

BMJ Best Practice

Veias varicosas

Direto ao local de atendimento



Última atualização: Jul 06, 2023

Índice

Visão geral	3
Resumo	3
Definição	3
Teoria	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Classificação	5
Caso clínico	6
Diagnóstico	7
Abordagem	7
História e exame físico	9
Fatores de risco	10
Investigações	11
Diagnósticos diferenciais	12
Tratamento	13
Abordagem	13
Visão geral do algoritmo de tratamento	16
Algoritmo de tratamento	18
Novidades	26
Prevenção primária	26
Prevenção secundária	26
Discussões com os pacientes	26
Acompanhamento	27
Monitoramento	27
Complicações	28
Prognóstico	29
Diretrizes	30
Diretrizes diagnósticas	30
Diretrizes de tratamento	30
Tabelas de evidência	32
Referências	34
Imagens	40
Aviso legal	42

Resumo

As veias varicosas são muito comuns, afetando até 40% da população, mas nem todas são sintomáticas.

O quadro clínico inclui dor nos membros inferiores, fadiga, prurido e/ou sensação de peso, que geralmente pioram após períodos prolongados em posição ortostática, associados a veias tortuosas dilatadas.

As veias varicosas podem levar a um comprometimento significativo da qualidade de vida dos indivíduos afetados.

A insuficiência venosa subjacente pode ser documentada por ultrassonografia duplex.

As opções de tratamento para veias varicosas sintomáticas incluem ablação térmica endovenosa, escleroterapia com espuma e cirurgia por via aberta.

As meias de compressão devem ser usadas apenas por indivíduos que não possam passar por uma intervenção, que não tenham indicação e como tratamento de longo prazo para pacientes com doenças venosas crônicas ou ulceração cicatrizada.

Alterações venosas crônicas na pele, trombose venosa superficial, ulceração venosa e sangramento são complicações reconhecidas.

Definição

As veias varicosas são veias subcutâneas, permanentemente dilatadas, muitas vezes significativamente mais perceptíveis em pé; no entanto, eles podem não estar visíveis.^[1]

Epidemiologia

As estimativas de prevalência variam de acordo com população, critérios de seleção, definições da doença e técnicas de imagem. Em geral, as taxas de prevalência são maiores em países industrializados e nas regiões mais desenvolvidas.[4] A prevalência de veias varicosas visíveis em maiores de 15 anos de idade na população ocidental é de 10% a 15% nos homens e de 20% a 25% nas mulheres.[5] As taxas de prevalência nos EUA são de 15% (7% a 40%) nos homens e 27.7% (25% a 32%) nas mulheres.[6] As veias varicosas visíveis são mais prevalentes em populações hispânicas (26.3%) e menos prevalentes nas asiáticas (18.7%).[7]

A prevalência de veias varicosas aumenta com a idade. Em um estudo, pessoas na faixa dos 40 anos tiveram uma prevalência de 22%; na faixa dos 50 anos, prevalência de 35%; e, na faixa dos 60 anos, prevalência de 41%.[8]

Sugere-se ligação genética. O risco de desenvolvimento de veias varicosas se o pai e a mãe forem afetados é de 90%; se um dos pais for afetado, o risco é de 62% para as descendentes do sexo feminino e de 25% para os descendentes do sexo masculino; e, se nenhum dos pais for afetado, o risco é de 20%.[9]

Etiologia

Embora muitos fatores, como sexo, gestação, profissão, peso e raça, tenham sido implicados como fatores predisponentes de veias varicosas, somente um episódio anterior de trombose venosa profunda e ligações genéticas podem ser fatores causadores. A causa primária exata das veias varicosas permanece indefinida.[4] [6]

A insuficiência da valva venosa é a etiologia mais comum.[10] Como as veias trabalham contra a gravidade, suas valvas funcionam compartimentando o sangue, melhorando a equalização das pressões ao longo das veias e evitando o refluxo. O sangue se acumula quando as valvas não funcionam adequadamente, levando ao aumento da pressão e à distensão das veias.[11] No entanto, não está claro se as valvas falham devido à dilatação da veia ou se as veias dilatam devido à falha da valva.

Acredita-se que a progesterona causa dilatação venosa passiva e, assim, pode levar à disfunção valvar. O estrogênio produz alterações nas fibras de colágeno e relaxamento dos músculos lisos, o que, juntos, provocam a dilatação da veia.[4]

Fisiopatologia

O sistema venoso age como reservatório e canal de retorno de sangue para o coração e para os pulmões, para a oxigenação e recirculação. A pressão venosa capilar final é baixa (20 mmHg). As veias têm paredes finas e não contam com paredes musculares, como as artérias. Portanto, as veias necessitam de ajuda para o retorno do sangue. Isso é feito pelas valvas e pelo bombeamento muscular - quando a pessoa anda, as bombas musculares contraem e empurram o sangue contra a gravidade e, quando as bombas relaxam, a queda do sangue é impedida pelo sistema de valvas. Quando um desses fatores não funciona adequadamente, podem ocorrer hipertensão e insuficiência venosa, possivelmente ocasionando veias varicosas.

A parede de uma veia normal tem três camadas de músculo liso, que ajudam a manter seu tônus. As veias varicosas demonstram uma proliferação acentuada da matriz de colágeno, bem como diminuição da elastina, que causam distorção e ruptura das camadas de fibras musculares.[6]

Classificação

Classificação clínica, etiológica, anatômica e fisiopatológica (CEAP) das doenças venosas crônicas[2]

A classificação CEAP é um padrão reconhecido internacionalmente para descrever os pacientes com distúrbios venosos crônicos, originalmente desenvolvido em 1993 e atualizado em 1996, 2004 e 2020. Ela se baseia nas manifestações clínicas, na etiologia, na anatomia envolvida e na patologia venosa subjacente.[2]

O sistema de estadiamento é amplo, mas a classe clínica é o único aspecto de uso comum.

Classe clínica

- C0 – sem sinais visíveis ou palpáveis de doença venosa
- C1 - telangiectasias ou veias reticulares
- C2 - veias varicosas
- C2r - veias varicosas recorrentes
- C3 – edema
- C4 - alterações na pele e no tecido subcutâneo secundárias a doença cardiovascular
 - C4a – pigmentação ou eczema
 - C4b – lipodermatoesclerose ou atrofia branca
 - C4c - corona flebectática
- C5 – úlcera venosa cicatrizada
- C6 – úlcera venosa ativa
- C6r - úlcera venosa ativa recorrente.

Cada classe clínica pode ser subcaracterizada da seguinte forma:

- S: sintomático (incluindo dor, rigidez, irritação na pele, sensação de peso, câibras musculares e outras queixas que podem ser atribuídas à disfunção venosa)
- A: Assintomático.

Classe etiológica

- Ep – primária
- Es – secundária
 - Esi - secundária intravenosa
 - Ese - secundária extravenosa
- Ec - congênita
- En – nenhuma causa venosa identificada

Classe anatômica

- As – veias superficiais
 - locais de refluxo identificados por abreviatura

- Ap – veias perforantes
 - locais de refluxo identificados por abreviatura
- Ad – veias profundas
 - locais de refluxo identificados por abreviatura
- An – nenhum local identificado

Classe fisiopatológica (acompanhada da localização anatômica)

- Pr – refluxo
- Po – obstrução
- Pro – refluxo e obstrução
- Pn - nenhuma fisiopatologia identificada.

Caso clínico

Caso clínico #1

Uma mulher de 45 anos se queixa de sensação de peso e fadiga nas pernas. Ela não apresenta os sintomas ao acordar, mas eles se tornam mais perceptíveis e significativos no decorrer do dia e quando ela fica em pé por um tempo prolongado. Quando ela fica em pé na maior parte do dia, observa edema nas duas pernas. Os sintomas estão concentrados na panturrilha medial, área onde há veias tortuosas proeminentes. Ela observou veias dilatadas pela primeira vez há 20 anos, quando estava grávida. Inicialmente elas não lhe causaram nenhum desconforto, mas aumentaram progressivamente e, nos últimos 10 anos, tornaram-se cada vez mais dolorosas. Ela lembra que sua mãe tinha veias semelhantes nas pernas.

Outras apresentações

Os pacientes também podem apresentar tromboflebite, sangramento e ulceração venosa. A tromboflebite manifesta-se como dor intensa e eritema, hiperpigmentação e endurecimento da veia. A denominação mais correta é trombose venosa superficial, e se encontra no espectro do tromboembolismo venoso; há risco de evolução para trombose venosa profunda, mesmo com o uso de anticoagulantes.^[3]

Abordagem

A história e o exame físico são os principais componentes para o diagnóstico das veias varicosas. Isso é complementado por ultrassonografia duplex obrigatória para avaliar o refluxo não só nas varicosidades, mas também nas veias tronculares.

História

Os pacientes podem apresentar sintomas variados e muitos podem ser assintomáticos. Alguns dos sintomas mais comuns são sensação de peso ou fadiga nos membros inferiores e edema maleolar, especialmente após períodos prolongados em pé. Queimação e prurido na pele sobre as veias, pernas inquietas e câibras (geralmente noturnas) também podem se manifestar. Os sintomas geralmente são piores durante a gestação ou a menstruação. Os pacientes muitas vezes encontram alívio elevando a perna ou usando meias de compressão. Durante a avaliação, os pacientes devem ser questionados a respeito de intervenções prévias em suas veias, bem como a história de trauma, trombose venosa profunda, ulcerações ou sangramento das varicosidades. A maioria das veias varicosas não evolui para complicações, como ulceração.^[13]

