

# Doença venosa crônica em mulheres

## Chronic venous disease in women

Alcides José Araújo Ribeiro<sup>1</sup>  
 Alice de Oliveira Ribeiro<sup>2\*</sup>  
 Filipe Kleinman Fiorelli<sup>6\*</sup>  
 Gabriel Amim Fiorelli<sup>4\*</sup>  
 Henrique Amim Fiorelli<sup>4\*</sup>  
 Bernardo Cunha Senra Barros<sup>3,9</sup>  
 Rossano Kepler Alvim Fiorelli<sup>3,4,5,6,9</sup>  
 Stênio Karlos Alvim Fiorelli<sup>3,4,5,9</sup>  
 André Luiz Malavasi Longo de Oliveira<sup>7</sup>  
 Juliana de Miranda Vieira<sup>8</sup>  
 Marcos Arêas Marques<sup>3,8,9</sup>

<sup>1</sup> Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, DF

<sup>2</sup> Centro Universitário UNIEURO, Brasília, DF

<sup>3</sup> Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, RJ

<sup>4</sup> Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ

<sup>5</sup> Universidade Estácio de Sá (IDOMED), Rio de Janeiro, RJ

<sup>6</sup> Faculdade de Medicina Suprema, Três Rios, RJ

<sup>7</sup> Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP

<sup>8</sup> Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ

<sup>9</sup> Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, EBSERH/UNIRIO, Rio de Janeiro, RJ

\*Acadêmicos de Medicina

### Correspondência

**Marcos Arêas Marques**  
 Departamento de Cirurgia,  
 Hospital Universitário Gaffrée e Guinle /UNIRIO  
 Rua Mariz e Barros, 775 - Maracanã  
 Rio de Janeiro - RJ CEP: 20270-901  
 E-mail: mareasmarques@gmail.com

### RESUMO

A doença venosa crônica de membros inferiores é uma patologia de alta prevalência na população mundial. Apesar de ter baixa mortalidade, possui alta morbidade e impacto socioeconômico importante nos sistemas de saúde público e privado. Em relação ao sexo feminino observamos algumas situações específicas, como o aumento de sua incidência na gestação e a ocorrência de síndrome da congestão pélvica.

**Palavras-chave:** Varizes; insuficiência venosa; mulheres; gestantes; dor pélvica; membros inferiores

### ABSTRACT

Chronic venous disease of the lower limbs is a highly prevalent pathology in the world population. Despite having low mortality, it has high morbidity and an important socioeconomic impact on public and private health systems. In relation to females, we observed some specific situations such as the increased incidence during pregnancy and the occurrence of pelvic congestion syndrome.

**Keywords:** Varicose veins; venous insufficiency; women; pregnant women; pelvic pain; lower limbs

### INTRODUÇÃO

A doença venosa crônica (DVC) é uma patologia de alto impacto socioeconômico, devido a sua elevada incidência e prevalência, podendo acometer até 85% da população ocidental e consumir de 2% a 3% do orçamento anual da saúde, especialmente nos seus estágios mais avançados.<sup>(1)</sup> A DVC envolve um amplo espectro de anormalidades venosas, nas quais o retorno do sangue fica comprometido, com fatores genéticos e ambientais podendo contribuir para o seu desenvolvimento. Além de sua origem multifatorial, reconhece-se hoje que sua fisiopatologia tem relação com a inflamação, possivelmente desencadeada pela incompetência valvar e, por consequência, uma hipertensão venosa sustentada.<sup>(2)</sup>

Varizes é o termo utilizado para definir veias que se tornam dilatadas, alongadas e tortuosas, com perda da função valvar e alterações da parede associadas à hipertensão venosa crônica, e

é a manifestação mais comum da DVC de membros inferiores (MMII).<sup>(3,4)</sup>

## CLASSIFICAÇÃO

Na tentativa de padronizar a terminologia referente à história natural da DVC, algumas classificações foram propostas e sofreram atualizações ao longo dos anos, porém nenhuma delas pode ser considerada ideal. O desenvolvimento de um sistema padronizado de classificação clínica é fundamental tanto para a compreensão da história natural da doença, quanto para a comparação de métodos de diagnóstico e tratamento.<sup>(5)</sup>

A classificação CEAP (acrônimo, do inglês, *Clinical – Etiological – Anatomical – Pathophysiological*) é, atualmente, a mais utilizada no mundo e visa facilitar e uniformizar descrições em publicações científicas sobre a DVC (Quadro 1).<sup>(5)</sup> Esse sistema é baseado em manifestações clínicas (C), fatores etiológicos (E), distribuição anatômica (A) e fisiopatologia subjacente (P).

