



CORRELAÇÃO ENTRE APLASIA SEGMENTAR DE VEIA SAFENA MAGNA E VARIZES EM MEMBROS INFERIORES UTILIZANDO-SE O ECODOPPLER.

Pedro Cavalari Júnior (PIC/UEM), Amélia Cristina Seidel (Orientadora), e-mail: pedrocavalarijr@hotmail.com.

Universidade Estadual de Maringá / Departamento de Medicina/Maringá, PR.

Área e subárea : Medicina III / Cirurgia Vascular.

Palavras-chave: Veia safena, Aplasia, Ultrassonografia Doppler em cores.

Resumo

O conhecimento da anatomia das veias, fâscias, compartimentos e o uso adequado da terminologia são importantes para diagnosticar e tratar a insuficiência venosa crônica (IVC). Atualmente o eco-Doppler colorido é amplamente utilizado para investigar doenças venosas crônicas dos membros inferiores com uma compreensão melhor das imagens de veias superficiais e como se relacionam com a doença venosa. O objetivo do estudo foi avaliar a frequência e distribuição anatômica da aplasia segmentar da veia safena magna (VSM) e sua relação com a presença de varizes em membros inferiores, usando o ecoDoppler colorido em pacientes com clínica de IVC. O estudo foi realizado em 1 ano, com amostra sequencial de 200 pacientes, sendo 178 (89%) do sexo feminino, entre 17 e 85 anos, e clínica de doença venosa crônica. Após a realização do exame a amostra foi distribuída em dois grupos: A, com varizes, e B, sem varizes. A partir dos dois grupos pôde-se estudar a incidência de aplasia e/ou insuficiência venosa. Para avaliação da homogeneidade e comparação dos grupos foi realizada análise estatística com nível de confiança de 95%. Do total de 387 membros inferiores, ocorreu aplasia em 50 (12,92%), sendo que 39 desses apresentavam apenas aplasia, não relacionada a insuficiência venosa, dos quais apenas 1 membro apresentava varizes (2,56%). Pode-se concluir, portanto, que a aplasia segmentar da VSM, quando estudada isoladamente, ocorre mais em membros inferiores que não apresentam varizes, diferente do que ocorre quando da presença de insuficiência venosa, fator determinante para a presença de varizes na VSM.

Introdução

O conhecimento da anatomia das veias, das fâscias, dos compartimentos e o uso adequado da terminologia são muito importantes para diagnosticar e tratar corretamente a insuficiência venosa. (OĞUZKURT 2012)



Atualmente o eco-Doppler colorido é amplamente utilizado para investigar doenças venosas crônicas dos membros inferiores com uma compreensão muito melhor das imagens de veias superficiais e como estas se relacionam com a doença venosa. (CAVEZZI, 2006)

A veia safena magna (VSM) é a veia mais longa do corpo humano. Origina-se da veia marginal medial do pé, na região anterior ao maléolo medial com seu curso localizado na face medial da perna e joelho. Continua na face anteromedial da coxa até sua drenagem na veia femoral. Em todo seu trajeto localiza-se entre a fáscia muscular e superficialmente a fáscia safena, as quais formam o compartimento safeno e qualquer veia fora da fáscia safena é considerada acessória ou tributária da veia safena. (CAGGIATI 1999, 2004, CHEN, 2009, OĞUZKURT, 2012, 2013)

O diâmetro da veia safena magna normal no compartimento aumenta progressivamente da perna até junção safenofemoral devido a confluência de veias tributárias (OĞUZKURT 2013, CAGGIATI 2004). Entretanto, pode existir um segmento com diminuição no diâmetro, e a veia será considerada como hipoplásica, ou não ser identificada no compartimento e denominada aplasia da veia. Assim poderá existir uma veia tributária ou acessória localizada superficialmente ao compartimento que fará a conexão e a drenagem. (OĞUZKURT 2013)