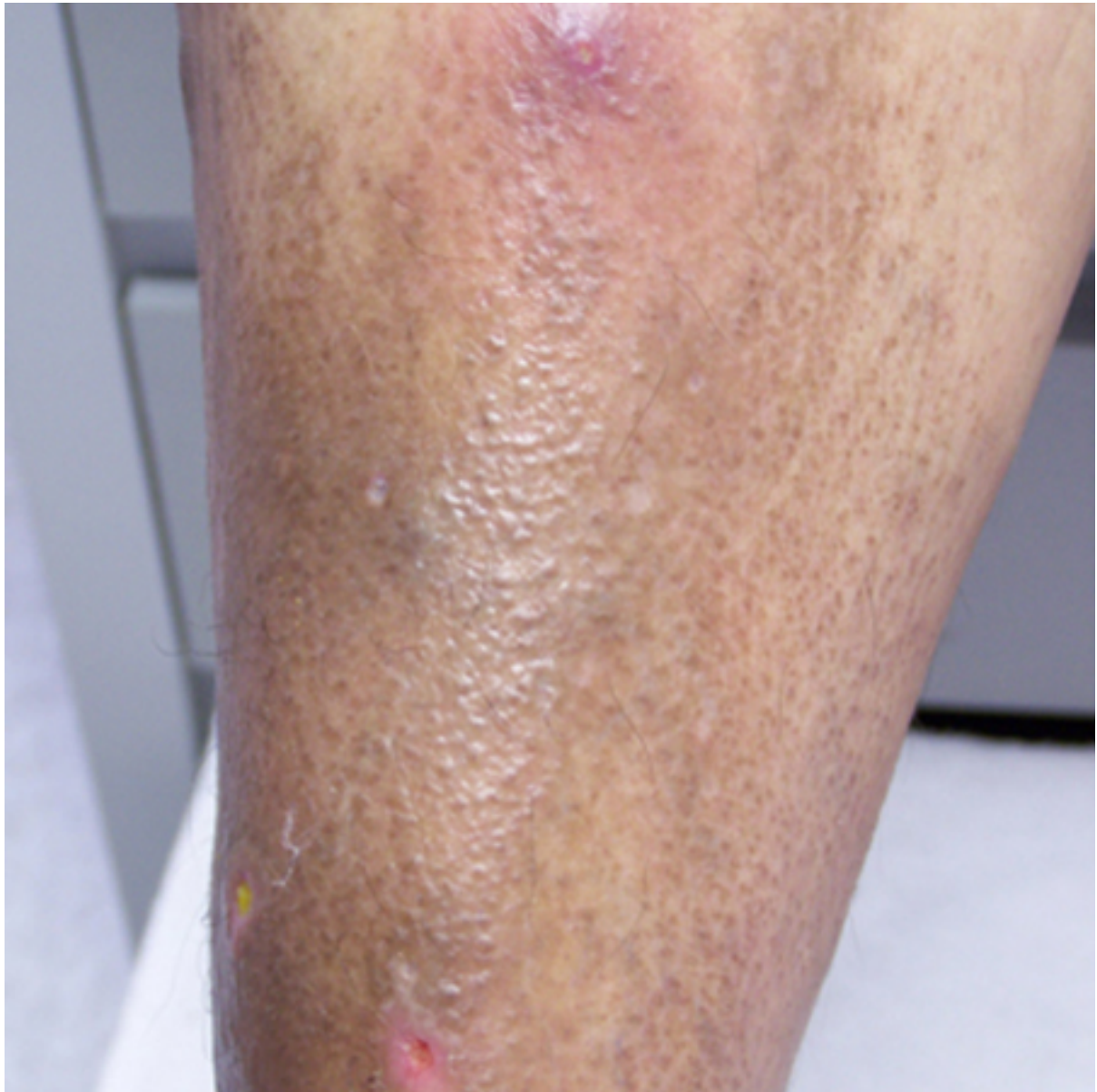
Exame

Com o paciente na posição ortostática, a pele é examinada visualmente e por palpação em busca de irregularidades e saliências consistentes com veias varicosas. Devem-se observar a extensão, o tamanho e a localização das veias dilatadas, juntamente com as alterações da pele, como a deposição de hemossiderina, lipodermatoesclerose (C4b) e áreas de ulceração ativa (C6) ou curada (C5). A trombose venosa superficial apresenta-se como dor intensa, eritema (e pigmentação superficial) e induração venosa. Hiperpigmentação, lipodermatoesclerose (área de induração decorrente de fibrose da gordura subcutânea) ou úlceras são indicativas de insuficiência venosa de longa data.



Veias varicosas

Do acervo de Maureen K. Sheehan, MD; usado com permissão



Deposição de hemossiderina

Do acervo de Maureen K. Sheehan, MD; usado com permissão

Exames por imagem

A ultrassonografia duplex usa o modo B e avaliação por Doppler para diagnosticar insuficiência venosa, avaliando a função valvar em vários segmentos das veias tronculares, bem como nas varicosidades.^[14] O exame de imagem de modo B é usado para descartar trombose venosa profunda e obstrução persistente no sistema venoso. O exame de ultrassonografia duplex das veias é realizado em posição ortostática e demora, aproximadamente, 20 minutos por perna. Compressões repetidas na panturrilha são usadas para identificar refluxo de sangue.

História e exame físico

Principais fatores diagnósticos

presença de fatores de risco (comuns)

- Os principais fatores de risco incluem aumento de idade, história familiar, sexo feminino, aumento do número de partos e trombose venosa profunda.

veias tortuosas dilatadas (comuns)

- Com o paciente na posição ortostática, a pele é examinada visualmente e por palpação em busca de irregularidades e saliências consistentes com veias varicosas.



Veias varicosas

Do acervo de Maureen K. Sheehan, MD; usado com permissão

A extensão, tamanho e local das veias dilatadas devem ser observados.

Outros fatores diagnósticos

fadiga ou dor nas pernas após períodos prolongados em pé (comuns)

- Ausente no início do dia, melhora com elevação das pernas.

cãibras nas pernas (comuns)

- Geralmente ocorrem à noite. Podem estar relacionadas às veias varicosas e, portanto, podem melhorar com o tratamento; no entanto, podem ser de etiologia multifatorial.

pernas inquietas (comuns)

- Caracteriza-se por uma necessidade compulsiva de mover as pernas, embora isso possa ser multifatorial.

deposição de hemossiderina (comuns)

- Sinal clínico de hipertensão venosa, irreversível. É uma indicação de alto risco para ulceração, com a hemossiderina causando inflamação e danificando os tecidos moles.
- Pode ocorrer sem insuficiência venosa em casos de obesidade mórbida (o que reduz o fluxo de saída venoso).

corona flebectática (comuns)

- Várias ramificações de veias finas que sugerem insuficiência venosa crônica subjacente.

prurido (incomuns)

- Ocorre após períodos prolongados em pé ou ao exercício.

lipodermatoesclerose (incomuns)

- Sinal clínico de hipertensão venosa, irreversível. É uma indicação de alto risco para ulceração e é resultado da hemossiderina causando inflamação e danificando os tecidos moles. Isso leva a tecidos cicatrizados e fibróticos.

edema maleolar (incomuns)

- Detectável na perna afetada após períodos prolongados em pé. Isso é comum e representa doença de classe C3.

ulceração (incomuns)

- As úlceras varicosas são indicativas de insuficiência venosa de longa data; no entanto, a maioria das veias varicosas não evolui para complicações como ulceração.[\[13\]](#)
- A ulceração é uma indicação de encaminhamento urgente.

sangramento de varizes (incomuns)

- Deve-se perguntar aos pacientes sobre sangramento das varizes; no entanto, a maioria das veias varicosas não evolui para complicações como hemorragia.[\[13\]](#)
- Isso deve ensejar um encaminhamento urgente e, mesmo assim, causa mortes ocasionais em pacientes frágeis.

Fatores de risco

Fortes**idade mais avançada**

- A prevalência aumenta com a idade.[\[8\]](#)

história familiar

- Um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento das veias varicosas. Estudos nos EUA e na França mostraram que uma história familiar de veias varicosas em um familiar de primeiro grau aumenta o risco de desenvolvimento de veias varicosas.[\[12\]](#)

sexo feminino

- A maioria dos estudos demonstrou uma prevalência maior em mulheres que em homens; no entanto, isso pode ocorrer devido à proporção de apresentação. Apesar da maior prevalência entre mulheres, foi constatado que o nível da doença na apresentação é pior em homens.[\[4\]](#)

aumento do número de partos

- A gestação aumenta o fluido corporal total e também a pressão intra-abdominal, podendo provocar distensão venosa. Além disso, o aumento de estrogênio, progesterona e relaxina amplia a capacitância venosa ao aumentar o relaxamento das veias.[12]

trombose venosa profunda

- Pode causar dano valvar e disfunção nas veias profundas, causando um aumento de pressão nas tributárias com subsequente distensão e formação de veias varicosas.

Fracos

profissão que exige posição ortostática por períodos prolongados

- Acredita-se que as profissões que exigem que a pessoa fique em pé por períodos prolongados predispoem à insuficiência venosa.[6]

obesidade

- Parece ser um fator de risco positivo, maior em mulheres que em homens.[6]

Investigações

Primeiro exame a ser solicitado

Exame	Resultado
ultrassonografia duplex • De modo genérico, o refluxo é definido como o fechamento da valva >0.5 segundo no sistema superficial e >1.0 segundo no sistema profundo. Para melhor sensibilidade, o fluxo deve ser medido com o paciente na posição ortostática e com a perna em rotação externa. Com a ultrassonografia duplex, segmentos específicos afetados pelo refluxo podem ser delineados, uma vez que as veias perfurantes, tributárias e tronculares superficiais e profundas podem ser visualizadas. O refluxo venoso proximal pode ser detectado com o uso da manobra de Valsalva, enquanto o refluxo mais distal pode ser observado ao se comprimir a perna acima do Doppler a fim de verificar se o sangue é forçado a voltar para os pés. O refluxo em veias perfurantes é controverso.[15] A ultrassonografia duplex pode ser realizada não somente para avaliar o tempo de fechamento da valva, mas também para excluir a possibilidade de trombose venosa profunda.	avalia o fluxo reverso; grosso modo, se o tempo de fechamento da valva for >0.5 segundo, isso será indicativo de refluxo; tempo de fechamento da valva >1.0 segundo é indicativo de refluxo no sistema profundo

Diagnósticos diferenciais

Condição	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Telangiectasias	Também conhecidas como aranhas vasculares. São pequenas veias que geralmente não causam nenhum sintoma, mas são uma preocupação essencialmente estética.	As veias são menores (<1 mm). Nenhuma evidência de refluxo no exame duplex.
Veias reticulares	Veias intradérmicas permanentemente dilatadas. Podem ser tortuosas. Geralmente assintomática.	As veias variam entre 1 mm e 3 mm de diâmetro. Nenhuma evidência de refluxo no exame duplex.

Abordagem

As principais opções de tratamento intervencionista para as veias varicosas incluem ablação endovenosa, escleroterapia com espuma, flebectomia e cirurgia por via aberta.[16][17] [18]

Podem ser oferecidas meias de compressão se o tratamento intervencionista não for adequado (por exemplo, durante a gestação) ou se o paciente não quiser se submeter à uma intervenção. As meias precisam ser substituídas e reavaliadas a cada 3 meses.

Todos os desfechos do tratamento podem ser melhorados com alterações adjuvantes no estilo de vida, como perda de peso, elevação das pernas e atividade física (especialmente hidroginástica).