## UNIFORMIZAÇÃO DOS TERMOS

Em 2009, o Fórum Venoso Americano propôs uma atualização dos termos referentes à DVC em um documento<sup>(1)</sup> consensual:

- **Desordem venosa crônica:** inclui todo o espectro funcional e morfológico das anormalidades do sistema venoso.
- **Doença venosa crônica:** qualquer anormalidade morfológica e funcional do sistema venoso, de longa duração, que se manifesta com sinais e/ou sintomas

e necessitam de investigação e/ou tratamento.

- **Insuficiência venosa crônica:** termo reservado à DVC avançada, associada ao edema, alterações cutâneas ou ulceração.
- **Síndrome pós-trombótica:** DVC secundária à trombose venosa profunda (TVP).
- **Síndrome da congestão pélvica:** sintomas crônicos que incluem dor pélvica, sensação de peso na região perineal, urgência urinária e/ou dispareunia, causadas pelo refluxo e/ou obstrução de veias ovarianas e/ou pélvicas, associadas às varizes vulvares, perineais e/ou de MMII.

### Quadro 1

Classificação clínica da CEAP. Adaptado de Lurie F, et al. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2020;8(3):342-352.

|     |   |
|-----|---|
| C0  | Sem varizes visíveis ou palpáveis                                 |
| C1  | Telangiectasias ou veias reticulares                              |
| C2  | Veias varicosas   |
| C2r | Veias varicosas recorrentes                                       |
| C3  | Edema   |
| C4  | Alterações cutâneas e tecido celular subcutâneo secundárias a DVC |
| C4a | Pigmentação ou eczema   |
| C4b | Lipodermatoesclerose ou atrofia branca                            |
| C4c | Corona phlebectatica  |
| C5  | Úlcera venosa cicatrizada   |
| C6  | Úlcera venosa ativa   |
| C6r | Úlcera venosa recorrente  |

## EPIDEMIOLOGIA

As estimativas quanto à prevalência de varizes de MMII variam amplamente, de 2% a 56% em homens e de 1% a 73% em mulheres.<sup>(6)</sup> O Estudo de Framingham, publicado em 1988, avaliando a epidemiologia da doença varicosa em 3.822 adultos, mostrou resultados que indicavam que a incidência de veias varicosas era maior entre as mulheres do que entre os homens, independente da faixa etária.<sup>(7)</sup> Essa diferença pode chegar até a proporção de 3:1 (mulheres:homens).<sup>(8)</sup>

O Edinburgh Vein Study<sup>(9)</sup> avaliou 1.566 pessoas com idade entre 18 e 64 anos, das quais 124 apresentaram queixas compatíveis com DVC e com prevalência de 9,4% nas mulheres e 6,6% nos homens.

A epidemiologia da DVC também foi relatada em uma coorte internacional com 91.545 pacientes adultos, do programa Vein Consult, em diferentes regiões geográficas, incluindo Europa, América Latina, Oriente Médio e Extremo Oriente. A prevalência encontrada foi de 83,6%: 63,9% (C1 a C6) e 19,7% (C0s). Os pacientes classificados como C0 foram mais frequentemente do sexo masculino, independentemente da idade e da localização geográfica. Já os classificados entre C1 a C3 foram mais frequentes do sexo feminino, independente do país, porém a prevalência de estágios mais avançados (C4 a C6) não diferia entre os sexos.<sup>(10)</sup>

