst.*, **82**: 332-341, 1946.
- McElwee, R. S. and Maisel, B. — A study of the results of the surgical treatment of varicose veins. *Ann. Surg.*, **126**: 350-357, 1947.

- McPheeters, H. O. — Saphenofemoral ligation with the immediate retrograde injection. *Surg. Gyn. Obst.*, **81**: 355-364, 1945.
- Moore, S. W. and Knapp, J. — Varicose veins. *Ann. Surg.* **115**: 131-140, 1942.
- Ochsner, A. and Mahorner, H. — Varicose veins. C. V. Mosby Co. ed., St. Louis, Mo., 1939.
- Pratt, G. H. — Surgical treatment of varicose veins and ulcers by segmental sclerosis. *Am. Journ. Surg.*, **44**: 31-38, 1939.
- Pratt, G. H. — Results of surgical treatment of varicose veins. *J. A. M. A.*, **122**: 797-800, 1943.
- Raia, A. — O tratamento misto cirúrgico esclerosante das varizes. Valor da injeção esclerosante. Estudo experimental e clínico. *Rev. Med., S. Paulo* — **27**: 5-14, 1943.
- Sears, J. B. and Cohen, S. S. — The treatment of varicose veins by high ligation and retrograde injection. *Surg. Gyn. Obst.*, **70**: 840-846, 1940.
- Silveira, A. Camará — Alguns dados anatômicos sobre as veias dos sistemas superficial e perfurante-comunicante do membro inferior. De sua aplicação no tratamento cirúrgico das varizes. *Rev. de Cir. de São Paulo*, **12**: 201-244, 1947.
- Unger, E. — Zur Technik der Varicenbehandlung. *Zbl. f. Chir.*, **54**: 3273-3274, 1937.
- Vasconcelos, E. e Souza, E. Pinto de — Conceito atual sobre a patologia e o tratamento das veias varicosas do membro inferior. *Rev. de Cir. de São Paulo*, **4**: 222-269, 1939.
- Voss, M. — Die Struktur von Haut und Fascie des Oberschenkels in ihrer Beziehungen zu den Bewegungen des Beins. *Morph. Jahrb.*, **79**: 209-234, 1937.
- Waugh, J. M. — Ligation and injection of the great saphenous vein. *Proc. Staff. Meet. Mayo Clinic*, **16**: 832, 1941.