Todas as úlceras venosas precisam ser examinadas por um especialista com urgência, passar por uma avaliação venosa e arterial, por um tratamento de insuficiência venosa e terapia de compressão. Isso aumenta a taxa de cura e reduz a taxa de recorrência.

Insuficiência tributária

Se o paciente tiver apenas varicosidades (insuficiência das tributárias) sem refluxo de tronco venoso importante, a flebectomia das veias acometidas por avulsão cirúrgica ou escleroterapia com espuma das veias afetadas poderão resolver o problema.[18] A flebectomia pode ser feita através de pequenas incisões com remoção das veias, e isso pode ser facilmente realizado com anestesia local em um procedimento ambulatorial. Os pacientes precisam ser informados de que, apesar de o procedimento tratar e remover as varicosidades presentes, eles muito provavelmente desenvolverão novas varizes em outras veias no futuro, pois as veias varicosas são uma doença progressiva.

A escleroterapia com espuma é a injeção guiada por ultrassonografia de uma solução espumosa, como polidocanol ou tetracilsulfato de sódio, que causa a morte da célula endotelial e inflamação das veias, levando à oclusão venosa.

O tratamento em caso de recorrência é a repetição da flebectomia ou escleroterapia com espuma.

Insuficiência do sistema troncular superficial

Se o sistema axial superficial (a veia safena magna, a veia safena parva ou a veia safena anterior acessória) estiver envolvido, o paciente necessitará de tratamento do sistema axial. Normalmente, a ablação térmica endovenosa (ablação a laser ou por radiofrequência) é oferecida como opção de primeira linha, seguida de escleroterapia com espuma guiada por ultrassonografia, caso a ablação endovenosa não seja adequada, ou cirurgia por via aberta (fleboextração e ligadura), caso nenhuma das opções anteriores seja adequada.[16] [17] [18] [19][20][21] [Evidence B]

Os procedimentos de ablação e a escleroterapia com espuma costumam ser realizados com anestesia local, ou como procedimento ambulatorial com anestesia geral. A cirurgia também pode ser realizada de maneira ambulatorial, com anestesia geral ou local.

A ablação endovenosa a laser e por radiofrequência mostraram ser tão eficazes quanto a cirurgia por via aberta, mas com menos dor pós-operatória e menor tempo de recuperação.[18][22] [23] [24] [25] [26] [27] [28] [29] Ficou comprovado que a ablação por radiofrequência tem perfis de dor reduzidos, comparada ao tratamento a laser; no entanto, vários comprimentos de onda novos do laser aumentaram o perfil de dor.[30] [31]

Os resultados em cinco anos de um ensaio clínico randomizado de cirurgia convencional, ablação endovenosa a laser e escleroterapia com espuma guiada por ultrassonografia revelaram que a ablação endovenosa a laser e a cirurgia convencional foram mais eficazes que a escleroterapia com espuma.[29] No entanto, embora a escleroterapia com espuma tenha apresentado taxas mais baixas de sucesso técnico e escores de qualidade de vida específicos para a doença, ela tem desfechos de qualidade de vida genéricos similares e um custo e impacto procedimentais consideravelmente mais baixos.[32] [33] O acompanhamento de longo prazo da ablação térmica endovenosa não mostrou nenhuma diferença significativa na recorrência ou alívio dos sintomas entre a cirurgia e a ablação endovenosa.[32]

Os pacientes podem se submeter a tratamentos concomitantes para veia troncular e varicosidade na intervenção inicial, pois isso pode reduzir a necessidade de outros procedimentos e melhorar a qualidade de vida.[34] [35]

A recorrência após ablação endovenosa a laser ou por radiofrequência pode ser tratada repetindo a abordagem endovenosa, a escleroterapia com espuma ou a fleboextração e ligadura.

A recorrência após a fleboextração e ligadura pode ser resultado de um sistema duplicado (que deve ser descartado no mapa do duplex venoso inicial), que pode ser tratado através da repetição do procedimento (embora se trate de um procedimento significativamente complexo) ou de uma das abordagens endovenosas.

Veias perforantes

As diretrizes de prática clínica da Society for Vascular Surgery, do American Venous Forum e da American Vein and Lymphatic Society publicadas em 2022 não recomendam o tratamento perforante em pacientes na classe 2 da CEAP, a menos que os pacientes permaneçam sintomáticos apesar de todas as outras causas terem sido tratadas.[18] Uma orientação atualizada dos EUA para pacientes das classes CEAP 3-6 é esperada em 2023. A orientação da European Society for Vascular Surgery de 2022 também não recomenda o uso rotineiro do tratamento de veias perforantes, a menos que apenas as veias perforantes permaneçam como um problema.[17] A cirurgia endoscópica subfascial das veias perforantes (CESP), cirurgia das veias perforantes por via aberta, a escleroterapia e a ablação térmica já foram usadas para o fechamento das veias perforantes. O sucesso dos procedimentos de termoablação é de aproximadamente 60% a 80%, com melhores taxas de oclusão com a repetição da terapia. A escleroterapia com espuma guiada por ultrassonografia apresenta uma taxa de trombose menor, mas pode ser mais facilmente realizada em caso de varizes localizadas perto do leito da úlcera, além da perforante de alimentação, proporcionando maior cobertura da área de tratamento. O fechamento das perforantes patológicas por meio dessas técnicas pode melhorar a cicatrização da úlcera e diminuir a recorrência.[36] No entanto, até 80% das veias perforantes incompetentes voltarão a ser competentes após a ablação bem-sucedida da incompetência da veia troncular.[37]

Insuficiência venosa profunda

Se o paciente tiver insuficiência sistêmica profunda que cause varicosidades sem evidências de insuficiência venosa troncular superficial, pode-se realizar o tratamento das varicosidades com flebectomia ou escleroterapia com espuma; no entanto, a terapia de compressão será necessária para controle de longo prazo, e é essencial em todos os casos em que a compressão é possível. Os pacientes com insuficiência do sistema profundo devem ser informados de que podem não ter alívio sintomático total com o tratamento das varicosidades, mas poderão esperar por pelo menos um alívio parcial dos sintomas por redução da carga de refluxo.

Os pacientes com insuficiência venosa profunda e insuficiência venosa troncular superficial podem ser tratados com ablação térmica endovenosa, escleroterapia com espuma ou cirurgia por via aberta. A terapia de compressão deve ser utilizada em adição à intervenção para melhorar a qualidade de vida do paciente e prevenir a progressão nos pacientes com insuficiência venosa profunda.[38] [39]

Em pacientes com refluxo venoso profundo superficial e segmentar coexistente, a cirurgia venosa superficial isolada corrige a insuficiência venosa profunda em quase 50% dos membros e está associada a cicatrização de úlcera em 77% dos membros em 12 meses. Esse achado sugere um extensivo papel para a cirurgia venosa superficial no tratamento de pacientes com doença venosa complicada.[40] Em centros especializados, a reconstrução venosa profunda por via aberta pode ser considerada em casos graves.

Obstrução venosa profunda

Em caso de taxas de recorrência significativas ou características incomuns, a avaliação da estenose ou oclusão da veia ilíaca também pode melhorar a sintomatologia e a gravidade clínica do uso potencial de stent de veia ilíaca ou reconstrução venosa profunda por via aberta; no entanto, isso requer o uso prolongado de anticoagulantes e meias de compressão. Qualquer intervenção no sistema superficial desses pacientes deve ser avaliada cuidadosamente em centros especializados.

Visão geral do algoritmo de tratamento

Observe que as formulações/vias e doses podem diferir entre nomes e marcas de medicamentos, formulários de medicamentos ou localidades. As recomendações de tratamento são específicas para os grupos de pacientes: [consulte o aviso legal](#)

Contínua	(Resumo)
insuficiência de veia superficial sintomática, nenhuma evidência de doença vascular periférica ou insuficiência troncular axial superficial: apenas insuficiência tributária	1a. flebectomia ou escleroterapia com espuma
insuficiência de veia superficial sintomática, nenhuma evidência de doença vascular periférica ou insuficiência tributária superficial: apenas insuficiência axial troncular	1a. ablação térmica endovenosa (radiofrequência ou laser) 2a. escleroterapia com espuma 3a. cirurgia por via aberta (fleboextração e ligadura)
insuficiência de veia superficial sintomática, nenhuma evidência de doença vascular periférica: insuficiência troncular axial e tributária	1a. ablação térmica endovenosa (radiofrequência ou laser) e flebectomia ou escleroterapia com espuma 2a. escleroterapia com espuma das veias tributárias e tronculares 3a. cirurgia por via aberta (fleboextração e ligadura) e flebectomia
insuficiência de veia superficial sintomática, nenhuma evidência de doença vascular periférica: veias perforantes com refluxo localizadas perto de úlceras venosas ativas ou cicatrizadas	1a. escleroterapia com espuma ou ablação térmica endovenosa associado a terapia de compressão: bandagens ou meias de compressão

Contínua		(Resumo)
	2a. cirurgia de veias perforantes associado a terapia de compressão: bandagens ou meias de compressão	
insuficiência de veia profunda sem insuficiência venosa troncular superficial, mas com insuficiência tributária superficial		
	1a. flebectomia ou escleroterapia com espuma associado a terapia de compressão: bandagens ou meias de compressão	
insuficiência de veia profunda com insuficiência venosa troncular superficial		
	1a. ablação térmica endovenosa (radiofrequência ou laser) associado a terapia de compressão: bandagens ou meias de compressão 2a. escleroterapia com espuma associado a terapia de compressão: bandagens ou meias de compressão 3a. cirurgia por via aberta (fleboextração e ligadura) associado a terapia de compressão: bandagens ou meias de compressão	
insuficiência venosa profunda sem insuficiência venosa superficial		
	1a. terapia de compressão: bandagens ou meias de compressão 2a. reconstrução venosa profunda por cirurgia por via aberta (raramente necessária)	
obstrução venosa profunda		
	1a. colocação de stent ou reconstrução	

Algoritmo de tratamento

Observe que as formulações/vias e doses podem diferir entre nomes e marcas de medicamentos, formulários de medicamentos ou localidades. As recomendações de tratamento são específicas para os grupos de pacientes: [consulte o aviso legal](#)

Contínua

insuficiência de veia superficial sintomática, nenhuma evidência de doença vascular periférica ou insuficiência troncular axial superficial: apenas insuficiência tributária

1a. flebectomia ou escleroterapia com espuma

» A flebectomia pode ser realizada por avulsão cirúrgica de porções da veia varicosa, através de pequenas incisões que não necessitam de sutura. A escleroterapia com espuma envolve injeção de uma solução espumosa, como tetradecilsulfato de sódio ou polidocanol, em pequenas veias, seguida de compressão.