## ETIOLOGIA

Os fatores de risco mais associados às varizes de MMII são: idade avançada, gravidez, obesidade (IMC >30kg/m<sup>2</sup>) e história familiar.<sup>(11)</sup> Porém estas varizes também podem estar associadas a fatores ambientais e comportamentais, como ortostatismo ou permanência na posição sentada, por longos períodos.<sup>(12)</sup>

Cerca de 80% dos pacientes têm um componente genético na sua gênese, podendo, inclusive, ser considerado um distúrbio de caráter familiar. Em um estudo com 134 famílias, Cornu-Thenard et al. relataram que o risco de desenvolver varizes era de 89% se o pai e a mãe fossem portadores da doença; de 47% se apenas um dos dois fosse portador e de 20% se nenhum dos dois a apresentasse.<sup>(13)</sup>

### Varizes e gestação

Existe uma relação estreita entre varizes de MMII e gestação (Figura 1).<sup>(14)</sup> A gravidez pode provocar o aparecimento da doença, ou mesmo piorar o quadro preexistente, e a cada ciclo gestacional o problema pode se acentuar. Aproximadamente 20% das mulheres desenvolvem veias varicosas ao longo da gestação e estas podem apresentar um padrão de anatômico anárquico.<sup>(15)</sup>

Além da genética, existem fatores hormonais e mecânicos relacionados à gênese das varizes na gestação. Os níveis

aumentados de estrógenos nos primeiros 4 meses de gestação, com pico na 32ª semana, levam a um aumento de 40% a 50% do volume plasmático total, ao passo que o aumento do nível sérico da progesterona, que tem ação miorelaxante na parede venosa, provoca hipotonia das veias, induzindo a estase venosa.<sup>(14)</sup>

Além disto, pode ocorrer a intensificação da compressão da veia ilíaca comum esquerda pela artéria ilíaca comum direita contra a 5ª vértebra lombar pelo útero gravídico (síndrome de Cockett ou

May-Thurner) ou mesmo a compressão da veia cava quando a gestante assume a posição de decúbito lateral direito.<sup>(14-16)</sup>

## SINAIS E SINTOMAS

O sintoma mais comum de varizes de MMII é a dor ou a sensação de queimação ou peso nas pernas e plantas dos pés, podendo ocorrer também prurido, sensação de cansaço, fadiga, pernas inquietas e câimbras. No entanto, nenhum desses sintomas é considerado patognomônico da DVC.<sup>(17)</sup>



**Figura 1**

Varizes em paciente gestante

O sinal mais comum e precoce é a formação de edema perimaleolar, que inicialmente aparece ao fim do dia e regride com o repouso, porém nos estágios mais avançados pode não regredir completamente com o repouso.<sup>(16,17)</sup> Com a progressão da doença, podem surgir hiperchromias acastanhadas em face medial do terço inferior de perna, associadas à inflamação e à fibrose cutânea (lipodermatoesclerose [Figura 2]), que podem evoluir, com ulceração da região maleolar medial. Outras complicações que podem ocorrer são a varicorragia, trombose venosa superficial e profunda.<sup>(16-18)</sup>

O desconforto ou incômodo estético é muito comum, sendo muitas vezes a principal causa de procura por tratamento, mesmo no paciente assintomático.<sup>(16)</sup>

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é feito na maioria das vezes mediante anamnese e exame físico.

O eco Doppler colorido (EDC) venoso superficial e profundo de MMII é o exame complementar de escolha em pacientes com DVC e é o padrão de referência na avaliação da morfologia e hemodinâmica.<sup>(19)</sup> Além disso o EDC auxilia na definição da etiologia das varizes, se são primárias ou secundárias, relacionadas a alguma outra doença, como por exemplo TVP, varizes pélvicas ou síndrome de May-Thurner.

A pletismografia a ar ou a fotopleetismografia podem ser solicitadas em casos selecionados, para avaliar a função das

bombas impulso-aspirativas dos MMII e a eficácia do tratamento realizado.

