

## OS EFEITOS DA GESTAÇÃO NA INSUFICIÊNCIA VENOSA

### Introdução

As varizes são caracterizadas por tortuosidades, alongamentos e aumento do diâmetro das veias dos membros inferiores. Apresentam uma prevalência aproximada de 37,9% na população geral, sendo encontradas em 30% dos homens e 45% das mulheres<sup>1</sup>.

Dentre os principais fatores predisponentes está o familiar, que é o mais destacado. Entre os desencadeantes do aparecimento e progressão das varizes de membros inferiores estão a obesidade, obstipação intestinal, calor ambiente, ortostatismo, sexo feminino, menarca, menstruação, maternidade, menopausa, hormonioterapia e a gestação<sup>1</sup>.

A gestação atua como desencadeante e agravante das varizes dos membros inferiores. A incidência de varizes neste período é de 24% nas primíparas e de 50 a 76% nas multíparas. Barros Jr<sup>2</sup>, da Universidade Federal de São Paulo, estudou 352 gestantes e verificou a prevalência de doença varicosa em 72,7% dos casos, assim distribuídos: varizes tronculares (20,5%), varizes reticulares e telangiectasias (19,3%), só varizes reticulares (10,2%) e só telangiectasias (22,7%). Noventa seis gestantes (27,3%) não tiveram qualquer tipo de doença varicosa e só 4% apresentaram varizes vulvares, nestes casos sempre associadas a varizes tronculares nos membros inferiores. Ainda não está claro se a gestação acelera o desenvolvimento de varizes em pacientes com predisposição a desenvolvê-las ou se é um fator de risco independente.

A etiopatogenia das varizes durante o ciclo gravídico tem vários fatores, tais como o hormonal, mecânico, predisposição hereditária, modificações fisiológicas da circulação pélvica e o aumento da volemia.

O fator hormonal é o mais relevante no surgimento das varizes durante a gestação, uma vez que 2/3 delas aparecem já no primeiro trimestre da gravidez. A progesterona determina a hipotonia das fibras musculares lisas da parede das veias e os estrógenos determinam maior aporte de sangue para o útero e para a pélvis, aumentando o fluxo das veias ilíacas, o que dificulta o retorno do sangue dos membros inferiores<sup>3</sup>.

O conceito da compressão mecânica atribuído ao crescimento do útero no último trimestre da gravidez com obstrução parcial da veia cava inferior e veias ilíacas provocando varizes têm sido abandonado, por várias razões, tais como: dilatações venosas que ocorrem nas primeiras semanas da gestação ainda que o

### Especialista



#### Dr. Marcondes Figueiredo

Pós-Graduado pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

Doutor pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Especialista em Angiologia e Cirurgia Vasculiar – SBACV

útero não esteja dilatado; ocorrência de casos em que tumores uterinos causam dilatação semelhante a da gestação e, apesar disso, não provocam varizes; ocorrência de casos de mortes fetais em que se detecta a regressão de veias varicosas antes ainda da retração uterina; em gravidez gemelar, a extensão da ocorrência de varizes é bem menor do que a esperada. Eventualmente pode ser atribuído ao volume do útero o surgimento das varizes vulvares no terceiro trimestre da gestação. Há um aumento do fluxo sanguíneo uterino durante a gestação, causando ingurgitamento das veias ilíacas, dificultando a capacidade de drenagem das veias dos membros inferiores<sup>2</sup>.

O aumento da volemia inicia-se na 12ª semana de gestação, aumentando gradualmente e atingindo um aumento de 50% do volume na 34-36 semana de gestação. Esse fator contribui para aumentar o leito vascular, dilatando assim as veias, principalmente dos membros inferiores<sup>2,3</sup>.

### Quadro Clínico

O quadro clínico da paciente gestante portadora de varizes é caracterizado pela presença de microvarizes (telangiectasias), veias reticulares e varizes tronculares em graus variáveis, e esse quadro na maioria das vezes pode regredir a partir da sexta semana pós-parto.

Os sintomas variam de caso a caso dependendo da gravidade da doença venosa. O sintoma mais importante é a dor, causada pela distensão venosa com conseqüente irritação dos plexos nervosos situados na parede destes vasos. Sua intensidade depende de vários fatores que são descritos como peso e cansaço, que pioram com o ortostatismo e eventualmente podem apresentar também ardor e prurido nas extremidades<sup>4</sup>.

As varizes vulvares emergem da veia pudenda interna e veias obturadoras, que são tributárias das veias ilíacas internas, provocando refluxo para as veias da vulva e face

interna da coxa devido ao volume das varicosidades. Entretanto, apesar de seu tamanho, estas veias quase nunca ocasionam complicações graves como hemorragia ou trombose. Logo após o parto, com a redução do útero, as varizes vulvares diminuem ou desaparecem completamente<sup>5</sup>.

O edema acomete 50% das gestantes, mas nem sempre está relacionado às varizes. Costuma surgir nos últimos meses da gravidez e é mais acentuado no período vespertino, melhorando pela manhã ou com o repouso<sup>5</sup>.

Uma complicação relativamente comum na grávida com varizes é a flebite superficial, que é um quadro benigno cujos sintomas são dor, calor, rubor e endurecimento no trajeto da veia varicosa. Geralmente tem boa evolução e é tratada apenas com analgésico e pomada heparinóide tópica com calor úmido local<sup>3</sup>.