» A recorrência requer a repetição da flebectomia ou escleroterapia com espuma.

» As complicações incluem hematoma, trombose venosa profunda, infecção, pigmentação da pele e resultado cosmético insatisfatório. A escleroterapia com espuma apresentou relatos dispersos de AVC após a intervenção.[41]

» Deve-se aconselhar os pacientes a incluírem mudanças de estilo de vida, como perda de peso, elevação das pernas e exercícios.[42]

insuficiência de veia superficial sintomática, nenhuma evidência de doença vascular periférica ou insuficiência tributária superficial: apenas insuficiência axial troncular

1a. ablação térmica endovenosa (radiofrequência ou laser)

» Ablação por radiofrequência (ARF): geralmente realizada na veia safena magna (VSM), veia safena acessória anterior (VSAA) ou veia safena parva (VSP). Sondas especiais estão disponíveis para uso nas veias perfurantes, se necessário. O acesso à veia é guiado por ultrassonografia. No caso da VSM, a sonda de ARF passa logo abaixo da veia epigástrica, permanecendo 2 cm abaixo da junção safeno-femoral (JSF). Ela é retirada lentamente em partes ou de maneira

Contínua

contínua, enquanto a energia da radiofrequência faz com que a veia se feche. Os pacientes podem ainda necessitar de flebectomias para as varicosidades. As complicações incluem trombose endotérmica induzida pelo calor (EHIT), flebite, lesão térmica da pele e parestesias. Elas raramente ocorrem.

» Terapia endovenosa a laser (TEVL): geralmente realizada na VSM, na VSAA ou na VSP, mas também é possível utilizá-la em varicosidades ramificadas. O acesso à veia é guiado por ultrassonografia. No caso da VSM, a sonda a laser passa logo abaixo da veia epigástrica, permanecendo abaixo da JSF. A fibra é retirada lentamente enquanto o laser está ligado, causando trombose e destruição da veia. Os pacientes podem ainda necessitar de flebectomias para as varicosidades. As complicações incluem EHIT, flebite, lesão térmica da pele e parestesias. Elas raramente ocorrem.[43]

» Deve-se aconselhar os pacientes a incluírem mudanças de estilo de vida, como perda de peso, elevação das pernas e exercícios.[42]

2a. escleroterapia com espuma

» Envolve injeção de solução líquida, como tetradecilsulfato de sódio (TSS) ou polidocanol aerado para a forma de espuma, que é então injetada na veia varicosa guiada por ultrassonografia. As complicações incluem pigmentação, cefaleia e alterações visuais. A taxa de recorrência é maior que a da ablação por radiofrequência, terapia endovenosa a laser ou cirurgia, mas é muito mais rápida e barata.[26] [44] [45]

» Deve-se aconselhar os pacientes a incluírem mudanças de estilo de vida, como perda de peso, elevação das pernas e exercícios.[42]

3a. cirurgia por via aberta (fleboextração e ligadura)

» O objetivo principal da fleboextração e da ligadura é remover permanentemente a veia varicosa. É realizada quando a veia safena magna ou a veia safena parva apresentam refluxo que dá origem às veias varicosas. As complicações incluem sangramento, infecção, lesão do nervo safeno e neovascularização.

» Deve-se aconselhar os pacientes a incluírem mudanças de estilo de vida, como perda de peso, elevação das pernas e exercícios.[42]

Contínua

insuficiência de veia superficial sintomática, nenhuma evidência de doença vascular periférica: insuficiência troncular axial e tributária

1a. **ablação térmica endovenosa (radiofrequência ou laser) e flebectomia ou escleroterapia com espuma**

» Os pacientes podem se submeter a tratamentos concomitantes para veia troncular e varicosidade, pois isso pode reduzir a necessidade de outros procedimentos e melhorar a qualidade de vida.[34] [35]

» Ablação por radiofrequência (ARF): geralmente realizada na veia safena magna (VSM), veia safena acessória anterior (VSAA) ou veia safena parva (VSP). Sondas especiais estão disponíveis para uso nas veias perfurantes, se necessário. O acesso à veia é guiado por ultrassonografia. No caso da VSM, a sonda de ARF passa logo abaixo da veia epigástrica, permanecendo 2 cm abaixo da junção safeno-femoral (JSF). Ela é retirada lentamente em partes ou de maneira contínua, enquanto a energia da radiofrequência faz com que a veia se feche. Os pacientes podem ainda necessitar de flebectomias para as varicosidades. As complicações incluem trombose endotérmica induzida pelo calor (EHIT), flebite, lesão térmica da pele e parestesias. Elas raramente ocorrem.

» Terapia endovenosa a laser (TEVL): geralmente realizada na VSM, na VSAA ou na VSP, mas também é possível utilizá-la em varicosidades ramificadas. O acesso à veia é guiado por ultrassonografia. No caso da VSM, a sonda a laser passa logo abaixo da veia epigástrica, permanecendo abaixo da JSF. A fibra é retirada lentamente enquanto o laser está ligado, causando trombose e destruição da veia. Os pacientes podem ainda necessitar de flebectomias para as varicosidades. As complicações incluem EHIT, flebite, lesão térmica da pele e parestesias. Elas raramente ocorrem.[43]

» A flebectomia pode ser realizada por avulsão cirúrgica de porções da veia varicosa, através de pequenas incisões que não necessitam de sutura. A escleroterapia com espuma envolve injeção de uma solução espumosa, como tetradecilsulfato de sódio ou polidocanol, em pequenas veias, seguida de compressão.

Contínua

» A recorrência requer a repetição da flebectomia ou escleroterapia.

» As complicações incluem hematoma, trombose venosa profunda, infecção, pigmentação da pele e resultado cosmético insatisfatório. A escleroterapia com espuma apresentou relatos dispersos de AVC após a intervenção.[41]

» Deve-se aconselhar os pacientes a incluírem mudanças de estilo de vida, como perda de peso, elevação das pernas e exercícios.[42]

2a. escleroterapia com espuma das veias tributárias e tronculares

» A escleroterapia com espuma envolve injeção de uma solução espumosa, como tetradecilsulfato de sódio ou polidocanol, em pequenas veias, seguida de compressão.

» A recorrência requer a repetição da flebectomia ou escleroterapia.

» As complicações incluem hematoma, trombose venosa profunda, infecção, pigmentação da pele e resultado cosmético insatisfatório. A escleroterapia com espuma apresentou relatos dispersos de AVC após a intervenção.[41]

» Deve-se aconselhar os pacientes a incluírem mudanças de estilo de vida, como perda de peso, elevação das pernas e exercícios.[42]

3a. cirurgia por via aberta (fleboextração e ligadura) e flebectomia

» O objetivo principal da fleboextração e da ligadura é remover permanentemente a veia varicosa. É realizada quando a veia safena magna ou a veia safena parva apresentam refluxo que dá origem às veias varicosas. As complicações incluem sangramento, infecção, lesão do nervo safeno e neovascularização.

» A flebectomia pode ser realizada por avulsão cirúrgica de porções da veia varicosa, através de pequenas incisões que não necessitam de sutura.

» Deve-se aconselhar os pacientes a incluírem mudanças de estilo de vida, como perda de peso, elevação das pernas e exercícios.[42]

insuficiência de veia superficial sintomática, nenhuma evidência de doença vascular periférica: veias perforantes com refluxo localizadas

Contínua**perto de úlceras venosas ativas ou cicatrizadas****1a. escleroterapia com espuma ou ablação térmica endovenosa**

» O sucesso dos procedimentos de termoablação é de aproximadamente 60% a 80%, com melhores taxas de oclusão com repetição da terapia. A escleroterapia com espuma guiada por ultrassonografia apresenta uma taxa de trombose menor, mas pode ser mais facilmente realizada em caso de varizes localizadas perto do leito da úlcera em associação com a perfurante de alimentação. O fechamento das perfurantes patológicas por meio dessas técnicas pode melhorar a cicatrização de úlcera e diminuir a recorrência.[36] No entanto, até 80% das veias perfurantes incompetentes voltarão a ser competentes após a ablação bem-sucedida da incompetência da veia troncular.[37]

associado a terapia de compressão: bandagens ou meias de compressão

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes no grupo de pacientes selecionado

» A terapia de compressão deve ser utilizada em adição à intervenção para melhorar a qualidade de vida do paciente e reduzir os sintomas venosos.[17] [38]

2a. cirurgia de veias perfurantes

» Cirurgia endoscópica subfascial de veias perfurantes ou cirurgia de veias perfurantes por via aberta podem ser usadas para o fechamento das veias perfurantes.

associado a terapia de compressão: bandagens ou meias de compressão

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes no grupo de pacientes selecionado

» A terapia de compressão deve ser usada em associação com a intervenção para melhorar os índices de cicatrização e a qualidade de vida do paciente.[38]

insuficiência de veia profunda sem insuficiência venosa troncular superficial, mas com insuficiência tributária superficial**1a. flebectomia ou escleroterapia com espuma**

» A flebectomia pode ser realizada por avulsão cirúrgica de porções da veia varicosa, através

Contínua

de pequenas incisões que não necessitam de sutura. A escleroterapia com espuma envolve injeção de uma solução espumosa, como tetradecilsulfato de sódio ou polidocanol, em pequenas veias, seguida de compressão.

» A recorrência requer a repetição da flebectomia ou escleroterapia com espuma.

» As complicações incluem hematoma, trombose venosa profunda, infecção, pigmentação da pele e resultado cosmético insatisfatório. A escleroterapia com espuma apresentou relatos dispersos de AVC após a intervenção.[41]

» Deve-se aconselhar os pacientes a incluírem mudanças de estilo de vida, como perda de peso, elevação das pernas e exercícios.[42]

associado a terapia de compressão: bandagens ou meias de compressão

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes no grupo de pacientes selecionado

» A terapia de compressão deve ser utilizada em adição à intervenção para melhorar a qualidade de vida do paciente e reduzir os sintomas venosos.[17] [38]

insuficiência de veia profunda com insuficiência venosa troncular superficial

1a. ablação térmica endovenosa (radiofrequência ou laser)

» Ablação por radiofrequência (ARF): geralmente realizada na veia safena magna (VSM), veia safena acessória anterior (VSAA) ou veia safena parva (VSP). Sondas especiais estão disponíveis para uso nas veias perfurantes, se necessário. O acesso à veia é guiado por ultrassonografia. No caso da VSM, a sonda de ARF passa logo abaixo da veia epigástrica, permanecendo 2 cm abaixo da junção safeno-femoral (JSF). Ela é retirada lentamente em partes ou de maneira contínua, enquanto a energia da radiofrequência faz com que a veia se feche. Os pacientes podem ainda necessitar de flebectomias para as varicosidades. As complicações incluem trombose endotérmica induzida pelo calor (EHIT), flebite, lesão térmica da pele e parestesias. Elas raramente ocorrem.