## TRATAMENTO CLÍNICO

O tratamento clínico consiste em estimular a mudança de hábitos de vida, evitando a postura estática durante o trabalho, incentivando a perda de peso e a prática regular de exercícios físicos.

O uso diário de meias elásticas de compressão graduada (MECG) e de medicamentos venotônicos, como cumarina, troxerutina, diosmina/hesperidina, picnogenol, *melilotus officinalis* e castanha da índia, pode amenizar os sinais e sintomas da DVC.



**Figura 2**

Varizes, lipodermatoesclerose e úlcera cicatrizada em perna direita.

## TRATAMENTO INTERVENCIONISTA

### Escleroterapia

A escleroterapia baseia-se na introdução de uma medicação (glicose e/ou polidocanol) na luz de um vaso, com o intuito de provocar uma lesão endotelial e, portanto, a sua oclusão. É o tratamento mais utilizado para as telangiectasias (Figura 3),<sup>(20)</sup> e pode ser realizado com o esclerosante na forma líquida ou sob a forma de espuma (ao ser misturada ao ar ambiente). A técnica de espuma densa normalmente é usada em varizes mais calibrosas ou em telangiectasias refratárias à escleroterapia líquida.<sup>(20)</sup>



**Figura 3**  
Telangiectasias ou aranhas vasculares (microvarizes).

### Espuma densa ecoguiada (EDE)

A EDE é um método utilizado no tratamento de varizes com maior calibre e das veias safenas insuficientes. Esta técnica utiliza o EDC para guiar a punção venosa e injetar a espuma de polidocanol sob visão direta.<sup>(21)</sup>

### Laser Transdérmico (LT)

O LT consiste no disparo do *laser* através da pele promovendo a destruição da varicosidade pela dissipação de calor intenso, localizado e seletivo (fototermólise). Pode ser utilizado nas telangiectasias, varizes reticulares e veias nutriciais.<sup>(22)</sup>

### Miniflebectomia com anestesia local

A miniflebectomia com anestesia local é indicada para os casos de varizes de menor calibre, podendo ser feita em ambiente hospitalar ou ambulatorial. Nesta técnica, as varizes são retiradas com agulhas de crochê através de pequenas incisões cutâneas.<sup>(23)</sup>

### Flebectomia

A cirurgia convencional é um procedimento realizado em centro cirúrgico e reservado para pacientes portadores de varizes de maior calibre. O tempo de repouso é mais prolongado, se estendendo por 7 a 30 dias. Neste procedimento poderão ser retiradas as safenas, colaterais, perfurantes, reticulares, se estiverem insuficientes, dependendo do caso de cada paciente.<sup>(23)</sup>

## Termoablação

Esta técnica consiste na inserção de uma fibra que provoca uma lesão térmica por aquecimento, através do *laser* ou radiofrequência, da parede da veia varicosa, provocando o seu fechamento. A grande vantagem desta técnica é observada no período pós-operatório, pois ocorre menos edema, equimoses e hematomas, permitindo o retorno às atividades usuais mais precocemente.<sup>(24)</sup>

Existem ainda outras novas técnicas já disponíveis no Brasil, como os cateteres vibratórios com injeção de esclerosantes (Clarivein<sup>®</sup>), os cateteres que causam lesão mecânica na veia através de seu componente metálico, associado a agentes esclerosantes (Flebogrif<sup>®</sup>), as espumas industrializadas (Varithena<sup>®</sup>) e aparelhos capazes de produzir uma espuma densa mais estável (Varixio<sup>®</sup>).<sup>(21-24)</sup>

## Varizes pélvicas (VP) e síndrome da congestão pélvica (SCP)

O retorno do sangue da região pélvica acontece através das veias ilíacas internas e veias ovarianas. A veia ovariana esquerda drena para veia renal esquerda, enquanto a veia ovariana direita drena para veia cava inferior na maioria das vezes. O fluxo invertido em alguma dessas veias pode provocar VP e a SCP. Essas varizes podem ser encontradas em até 15% das mulheres entre 20 e 50 anos (Figura 4).<sup>(25)</sup>



