

Uso combinado de cirurgia de varizes e escleroterapia de telangiectasias dos membros inferiores no mesmo ato

Combined use of varicose vein surgery with sclerotherapy for telangiectasias of the lower limbs in the same procedure

O tratamento cirúrgico combinado com escleroterapia não é novidade. Na década de 70, um estudo descreveu o tratamento cirúrgico das veias varicosas e a esclerose de telangiectasias realizados no mesmo ato¹.

No entanto, essa estratégia aparentemente não se popularizou, possivelmente porque alonga o tempo cirúrgico e pode, também, aumentar seus riscos e custos.

No artigo de Gaspar & Medeiros publicado na última edição do *J Vasc Bras* (2006;5:53-7)², os autores apresentam resultados obtidos com essa abordagem. Na descrição da amostra, porém, notamos que dois pacientes foram tratados exclusivamente com escleroterapia química, sob anestesia. Esses casos fogem do tema do estudo e, ao meu ver, representam um aumento de complexidade, custo e risco para o procedimento. Se analisarmos a relação custo/efetividade para esses dois casos, incluindo-se o custo total da anestesia, exames, internação hospitalar e equipe (enfermagem e anestesista), o resultado acabará não sendo razoável.

A tendência dos tratamentos médicos em geral tem sido no sentido de fazer procedimentos cada vez mais ambulatoriais e menos invasivos. Fazer escleroterapia química durante o ato operatório certamente diminui o desconforto dos pacientes. No entanto, 70% dos pacientes incluídos no estudo tiveram que realizar pelo menos uma sessão complementar ambulatorial.

A doença varicosa não tem cura. Após um período de 1 a 2 anos, outros vasos vão se dilatar, e não creio que uma sedação ou anestesia loco-regional seria indicada para o novo tratamento de pequenos vasos. Acredito que o desenvolvimento de técnicas como a crioescleroterapia, o *laser* transdérmico (que já não queima a pele desde 1999) e a associação do Cryo5 (aparelho que emite ar gelado a 20 °C negativos e reduz a sensibilidade da pele em segundos) sejam o caminho para a modernização do tratamento das varizes de pequeno e médio calibre.

As vantagens da glicose hipertônica foram bem salientadas pelos autores. Entretanto, além das vantagens citadas, vale acrescentar a alta viscosidade, que dificulta a injeção em fluxo alto e o refluxo venocapilar ou venoarteriolar, causador da úlcera isquêmica^{3,4}.

Os autores ressaltam que o uso de óculos de proteção seria uma das desvantagens do *laser*. Tais óculos filtram eficientemente a luz do *laser*, que poderia danificar a retina em caso de disparo acidental direcionado para a pupila. Além disso, o *laser* transdérmico é um método não-invasivo, ao contrário da escleroterapia por injeção, em que a agulha entra em contato com o sangue do paciente, com eventual risco de contaminação acidental do escleroterapeuta. Há casos descritos de profissionais da saúde que contraíram AIDS desta forma. Por esse motivo, preconiza-se o uso de luvas na realização da escleroterapia.

Várias companhias do mundo estão investindo milhões de dólares todo ano para continuar desenvolvendo os *lasers* transdérmicos. O modelo que utilizamos (Harmony, 1064 nanômetros com pulso

de 60 milissegundos), lançado em 2004, é ainda mais seguro que os anteriores, possibilitando utilizar a energia máxima com disparos sobrepostos em peles tipo IV não-bronzeadas (classificação de Fitzpatrick). A luz é absorvida 30 vezes mais pelo sangue do que pelo vaso. Em nossa experiência, a última lesão de pele provocada por *laser* (microcrostas causadas por erro de calibração) ocorreu com o aparelho Vasculight (1064 nanômetros de comprimento de onda e duração de pulso de 16 milissegundos) há mais de 4 anos. Os *lasers* Quantum DL (evolução do Vasculight) e Harmony são ainda mais seguros e, após mais de 500.000 disparos, não observamos em nosso serviço nenhum caso de escaras na pele. Sendo assim, saliento que, da mesma forma que devemos nos atualizar em condutas endovasculares para os tratamentos arteriais e venosos, também é necessária a atualização na área dos *lasers* transdérmicos.

A maioria dos cirurgiões vasculares tem dificuldade de acesso aos novos equipamentos, devido ao seu custo elevado. Com isso, porém, acabam perdendo espaço para os dermatologistas, presentes em todos os congressos de *laser* e que fazem grandes investimentos na

aquisição de novos equipamentos capazes de tratar pequenos vasos.

Portanto, devemos deixar de lado o ceticismo e tentar investir mais em cada área da cirurgia vascular.

Roberto Kasuo Miyake

Referências

1. Miyake H, Langer B, Albers MTV, Bouabci AS, Telles JDC. Tratamento cirúrgico das telangiectasias. Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo. 1993;48:209-13.
2. Gaspar RJ, Medeiros CAF. Tratamento combinado da cirurgia de varizes com a escleroterapia de telangiectasias dos membros inferiores no mesmo ato. J Vasc Bras. 2006;5:53-7.
3. Miyake H, Kauffman P, Behmer AO, Wolosker M, Puech-Leão LE. Mecanismo das necroses cutâneas provocadas por injeções esclerosantes no tratamento de microvarizes e telangiectasias. Rev Ass Med Bras. 1976;22:115-20.
4. Miyake H. Necroses cutâneas provocadas por injeções de substâncias esclerosantes utilizadas no tratamento de microvarizes e telangiectasias: estudo experimental [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1972.