» Terapia endovenosa a laser (TEVL): geralmente realizada na VSM, na VSAA ou na VSP, mas também é possível utilizá-la em

Contínua

varicosidades ramificadas. O acesso à veia é guiado por ultrassonografia. No caso da VSM, a sonda a laser passa logo abaixo da veia epigástrica, permanecendo abaixo da JSF. A fibra é retirada lentamente enquanto o laser está ligado, causando trombose e destruição da veia. Os pacientes podem ainda necessitar de flebectomias para as varicosidades. As complicações incluem EHIT, flebite, lesão térmica da pele e parestesias. Elas raramente ocorrem.[43]

» Deve-se aconselhar os pacientes a incluírem mudanças de estilo de vida, como perda de peso, elevação das pernas e exercícios.[42]

associado a terapia de compressão: bandagens ou meias de compressão

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes no grupo de pacientes selecionado

» A terapia de compressão deve ser utilizada em adição à intervenção para melhorar a qualidade de vida do paciente e reduzir os sintomas venosos.[17] [38]

2a. escleroterapia com espuma

» Envolve injeção de solução líquida, como tetradecilsulfato de sódio (TSS) ou polidocanol aerado para a forma de espuma, que é então injetada na veia varicosa guiada por ultrassonografia. As complicações incluem pigmentação, cefaleia e alterações visuais. A taxa de recorrência é maior que a da ablação por radiofrequência, terapia endovenosa a laser ou cirurgia, mas é muito mais rápida e barata.[26] [44] [45]

» Deve-se aconselhar os pacientes a incluírem mudanças de estilo de vida, como perda de peso, elevação das pernas e exercícios.[42]

associado a terapia de compressão: bandagens ou meias de compressão

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes no grupo de pacientes selecionado

» A terapia de compressão deve ser utilizada em adição à intervenção para melhorar a qualidade de vida do paciente e reduzir os sintomas venosos.[17] [38]

3a. cirurgia por via aberta (fleboextração e ligadura)

» O objetivo principal da fleboextração e da ligadura é remover permanentemente a veia varicosa. É realizada quando a veia safena

Contínua

magna ou a veia safena parva apresentam refluxo que dá origem às veias varicosas. As complicações incluem sangramento, infecção, lesão do nervo safeno e neovascularização.

» Deve-se aconselhar os pacientes a incluírem mudanças de estilo de vida, como perda de peso, elevação das pernas e exercícios.[42]

associado a **terapia de compressão: bandagens ou meias de compressão**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes no grupo de pacientes selecionado

» A terapia de compressão deve ser utilizada em adição à intervenção para melhorar a qualidade de vida do paciente e reduzir os sintomas venosos.[17] [38]

insuficiência venosa profunda sem insuficiência venosa superficial

1a. **terapia de compressão: bandagens ou meias de compressão**

» A terapia de compressão deve ser utilizada para melhorar a qualidade de vida do paciente e reduzir os sintomas venosos.[17] [38]

2a. **reconstrução venosa profunda por cirurgia por via aberta (raramente necessária)**

» A reconstrução venosa profunda por via aberta pode ser considerada em casos graves. Isso é altamente especializado.

obstrução venosa profunda

1a. **colocação de stent ou reconstrução**

» Em caso de taxas de recorrência significativas ou características incomuns, a avaliação da estenose ou oclusão da veia ilíaca também pode melhorar a sintomatologia e a gravidade clínica do uso potencial de stent de veia ilíaca ou reconstrução venosa profunda por via aberta; no entanto, isso requer o uso prolongado de anticoagulantes e meias de compressão. Qualquer intervenção no sistema superficial desses pacientes deve ser avaliada cuidadosamente em centros especializados.

Novidades

ablação endovenosa não térmica não tumescente

As opções para a ablação endovenosa não térmica não tumescente incluem o uso de ablação mecano-química (MOCA) ou oclusão com cola à base de cianoacrilato (CAG).[46] [47] [48] Evidências iniciais sugerem desfechos de qualidade de vida equivalentes com um perfil de dor reduzido, comparado à ablação endotérmica, sem diferença entre MOCA e CAG em uma comparação direta.[49]

Prevenção primária

Embora não se tenha apresentado nenhuma medida para prevenção das veias varicosas, pode ser útil evitar ficar sentado ou em posição ortostática por um período prolongado, perda de peso (se aplicável), fazer exercícios e elevar a perna intermitentemente.

Prevenção secundária

Deve-se evitar ficar na posição ortostática por períodos prolongados, especialmente em um lugar só. Se isso for inevitável, meias de compressão devem ser utilizadas. Se houver evidência de refluxo contínuo (ou seja, insuficiência do sistema profundo), deverão ser usadas meias de compressão durante o dia. O uso de meias de compressão à noite não é necessário. Se o paciente for obeso, ele deverá ser aconselhado a emagrecer.

Discussões com os pacientes

Após a ablação endovenosa isolada, os pacientes podem usar meias de compressão durante o dia por 1 semana, embora isso possa não causar nenhum benefício significativo. Após flebectomias adicionais, o uso de meias de compressão pode reduzir a dor pós-operatória.[52] Após a intervenção, os pacientes podem retornar às atividades normais; no entanto, devem evitar por 1 semana atividades extenuantes dos membros inferiores, como corrida, exercícios com peso ou ciclismo.

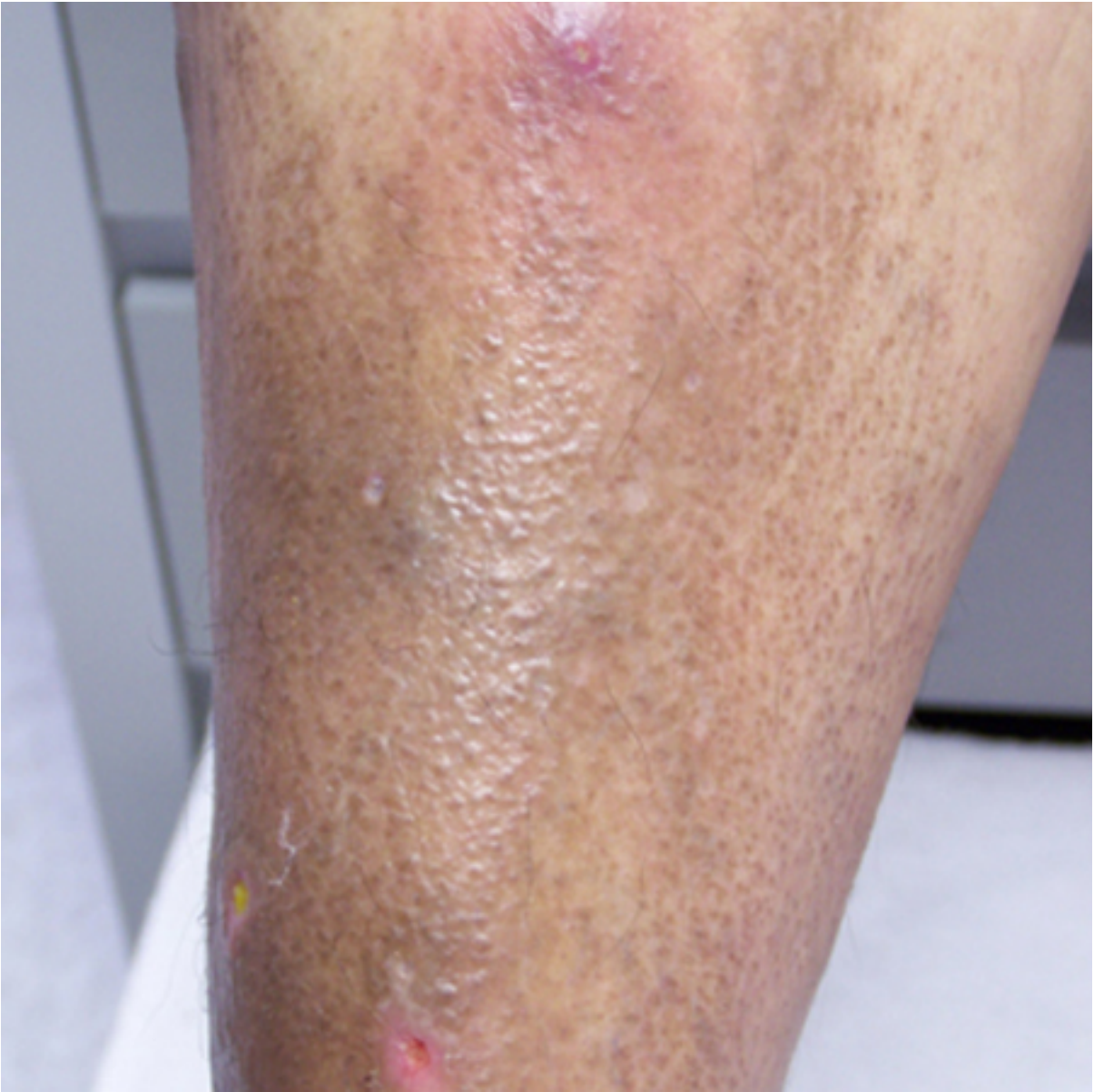
Monitoramento

Monitoramento

Após a intervenção, o paciente deverá repetir o duplex somente se houver recorrência dos sintomas. Os desfechos completos da intervenção podem levar até 6 meses.

Complicações

Complicações	Período de ocorrência	Probabilidade
insuficiência venosa crônica	longo prazo	Médias
Aumento da dilatação do sistema venoso que ocasiona refluxo no sistema axial.		
hemorragia	longo prazo	baixa
A erosão de varizes pode ocasionar sangramento, o que poderá exigir uma intervenção cirúrgica.		
ulceração venosa	longo prazo	baixa
O aumento da dilatação do sistema venoso e o aumento da pressão podem provocar hipertensão venosa. O tratamento do sistema axial superficial, se envolvido, será útil. A incompetência da perfurante também pode contribuir para a ulceração, mas é menos claro o benefício do tratamento de veias perfurantes incompetentes. ^[51]		
lipodermatoesclerose	longo prazo	baixa
Secundária a alterações no sistema microcirculatório. Os capilares se tornam alongados, fibróticos e permeáveis.		
deposição de hemossiderina	longo prazo	baixa
Secundária a alterações no sistema microcirculatório. Os capilares se tornam alongados, fibróticos e permeáveis.		