**Figura 4**  
Varizes vulvares em paciente idosa.

As VP podem ter etiologia hormonal, provocadas pelo estradiol e progesterona, os quais causam uma dilatação das veias ovarianas e uterinas, especialmente na gestação, ou etiologia mecânica, como na síndrome de May-Thurner, trombose de veias ilíacas ou cava, compressão da veia renal esquerda pela artéria mesentérica superior (síndrome de quebra-nozes) e tumores pélvicos.<sup>(25)</sup>

Quando a paciente apresenta sintomas como dor pélvica ou sensação de peso na pelve, principalmente ao final do dia, após longos períodos em ortostatismo ou sentado e que melhora com repouso, dispareunia, dismenorreia, estrangúria e constipação, passa a ser caracterizada a SCP.<sup>(15,25)</sup>

O refluxo das VP pode ser drenado para veias dos MMII, causando varizes principalmente na região glútea, face interna do terço proximal da coxa e região vulvar (Figura 4).<sup>(21)</sup> Estima-se que a recidiva de varizes de MMII por presença de VP concomitante chegue a 17%.<sup>(25)</sup>

O diagnóstico de VP é realizado através da ultrassonografia transvaginal. Para complementação diagnóstica e planejamento do tratamento pode ser necessária a realização de flebografia, tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética. É importante salientar que a presença de veias dilatadas na pelve observada em exames complementares nem sempre tem significado clínico e, portanto, deve-se sempre associar esse achado com a anamnese para a correta condução do caso.<sup>(15)</sup>

## TRATAMENTO DA VP E DA SCP

O tratamento clínico pode ser feito com acetato de progesterona ou implante de etonogestrel, ambos contraindicados na gestante.<sup>(15)</sup>

O tratamento cirúrgico clássico consiste na ligadura da veia ovariana ou da veia ilíaca interna por videolaparoscopia. Em casos que esse tratamento não é resolutivo, pode ser necessária, eventualmente, a histerectomia e a ooforectomia.<sup>(15,25)</sup>

O tratamento cirúrgico endovascular consiste no implante de pequenas molas para causar obstrução da veia ovariana e/ou da veia ilíaca interna. Também pode ser realizada escleroterapia com EDE de polidocanol. Outros agentes também podem ser utilizados para ocluir a veia, como gelfoam, sulfato de tetradecil e cianocrilato, dentre outros.<sup>(15,25)</sup>

---

## REFERÊNCIAS

1. Eklöf B et al. Updated terminology of chronic venous disorders: the VEIN-TERM transatlantic interdisciplinary consensus document. *J Vasc Surg.* 2009;49(2):498-501.
2. Castro-Ferreira R, Cardoso R, Leite-Moreira A, Mansilha A. The role of endothelial dysfunction and inflammation in chronic venous disease. *Ann Vasc Surg.* 2018; 46:380-393.
3. Ortega MA, Fraile-Martínez O, García-Montero C, Álvarez-Mon MA, Chaowen C, Ruiz-Grande F, et al. Understanding chronic venous disease: A critical overview of its pathophysiology and medical management. *J Clin Med.* 2021;10(15):3239.
4. Bergan JJ. A unifying concept of primary venous insufficiency. *Dermatol Surg.* 1998;24(4):425-8.
5. Lurie F, Passman M, Meisner M, Dalsing M, Masuda E, Welch H, et al. The 2020 update of the CEAP classification system and reporting standards. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2020;8(3):342-352.
6. Beebe-Dimmer JL, Pfeifer JR, Engle JS, Schottenfeld D. The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins. *Ann Epidemiol.* 2005;15(3):175-84.
7. Brand FN, Dannenberg AL, Abbott RD, Kannel WB. The epidemiology of varicose veins: the Framingham Study. *Am J Prev Med.* 1988;4(2):96-101.
8. Cassou MF, Gonçalves PCZ, Engelhorn CA. Probabilidade de refluxo nas veias safenas de mulheres com diferentes graus de insuficiência venosa crônica. *J Vasc Bras.* 2007;6(3):238-245.