## TRATAMENTO

### Medidas Gerais

A fim de se prevenir a ocorrência da patologia, deve-se evitar ganho de peso excessivo com uma dieta balanceada; praticar uma atividade física de preferência na água, hidroginástica ou apenas caminhar dentro de uma piscina 2 a 3 vezes na semana; praticar exercícios de alongamento e flexibilidade, o que melhora a respiração e a postura; fazer a drenagem linfovenosa nos membros inferiores 2 a 3 vezes na semana, com mobilização das articulações, para auxiliar na flebodinâmica<sup>3</sup>.

Na presença de edema vespertino acentuado, recomenda-se o repouso intercalado: para cada 2 horas passadas em pé, deitar ou elevar as pernas e pés, estando sentado, por 1 hora. As drogas flebotrópicas também auxiliam na melhora dos sintomas provocados pela insuficiência venosa.

### Meia Elástica

Em estudo randomizado<sup>6</sup> com pacientes gestantes foram utilizados dois tipos de meias elásticas com compressão de 20 e 30 mmHg e em outro grupo de gestantes não foi utilizada a meia. Ficou demonstrado que a meia elástica foi ineficaz para prevenir o aparecimento das varizes (telangectasias e veias reticulares) durante a gestação, mas o seu uso melhorou a dor e o edema quando comparado com as pacientes que não usaram a meia. O uso da meia elástica na gestação representa um grau de evidência científica 1B.

### Orientações para a prescrição das meias:

A meia elástica deve ser prescrita sob orientação de receituário médico, observando o modelo:  $\frac{3}{4}$ , 7/8 ou calça; a compressão em milímetros de mercúrio (mmHg); o tamanho, à partir de medidas matinais, de acordo com o diâmetro do tornozelo, panturrilha e coxa<sup>7</sup>.

Para os quadros iniciais, uma compressão de 15 mmHg é o suficiente e uma meia  $\frac{3}{4}$  ou 7/8 pode ser usada. Naqueles casos de edema vespertino mais acentuado uma compressão de 20-30 mmHg. Para edema severos recomenda-se o uso da meia acima de 30-40 mmHg de compressão. O uso de meia calça seria mais indicado para o terceiro trimestre da gestação e/ou na presença de varizes em coxa alta. Para melhor adaptação da meia elástica, o paciente deve vestir a meia pela manhã, nos primeiros 30 minutos após se levantar. Inicialmente deve-se ter um período de adaptação, permanecendo com a meia durante a primeira semana até as 13 horas, na segunda semana até as 15 horas e a partir da terceira semana até o final da tarde. Não se deve dormir com a meia elástica.

A compressoterapia é sempre possível e em muitos casos, a única terapia. Ela praticamente não tem contra-indicações ou efeitos secundários. Dispender tempo para explicar ao paciente como e quando colocar a meia, é ganhar muito na eficácia terapêutica. Responder a todas as questões dos pacientes também leva a um grande êxito<sup>7</sup>.

### Referências

1. Maffei FHA. Varizes dos membros inferiores: epidemiologia, etiopatogenia e fisiopatologia. In: Maffei FHA, Lastória S, Yoshida WB, Rollo HA. Doenças vasculares periféricas. Rio de Janeiro: Medsi; 1995. p. 939-949.
2. De Barros N Jr. Varicose veins in pregnancy: epidemiology, etiology, and risk factors. Phlebology. 2000; 28: 4-10.
3. Sacilotto R, Cinelli Jr M. Varizes na Gestação. In: Puech-Leão P, Kauffman P. Interface da Angiologia e Cirurgia Vascul. São Paulo; Roca; 2002; p. 154-158.
4. A.A. Bamigboye, G.J. Hofmeyr. Interventions for leg edema and varicosities in pregnancy. What evidence? European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 129 (2006) 3-8.
5. C. Sparey, N. Haddad, G. Sissons, S. Rosser and L. de Cossart. The Effect of Pregnancy on the Lower-limb Venous System of Women with Varicose Veins. Eur J Vasc Endovasc Surg 18, 294-299 (1999).
6. Eva Thaler, Renate Huch, Albert Huch, Roland Zimmermann. Compression stockings prophylaxis of emergent varicose veins in pregnancy: a prospective randomised controlled study. Swiss Med Wkly 2001; 131: 659-662.
7. Figueiredo M, Filho A. D., Cabral A. L. S. Avaliação do efeito da meia elástica na hemodinâmica venosa dos membros inferiores de pacientes com insuficiência venosa crônica. J Vasc Br 2004; 3(3): 231-7.

### Expediente

Folha Kendall® é uma publicação da Hanesbrands Inc. destinada a profissionais da saúde. Os artigos e seus comentários são de exclusiva responsabilidade de seus autores.

Distribuição e reprodução proibidas.

Diagramação: Dynamix

### Apoio



Rg. MS - 1.0020.0112

**Contra-Indicações:** Natele® está contra-indicado nos raros casos de história de alergia comprovada a qualquer um dos componentes de sua formulação.

**AO PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.**

**KENDALL®**  
A MEIA MEDICINAL MAIS PRESCRITA NO BRASIL

**SAC 0800-167711**  
**sac@kendall.com.br**  
**www.kendall.com.br**