Complicações	Período de ocorrência	Probabilidade
		
<i>Deposição de hemossiderina</i> <i>Do acervo de Maureen K. Sheehan, MD; usado com permissão</i>		

Prognóstico

Apesar de haver pequenas variações na eficácia geral, dependendo do tipo de intervenção, a resolução dos sintomas ocorre geralmente em >95% dos pacientes. No entanto, os pacientes precisam ser informados de que é muito provável que novas varicosidades ocorram com o tempo, pois as veias varicosas são uma doença progressiva e, portanto, novas varicosidades não representam, necessariamente, fracasso do tratamento.[50]

Diretrizes diagnósticas

Reino Unido

Varicose veins: diagnosis and management (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg168>)

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação: 2013
(reaffirmed 2016)

América do Norte

ACR appropriateness criteria®: lower extremity chronic venous disease (<https://acsearch.acr.org/list>)

Publicado por: American College of Radiology

Última publicação: 2023

The 2022 Society for Vascular Surgery, American Venous Forum, and American Vein and Lymphatic Society clinical practice guidelines for the management of varicose veins of the lower extremities. Part I: duplex scanning and treatment of superficial truncal reflux (<https://vascular.org/vascular-specialists/practice-and-quality/clinical-guidelines/clinical-guidelines-and-reporting>)

Publicado por: Society for Vascular Surgery; American Venous Forum; American Vein and Lymphatic Society

Última publicação: 2022

Diretrizes de tratamento

Reino Unido

Endovenous mechanochemical ablation for varicose veins (<https://www.nice.org.uk/guidance/ipg557>)

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação: 2016

Varicose veins: diagnosis and management (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg168>)

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação: 2013
(reaffirmed 2016)

Ultrasound-guided foam sclerotherapy for varicose veins (<https://www.nice.org.uk/guidance/IPG440>)

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação: 2013

Europa

European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 clinical practice guidelines on the management of chronic venous disease of the lower limbs (<https://esvs.org/guidelines>)

Publicado por: European Society for Vascular Surgery

Última publicação: 2022

América do Norte

ACR appropriateness criteria®: lower extremity chronic venous disease (<https://acsearch.acr.org/list>)

Publicado por: American College of Radiology

Última publicação: 2023

The 2022 Society for Vascular Surgery, American Venous Forum, and American Vein and Lymphatic Society clinical practice guidelines for the management of varicose veins of the lower extremities. Part I: duplex scanning and treatment of superficial truncal reflux (<https://vascular.org/vascular-specialists/practice-and-quality/clinical-guidelines/clinical-guidelines-and-reporting>)

Publicado por: Society for Vascular Surgery; American Venous Forum; American Vein and Lymphatic Society

Última publicação: 2022

The 2020 appropriate use criteria for chronic lower extremity venous disease of the American Venous Forum, the Society for Vascular Surgery, the American Vein and Lymphatic Society, and the Society of Interventional Radiology (<https://www.venousforum.org/resources/guidelines>)

Publicado por: American Venous Forum; Society for Vascular Surgery; American Vein and Lymphatic Society; Society of Interventional Radiology

Última publicação: 2020

Compression therapy after invasive treatment of superficial veins of the lower extremities (<https://www.venousforum.org/resources/guidelines>)

Publicado por: American Venous Forum; Society for Vascular Surgery; American College of Phlebology; Society for Vascular Medicine; International Union of Phlebology

Última publicação: 2019

Tabelas de evidência

Como a terapia de ablação endovenosa a laser (EVLA) se compara ao reparo cirúrgico convencional para indivíduos com veias varicosas safenas pequenas?



Esta tabela é um sumário da análise relatada em uma Resposta Clínica Cochrane que enfoca a importante questão clínica acima.



Cochrane
Clinical Answers

Ver a Resposta Clínica Cochrane fonte completa (<https://www.cochranelibrary.com/cca/doi/10.1002/cca.2767/full>)

Evidência B *

A confiança nas evidências é moderada ou baixa a moderada quando GRADE foi realizado, e a intervenção pode ser mais eficaz/benéfica que a comparação para os desfechos principais.

População: Adultos com varizes na veia safena pequena

Intervenção: Ablação endovenosa a laser (EVLA)

Comparação: Cirurgia convencional

Desfecho	Eficácia (classificação do BMJ) [†]	Confiança na evidência (GRADE) [‡]
Recanalização ou persistência do refluxo a 6 semanas	Intervenção favorável	Moderado
Recorrência do refluxo a 1 ano	Intervenção favorável	Baixo
Evidências clínicas de recorrência após 1 ano	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Baixo
Reintervenção devida a uma falha técnica	Consultar nota ^a	Moderado
Qualidade de vida (QOL) específica para a doença a 6 semanas	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Moderado
Qualidade de vida específica para a doença a 6 semanas	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Baixo
Complicações a 6 semanas	Consultar nota ^b	Moderado

Nota

A revisão Cochrane que sustenta esta Resposta Clínica Cochrane (RCC) observou que os futuros ensaios clínicos randomizados e controlados (ECRCs) devem incluir um período de acompanhamento mais longo (idealmente pelo menos 5 anos).

Ela também observou que as medições e o momento da medição dos desfechos durante o acompanhamento devem ser padronizados para ajudar a garantir que os estudos futuros possam comparar novas tecnologias de maneira eficiente.

^a Um ECRC (99 participantes) relatou que 8 indivíduos (4 em cada grupo) precisaram de nova intervenção (segundo EVLA ou ligadura de perfurante guiada por ultrassonografia).

^b Dois ECRCs (265 participantes) relataram lesão do nervo sural a 6 semanas como a principal complicação (grupo de EVLA 11/61 [18%] versus cirurgia convencional 30/104 [28.8%]); as outras complicações relatadas incluíram infecção da ferida, hematoma, hematomas com pigmentação e flebite. Consulte a RCC para obter mais detalhes.

* Níveis de evidência

O nível de Evidência é uma classificação interna aplicada pelo BMJ Best Practice. Consulte a seção [Kit de ferramentas em MBE \(https://bestpractice.bmj.com/info/evidence-tables/\)](https://bestpractice.bmj.com/info/evidence-tables/) para obter detalhes.

Confiança na evidência

A - Alta ou moderada a alta

B - Moderada ou baixa a moderada

C - Muito baixa ou baixa

† Eficácia (classificação do BMJ)

Baseada na significância estatística, a qual demonstra que os resultados têm pouca probabilidade de serem devidos ao acaso, mas a qual não necessariamente se traduz em uma significância clínica.

‡ Classificações de certeza da GRADE

Alto	Os autores estão muito confiantes de que o efeito real seja similar ao efeito estimado.
Moderado	Os autores estão moderadamente confiantes de que o efeito real seja próximo ao efeito estimado.
Baixo	Os autores têm confiança limitada na estimativa do efeito, e o efeito real pode ser substancialmente diferente.
Muito baixo	Os autores têm muito pouca confiança na estimativa do efeito, e o efeito real provavelmente é substancialmente diferente.

Kit de Ferramentas em MBE do BMJ Best Practice: O que é o GRADE? (<https://bestpractice.bmj.com/info/toolkit/learn-ebm/what-is-grade/>)

Principais artigos

- Kakkos SK, Gohel M, Baekgaard N, et al. Editor's choice - European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2021 clinical practice guidelines on the management of venous thrombosis. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2021 Jan;61(1):9-82. [Texto completo \(https://www.ejves.com/article/S1078-5884\(20\)30868-6/fulltext\)](https://www.ejves.com/article/S1078-5884(20)30868-6/fulltext) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33334670?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33334670?tool=bestpractice.bmj.com)
- National Institute for Health and Care Excellence. Varicose veins: diagnosis and management. July 2013 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.nice.org.uk/guidance/cg168\)](https://www.nice.org.uk/guidance/cg168)
- De Maeseneer MG, Kakkos SK, Aherne T, et al. Editor's choice - European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 clinical practice guidelines on the management of chronic venous disease of the lower limbs. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2022 Feb;63(2):184-267. [Texto completo \(https://www.ejves.com/article/S1078-5884\(21\)00979-5/fulltext\)](https://www.ejves.com/article/S1078-5884(21)00979-5/fulltext) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35027279?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35027279?tool=bestpractice.bmj.com)
- Gloviczki P, Lawrence PF, Wasan SM, et al. The 2022 Society for Vascular Surgery, American Venous Forum, and American Vein and Lymphatic Society clinical practice guidelines for the management of varicose veins of the lower extremities. Part I. duplex scanning and treatment of superficial truncal reflux: endorsed by the Society for Vascular Medicine and the International Union of Phlebology. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord. 2023 Mar;11(2):231-61.e6. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36326210?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36326210?tool=bestpractice.bmj.com)
- van der Velden SK, Biemans AA, De Maeseneer MG, et al. Five-year results of a randomized clinical trial of conventional surgery, endovenous laser ablation and ultrasound-guided foam sclerotherapy in patients with great saphenous varicose veins. Br J Surg. 2015 Sep;102(10):1184-94. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26132315?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26132315?tool=bestpractice.bmj.com)
- Brittenden J, Cooper D, Dimitrova M, et al. Five-year outcomes of a randomized trial of treatments for varicose veins. N Engl J Med. 2019 Sep 5;381(10):912-22. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31483962?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31483962?tool=bestpractice.bmj.com)
- Gohel MS, Heatley F, Liu X, et al. A randomized trial of early endovenous ablation in venous ulceration. N Engl J Med. 2018 May 31;378(22):2105-14. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1056/NEJMoa1801214\)](https://www.doi.org/10.1056/NEJMoa1801214) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29688123?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29688123?tool=bestpractice.bmj.com)
- Brittenden J, Cotton SC, Elders A, et al. A randomized trial comparing treatments for varicose veins. N Engl J Med. 2014 Sep 25;371(13):1218-27. [Texto completo \(http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1400781#t=article\)](http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1400781#t=article) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25251616?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25251616?tool=bestpractice.bmj.com)