9. Evans CJ, Fowkes FG, Ruckley CV, et al Prevalence of varicose veins and chronic venous insufficiency in men and women in the general population: Edinburgh Vein Study. *Journal of Epidemiology & Community Health* 1999; 53:149-153.
10. Rabe E, Guex JJ, Puskas A, Scuderi A, Fernandez Quesada F. Epidemiology of chronic venous disorders in geographically diverse populations: results from the Vein Consult Program. *Int Angiol.* 2012;31(2):105-15.
11. Wittens C et al. Management of chronic venous disease: clinical practice guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2015;49(6):678-737.
12. Eberhardt RT, Raffetto JD. Chronic venous insufficiency. *Circulation.* 2005;111(18):2398-409.
13. Cornu-Thenard A, Boivin P, Baud JM, De Vincenzi I, Carpentier PH. Importance of the familial factor in varicose disease. Clinical study of 134 families. *J Dermatol Surg Oncol.* 1994;20(5):318-26.
14. Oliveira ALML, Marques MA. Profilaxia de tromboembolismo venoso na gestação. *J Vasc Bras.* 2016;15(4):293-301.
15. Rodríguez-Nora B, Álvarez-Silvares E. Actualización del tratamiento de la insuficiencia venosa en la gestación. *Semergen.* 2018;44(4):262-269.
16. Perrin M, Eklof B, VAN Rij A, Labropoulos N, Vasquez M, Nicolaides A, et al. Venous symptoms: the SYM vein consensus statement developed under the auspices of the European Venous Forum. *Int Angiol.* 2016;35(4):374-98.
17. Wrona M, Jöckel KH, Pannier F, Bock E, Hoffmann B, Rabe E. Association of venous disorders with leg symptoms: results from the Bonn vein study. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2015;50(3):360-7.
18. Maffei FHA. Contribuição para o conhecimento da epidemiologia das varizes e da insuficiência venosa crônica dos membros inferiores [tese]. Botucatu: UNESP; 1982.
19. Cavezzi A, Labropoulos N, Partsch H, Ricci S, Caggiati A, Myers K, et al. Duplex ultrasound investigation of the veins in chronic venous disease of the lower limbs-UIP consensus document. Part II. Anatomy. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2006;31(3):288-99.
20. Barros BCS, Barros RLS. Tratamento de varizes com espuma densa. In: Merlo I, Oliveira JCP, Kikuchi R. *Flebologia estética na prática clínica.* 1ª ed. Rio de Janeiro: Di Livros; 2020. 255-276.
21. Oliveira JCP, Merlo I, Kikuchi R, Fonseca e Fonseca JM, Chimelli BCAR, Barreto FTR, Peclat APRM, et al. Laser nas telangiectasias associados ou não a escleroterapia. In: Merlo I, Oliveira JCP, Kikuchi R. *Flebologia estética na prática clínica.* 1ª ed. Rio de Janeiro: Di Livros; 2020. 299-312.
22. Angnes RF. Operando varizes fora do hospital. In: Merlo I, Oliveira JCP, Kikuchi R. *Flebologia estética na prática clínica.* 1ª ed. Rio de Janeiro: Di Livros; 2020. 373-382.
23. Viarengo LMA, Viarengo G, Mancini MW. Laser na cirurgia de varizes. In: Merlo I, Oliveira JCP, Kikuchi R. *Flebologia estética na prática clínica.* 1ª ed. Rio de Janeiro: Di Livros; 2020. 327-372.
24. Goldman MP, Gueux JJ, Bolton J. Mecanismo de ação da escleroterapia. In: Goldman MP, Weiss RA, Partsch H, Perrin MR, Ramelet AA, Ricci S, et al. *Tratamento de varizes e telangiectasias dos membros inferiores.* 6.ed. Rio de Janeiro: Di Livros; 2018.185-212.
25. Cypreste Oliveira FA et al. Tratamento da congestão pélvica associada a varizes dos membros inferiores: relato de uma pequena série de casos. *J Vasc Bras.* 2012; 11 (1):62-66.