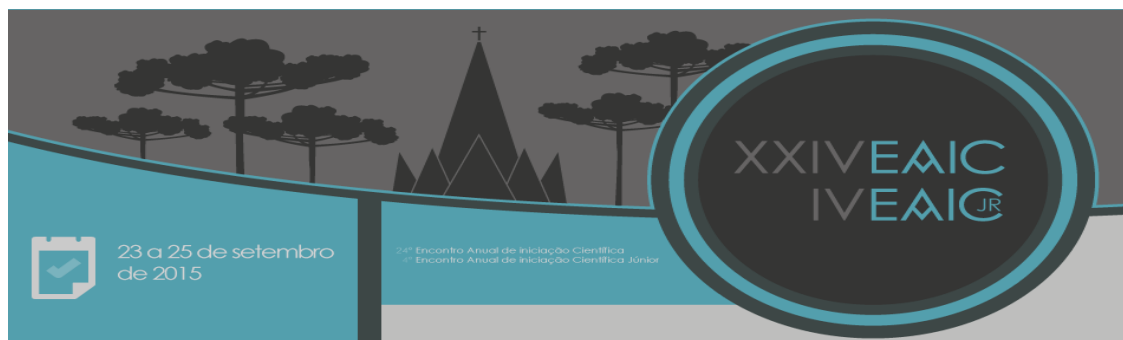
Materiais e Métodos

Estudo retrospectivo realizado por um período de 1 ano constando de uma amostra sequencial de 200 pacientes examinados no laboratório Med Imagem - Maringá. Realizada coleta de dados de fichas de pacientes, com queixas compatíveis com insuficiência venosa de membros inferiores e foram excluídos os pacientes com operação prévia de varizes, história de trombose venosa profunda e gestantes, considerando-se apenas aqueles com classificação clínica CEAP 1 a 4. Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Universidade Estadual de Maringá.

O ecoDoppler colorido foi realizado de acordo com a literatura, por especialista em cirurgia vascular, com pacientes em posição ortostática para análise do sistema venoso superficial, em especial a VSM de todos os membros considerados, utilizando-se transdutores linear de 5 a 7 MHz e convexo de 2 a 3 MHz para os obesos.

Após a realização deste exame, através da avaliação clínica, a amostra foi distribuída em dois grupos de acordo com a presença ou não de varizes, e então pôde-se estudar a incidência de aplasia e/ou insuficiência venosa.

Os dados coletados foram armazenados no programa Microsoft® Excel®. Na análise e interpretação dos resultados foi utilizado o Programa o Statistical Analysis System (SAS) para investigar possíveis associações entre algumas variáveis de interesse e a variável desfecho: varizes (grupo com varizes e sem varizes), utilizaram-se as estatísticas Qui-quadrado ou



Exato de Fisher para associação e homogeneidade. Em caso significativo, adicionalmente foi realizada uma análise de resíduos em tabelas. Em todas as análises foi estabelecido o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Resultados e Discussão

Foram examinados 387 membros inferiores de 200 pacientes com idades entre 17 e 85 anos, sendo 178 (89%) pacientes do sexo feminino, e 22 (11%) do sexo masculino.

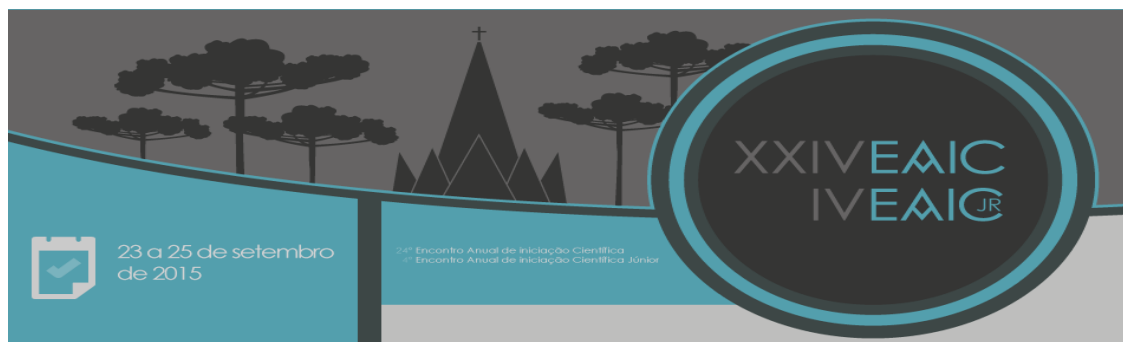
A distribuição dos membros foi feita a partir de dois grupos, sendo o Grupo A os membros inferiores com varizes e o Grupo B os sem varizes. A partir dessa classificação, os membros foram separados em colunas diferentes em relação à presença de insuficiência e/ou aplasia da VSM nos grupos em estudo, não sendo levado em conta o número de membros nos quais a VSM estava presente no compartimento e sem sinais de refluxo (Tabela 1).