Referências

1. Allegra C, Antignani PL, Bergan JJ, et al. The "C" of CEAP: suggested definitions and refinements: an International Union of Phlebology conference of experts. *J Vasc Surg*. 2003 Jan;37(1):129-31. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12514589?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12514589?tool=bestpractice.bmj.com)
2. Lurie F, Passman M, Meisner M, et al. The 2020 update of the CEAP classification system and reporting standards. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2020 May;8(3):342-52. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32113854?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32113854?tool=bestpractice.bmj.com)
3. Kakkos SK, Gohel M, Baekgaard N, et al. Editor's choice - European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2021 clinical practice guidelines on the management of venous thrombosis. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2021 Jan;61(1):9-82. [Texto completo \(https://www.ejves.com/article/S1078-5884\(20\)30868-6/fulltext\)](https://www.ejves.com/article/S1078-5884(20)30868-6/fulltext) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33334670?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33334670?tool=bestpractice.bmj.com)
4. Beebe-Dimmer JL, Pfeifer JR, Engle J, et al. The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins. *Ann Epidemiol*. 2005 Mar;15(3):175-84. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15723761?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15723761?tool=bestpractice.bmj.com)
5. Callam MJ. Epidemiology of varicose veins. *Br J Surg*. 1994 Feb;81(2):167-73. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8156326?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8156326?tool=bestpractice.bmj.com)
6. Fan CM. Epidemiology and pathophysiology of varicose veins. *Techniques Vasc Intervent Radiol*. 2003 Sep;6(3):108-10. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14614693?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14614693?tool=bestpractice.bmj.com)
7. Criqui MH, Jamosmos M, Fronck A, et al. Chronic venous disease in an ethnically diverse population. *Am J Epidemiol*. 2003 Sep 1;158(5):448-56. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4285442\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4285442) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12936900?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12936900?tool=bestpractice.bmj.com)
8. Laurikka JO, Sisto T, Tarkka MR, et al. Risk indicators for varicose veins in forty- to sixty-year-olds in the Tampere Varicose Vein Study. *World J Surg*. 2002 Jun;26(6):648-51. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12053212?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12053212?tool=bestpractice.bmj.com)
9. Cornu-Thenard A, Bovin P, Baud JM, et al. Importance of the familial factor in varicose veins. *J Dermatol Surg Oncol*. 1994 May;20(5):318-26. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8176043?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8176043?tool=bestpractice.bmj.com)
10. Khilnani NM, Grassi CJ, Kundu S, et al. Multi-society consensus quality improvement guidelines for the treatment of lower-extremity superficial venous insufficiency with endovenous thermal ablation from the Society of Interventional Radiology, Cardiovascular Interventional Radiological Society of Europe, American College of Phlebology and Canadian Interventional Radiology Association. *J Vasc Interv Radiol*. 2010 Jan;21(1):14-31. [Texto completo \(http://www.jvir.org/article/PIIS1051044309001316/fulltext\)](http://www.jvir.org/article/PIIS1051044309001316/fulltext) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20123189?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20123189?tool=bestpractice.bmj.com)
11. Eberhardt RT, Raffetto JD. Chronic venous insufficiency. *Circulation*. 2005 May 10;111(18):2398-409. [Texto completo \(http://circ.ahajournals.org/content/111/18/2398.full\)](http://circ.ahajournals.org/content/111/18/2398.full) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15883226?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15883226?tool=bestpractice.bmj.com)

12. Lim CS, Davies AH. Pathogenesis of primary varicose veins. Br J Surg. 2009 Nov;96(11):1231-42. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19847861?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19847861?tool=bestpractice.bmj.com)
13. Bachoo P. Interventions for uncomplicated varicose veins. Phlebology. 2009;24(suppl 1):3-12. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19307437?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19307437?tool=bestpractice.bmj.com)
14. American College of Radiology. ACR Appropriateness Criteria®: lower extremity chronic venous disease. 2023 [internet publication]. [Texto completo \(https://acsearch.acr.org/docs/69507/Narrative\)](https://acsearch.acr.org/docs/69507/Narrative)
15. Raju S, Neglén P. Clinical practice. Chronic venous insufficiency and varicose veins. N Engl J Med. 2009 May 28;360(22):2319-27. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19474429?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19474429?tool=bestpractice.bmj.com)
16. National Institute for Health and Care Excellence. Varicose veins: diagnosis and management. July 2013 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.nice.org.uk/guidance/cg168\)](https://www.nice.org.uk/guidance/cg168)
17. De Maeseneer MG, Kakkos SK, Aherne T, et al. Editor's choice - European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 clinical practice guidelines on the management of chronic venous disease of the lower limbs. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2022 Feb;63(2):184-267. [Texto completo \(https://www.ejves.com/article/S1078-5884\(21\)00979-5/fulltext\)](https://www.ejves.com/article/S1078-5884(21)00979-5/fulltext) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35027279?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35027279?tool=bestpractice.bmj.com)
18. Gloviczki P, Lawrence PF, Wasan SM, et al. The 2022 Society for Vascular Surgery, American Venous Forum, and American Vein and Lymphatic Society clinical practice guidelines for the management of varicose veins of the lower extremities. Part I. duplex scanning and treatment of superficial truncal reflux: endorsed by the Society for Vascular Medicine and the International Union of Phlebology. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord. 2023 Mar;11(2):231-61.e6. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36326210?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36326210?tool=bestpractice.bmj.com)
19. Whing J, Nandhra S, Nesbitt C, et al. Interventions for great saphenous vein incompetence. Cochrane Database Syst Rev. 2021 Aug 11;8(8):CD005624. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005624.pub4/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005624.pub4/full) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34378180?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34378180?tool=bestpractice.bmj.com)
20. Paravastu SC, Horne M, Dodd PD. Endovenous ablation therapy (laser or radiofrequency) or foam sclerotherapy versus conventional surgical repair for short saphenous varicose veins. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Nov 29;11(11):CD010878. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010878.pub2/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010878.pub2/full) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27898181?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27898181?tool=bestpractice.bmj.com)
21. Masuda E, Ozsvath K, Vossler J, et al. The 2020 appropriate use criteria for chronic lower extremity venous disease of the American Venous Forum, the Society for Vascular Surgery, the American Vein and Lymphatic Society, and the Society of Interventional Radiology. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord. 2020 Jul;8(4):505-525.e4. [Texto completo \(https://www.jvsvenous.org/article/S2213-333X\(20\)30094-9/fulltext\)](https://www.jvsvenous.org/article/S2213-333X(20)30094-9/fulltext) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32139328?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32139328?tool=bestpractice.bmj.com)
22. Siribumrungwong B, Noorit P, Wilasrusmee C, et al. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials comparing endovenous ablation and surgical intervention in

- patients with varicose vein. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2012 Aug;44(2):214-23. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22705163?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22705163?tool=bestpractice.bmj.com)
23. Murad MH, Coto-Yglesias F, Zumaeta-Garcia M, et al. A systematic review and meta-analysis of the treatments of varicose veins. J Vasc Surg. 2011 May;53(5 Suppl):49S-65S. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21536173?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21536173?tool=bestpractice.bmj.com)
24. Biemans AAM, Nijsten TEC. A randomized comparative study of the three most commonly performed treatments for varicose veins: results after one year. Ned Tijdschr Dermatol Venereol. 2012;22:78-84.
25. Carradice D, Mekako AI, Mazari FA, et al. Randomized clinical trial of endovenous laser ablation compared with conventional surgery for great saphenous varicose veins. Br J Surg. 2011 Apr;98(4):501-10. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21283981?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21283981?tool=bestpractice.bmj.com)
26. Biemans AA, Kockaert M, Akkersdijk GP, et al. Comparing endovenous laser ablation, foam sclerotherapy, and conventional surgery for great saphenous varicose veins. J Vasc Surg. 2013 Sep;58(3):727-34.e1. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23769603?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23769603?tool=bestpractice.bmj.com)
27. Brittenden J, Cotton SC, Elders A, et al. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of foam sclerotherapy, endovenous laser ablation and surgery for varicose veins: results from the Comparison of LAser, Surgery and foam Sclerotherapy (CLASS) randomised controlled trial. Health Technol Assess. 2015 Apr;19(27):1-342. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK285233\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK285233) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25858333?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25858333?tool=bestpractice.bmj.com)
28. Nandhra S, El-sheikha J, Carradice D, et al. A randomized clinical trial of endovenous laser ablation versus conventional surgery for small saphenous varicose veins. J Vasc Surg. 2015 Mar;61(3):741-6. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25720930?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25720930?tool=bestpractice.bmj.com)
29. van der Velden SK, Biemans AA, De Maeseneer MG, et al. Five-year results of a randomized clinical trial of conventional surgery, endovenous laser ablation and ultrasound-guided foam sclerotherapy in patients with great saphenous varicose veins. Br J Surg. 2015 Sep;102(10):1184-94. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26132315?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26132315?tool=bestpractice.bmj.com)
30. Shepherd AC, Gohel MS, Brown LC, et al. Randomized clinical trial of VNUS ClosureFAST radiofrequency ablation versus laser for varicose veins. Br J Surg. 2010 Jun;97(6):810-8. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1002/bjs.7091\)](https://www.doi.org/10.1002/bjs.7091) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20473992?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20473992?tool=bestpractice.bmj.com)
31. Kabnick LS, Sadek M. Fiber type as compared to wavelength may contribute more to improving postoperative recovery following endovenous laser ablation. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord. 2016 Jul;4(3):286-92. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27318047?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27318047?tool=bestpractice.bmj.com)
32. Brittenden J, Cooper D, Dimitrova M, et al. Five-year outcomes of a randomized trial of treatments for varicose veins. N Engl J Med. 2019 Sep 5;381(10):912-22. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31483962?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31483962?tool=bestpractice.bmj.com)