Tabela 1 – Número de membros com VSM insuficiente e/ou com aplasia nos grupos A (com varizes) e B (sem varizes).

	Insuficiência	Aplasia	Insuficiência e Aplasia	Sem Insuficiência e Sem Aplasia
Grupo A (com varizes)	48 (78,69%)	1 (2,56%)	7 (63,64%)	61 (22,10%)
Grupo B (sem varizes)	13 (21,31%)	38 (97,44%)	4 (36,36%)	215 (77,90%)

Por meio do teste de Qui-quadrado de Pearson verificou-se forte associação entre alterações em VSM (aplasia e/ou insuficiência) e Varizes ($p < 0,0001$) e conseqüentemente, observou-se uma $OR = 3,6$ (2,27;5,66), indicando que pacientes com algum tipo de aplasia e/ou insuficiência em VSM têm aproximadamente 4 vezes mais chances de desenvolverem varizes quando comparados aos que não apresentam insuficiência e/ou aplasia.

Os resultados obtidos neste trabalho mostram que se considerados apenas os membros com aplasia, sem relação com a insuficiência venosa, teremos uma maior proporção no Grupo B, sem varizes, sendo apenas 1 (2,56%) membro inferior no Grupo A (com varizes) e 38 (97,44%) membros no Grupo B (sem varizes). No entanto, esses valores se mostram opostos quando comparamos os grupos com associação de insuficiência e aplasia, onde a porcentagem de membros é maior no grupo A (com varizes), sendo 7 (63,64%) membros inferiores no Grupo A e 4 (36,36%) no Grupo B.



Por meio do teste Qui-quadrado de homogeneidade, verificou-se que há evidências que os grupos diferem ($p < 0,0001$) para insuficiência, aplasia e insuficiência associada à aplasia. Nos grupos de acordo com o tipo de aplasia, o resultado do teste aponta pela não rejeição da homogeneidade entre os grupos, as freqüências de “sim” e “não” são as mesmas em cada tipo de aplasia.

Conclusões

A aplasia segmentar da VSM ocorre mais em membros inferiores que não apresentam varizes e/ou insuficiência da mesma. Considerando-se a presença da associação de aplasia e insuficiência, houve maior incidência no grupo de membros que apresentavam varizes. Dessa forma, pode-se relacionar a presença de insuficiência venosa com o surgimento de varizes, mas não a presença de aplasia da VSM e varizes.

Agradecimentos

A comissão organizadora do EAIC 2015, a Universidade Estadual de Maringá e a minha orientadora Amélia Cristina Seidel, pelo suporte, correções e incentivos. Aos meus pais, namorada e amigos, pelo amor, incentivo e apoio, e a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da conclusão deste trabalho, o meu muito obrigado.

Referências

- OĞUZKURT, L. Ultrasonographic anatomy of the lower extremity superficial veins. **Diagnostic Interventional Radiology**, v.18, p.423-30, 2012.
- CAVEZZI, A., LABROPOULOS, N., PARTSCH, H., et al. Duplex Ultrasound Investigation of the Veins in Chronic Venous Disease of the Lower Limbs—UIP Consensus. Document. Part II. Anatomy **European Journal of Vascular & Endovascular Surgery**, v.31, p.288-99, 2006.
- CAGGIATI, A. Fascial relationships of the long saphenous vein. **Circulation**, v.100, p.2547-9, 1999.
- CAGGIATI, A., MENDOZA, E. Segmental hypoplasia of the great saphenous vein and varicose disease. **European Journal of Vascular & Endovascular Surgery**, v.28, p.257–61, 2004.
- CHEN, S.S.H, PRASAD, S.K. Long saphenous vein and its anatomical variations. **Australasian Journal of Ultrasound in Medicine**, v.12, n.1, p.28–31, 2009.
- OĞUZKURT, L. Ultrasonography study on the segmental aplasia of the great saphenous vein. **Phlebology**. 05/2013; DOI:10.1177/0268355513484016.