33. Marsden G, Perry M, Bradbury A, et al. A Cost-effectiveness analysis of surgery, endothermal ablation, ultrasound-guided foam sclerotherapy and compression stockings for symptomatic varicose veins. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2015 Dec;50(6):794-801. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1016/j.ejvs.2015.07.034\)](https://www.doi.org/10.1016/j.ejvs.2015.07.034) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26433594?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26433594?tool=bestpractice.bmj.com)
34. Carradice D, Mekako AI, Hatfield J, et al. Randomized clinical trial of concomitant or sequential phlebectomy after endovenous laser therapy for varicose veins. *Br J Surg.* 2009 Apr;96(4):369-75. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19283745?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19283745?tool=bestpractice.bmj.com)
35. Lane TR, Kelleher D, Shepherd AC, et al. Ambulatory varicosity avulsion later or synchronized (AVULS): a randomized clinical trial. *Ann Surg.* 2015 Apr;261(4):654-61. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24950277?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24950277?tool=bestpractice.bmj.com)
36. Dillavou ED, Harlander-Locke M, Labropoulos N, et al. Current state of the treatment of perforating veins. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2016 Jan;4(1):131-5. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26946910?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26946910?tool=bestpractice.bmj.com)
37. O'Donnell TF Jr. Part two: against the motion. Venous perforator surgery is unproven and does not reduce recurrences. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2014 Sep;48(3):242-6. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1016/j.ejvs.2014.06.045\)](https://www.doi.org/10.1016/j.ejvs.2014.06.045) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25132057?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25132057?tool=bestpractice.bmj.com)
38. Gohel MS, Heatley F, Liu X, et al. A randomized trial of early endovenous ablation in venous ulceration. *N Engl J Med.* 2018 May 31;378(22):2105-14. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1056/NEJMoa1801214\)](https://www.doi.org/10.1056/NEJMoa1801214) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29688123?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29688123?tool=bestpractice.bmj.com)
39. Gohel MS, Mora MSc J, Szigeti M, et al. Long-term clinical and cost-effectiveness of early endovenous ablation in venous ulceration: a randomized clinical trial. *JAMA Surg.* 2020 Dec 1;155(12):1113-21. [Texto completo \(https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2770717\)](https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2770717) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32965493?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32965493?tool=bestpractice.bmj.com)
40. Adam DJ, Bello M, Hartshorne T, et al. Role of superficial venous surgery in patients with combined superficial and segmental deep venous reflux. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2003 May;25(5):469-72. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12713788?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12713788?tool=bestpractice.bmj.com)
41. Sarvananthan T, Shepherd AC, Willenberg T, et al. Neurological complications of sclerotherapy for varicose veins. *J Vasc Surg.* 2012 Jan;55(1):243-51. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1016/j.jvs.2011.05.093\)](https://www.doi.org/10.1016/j.jvs.2011.05.093) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21840152?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21840152?tool=bestpractice.bmj.com)
42. Leopardi D, Hoggan BL, Fitridge RA, et al. Systematic review of treatments for varicose veins. *Ann Vasc Surg.* 2009 Mar;23(2):264-76. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19059756?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19059756?tool=bestpractice.bmj.com)

43. Van Den Bos RR, Neumann M, De Roos KP, et al. Endovenous laser ablation-induced complications: review of the literature and new cases. *Dermatol Surg.* 2009 Aug;35(8):1206-14. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19469796?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19469796?tool=bestpractice.bmj.com)
44. Rasmussen LH, Lawaetz M, Bjoern L, et al. Randomized clinical trial comparing endovenous laser ablation, radiofrequency ablation, foam sclerotherapy and surgical stripping for great saphenous varicose veins. *Br J Surg.* 2011 Aug;98(8):1079-87. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21725957?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21725957?tool=bestpractice.bmj.com)
45. Brittenden J, Cotton SC, Elders A, et al. A randomized trial comparing treatments for varicose veins. *N Engl J Med.* 2014 Sep 25;371(13):1218-27. [Texto completo \(http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1400781#t=article\)](http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1400781#t=article) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25251616?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25251616?tool=bestpractice.bmj.com)
46. Bootun R, Lane TR, Davies AH. The advent of non-thermal, non-tumescent techniques for treatment of varicose veins. *Phlebology.* 2016 Feb;31(1):5-14. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26130051?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26130051?tool=bestpractice.bmj.com)
47. Vähäaho S, Mahmoud O, Halmesmäki K, et al. Randomized clinical trial of mechanochemical and endovenous thermal ablation of great saphenous varicose veins. *Br J Surg.* 2019 Apr;106(5):548-54. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30908611?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30908611?tool=bestpractice.bmj.com)
48. Gibson K, Morrison N, Kolluri R, et al. Twenty-four month results from a randomized trial of cyanoacrylate closure versus radiofrequency ablation for the treatment of incompetent great saphenous veins. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2018 Sep;6(5):606-13. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1016/j.jvsv.2018.04.009\)](https://www.doi.org/10.1016/j.jvsv.2018.04.009) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29914814?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29914814?tool=bestpractice.bmj.com)
49. Lane T, Bootun R, Dharmarajah B, et al. A multi-centre randomised controlled trial comparing radiofrequency and mechanical occlusion chemically assisted ablation of varicose veins - final results of the Venefit versus Clarivein for varicose veins trial. *Phlebology.* 2017 Mar;32(2):89-98. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27221810?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27221810?tool=bestpractice.bmj.com)
50. Perrin MR, Labropoulos N, Leon LR Jr. Presentation of the patient with recurrent varices after surgery (REVAS). *J Vasc Surg.* 2006 Feb;43(2):327-34. [Texto completo \(http://www.jvascsurg.org/article/S0741-5214\(05\)01881-1/fulltext\)](http://www.jvascsurg.org/article/S0741-5214(05)01881-1/fulltext) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16476610?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16476610?tool=bestpractice.bmj.com)
51. O'Donnell TF Jr, Passman MA, Marston WA, et al. Management of venous leg ulcers: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. *J Vasc Surg.* 2014;60(suppl):3S-59S. [Texto completo \(http://www.jvascsurg.org/article/S0741-5214\(14\)00851-9/fulltext\)](http://www.jvascsurg.org/article/S0741-5214(14)00851-9/fulltext) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24974070?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24974070?tool=bestpractice.bmj.com)
52. Noppeney T, Nullen H. Compression therapy following invasive treatment in phlebology. *Phlebologie.* 2011;40:15-19.

Imagens



Figura 1: Veias varicosas

Do acervo de Maureen K. Sheehan, MD; usado com permissão

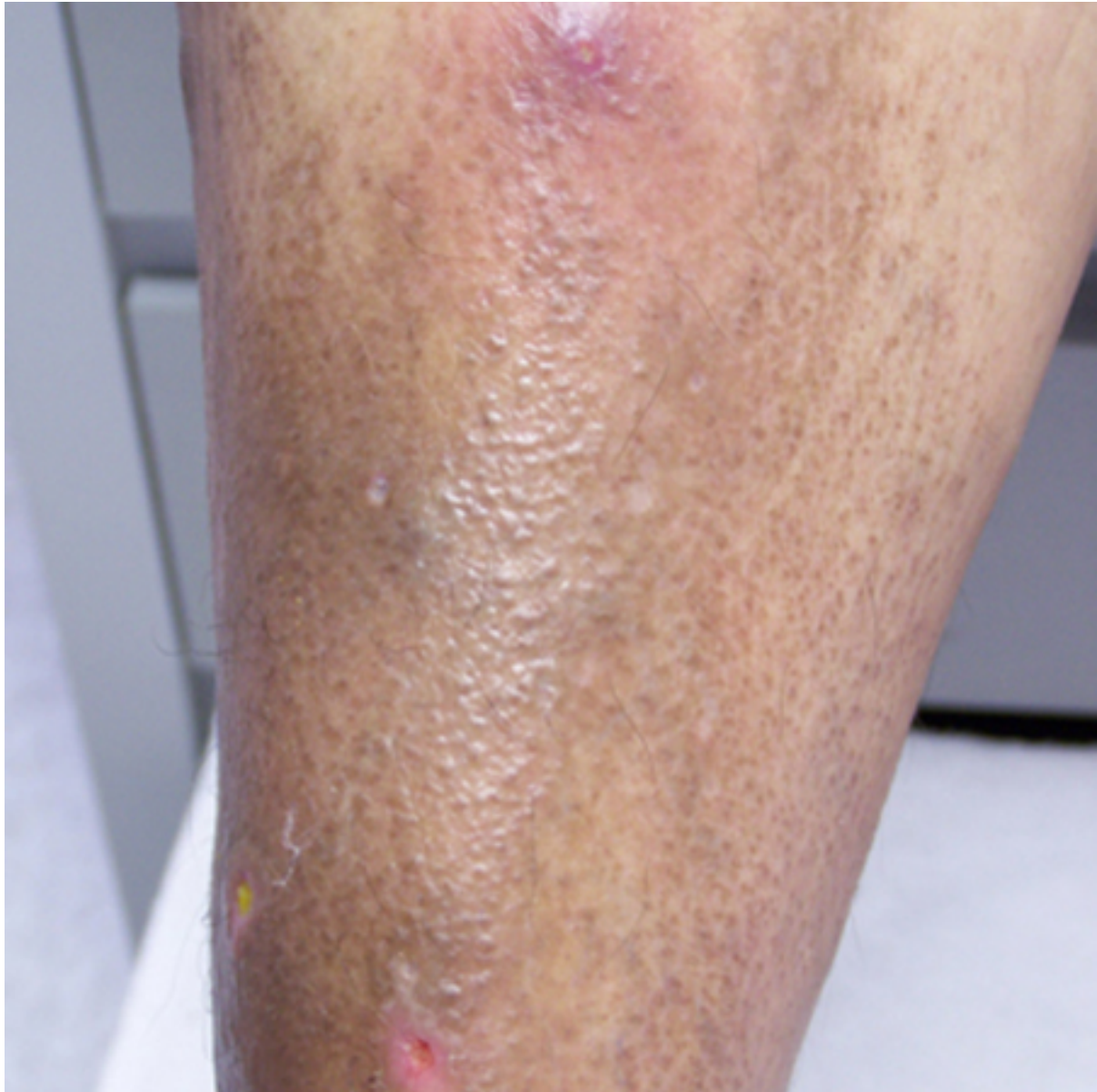


Figura 2: Deposição de hemossiderina

Do acervo de Maureen K. Sheehan, MD; usado com permissão

Aviso legal

O BMJ Best Practice destina-se a profissionais da área médica licenciados. A BMJ Publishing Group Ltd (BMJ) não defende nem apoia o uso de qualquer medicamento ou terapia contidos nesta publicação, nem diagnóstica pacientes. Como profissional da área médica, são de sua inteira responsabilidade a assistência e o tratamento dos seus pacientes, e você deve usar seu próprio julgamento clínico e sua experiência ao utilizar este produto.

Este documento não tem a pretensão de cobrir todos os métodos diagnósticos, tratamentos, acompanhamentos, medicamentos e contraindicações ou efeitos colaterais possíveis. Além disso, como os padrões e práticas na medicina mudam à medida que são disponibilizados novos dados, você deve consultar várias fontes. Recomendamos que você verifique de maneira independente os diagnósticos, tratamentos e acompanhamentos específicos para verificar se são a opção adequada para seu paciente em sua região. Além disso, em relação aos medicamentos que exijam prescrição médica, você deve consultar a bula do produto, que acompanha cada medicamento, para verificar as condições de uso e identificar quaisquer alterações na posologia ou contraindicações, principalmente se o medicamento administrado for novo, usado com pouca frequência ou tiver uma faixa terapêutica estrita. Você deve sempre verificar se os medicamentos referenciados estão licenciados para o uso especificado e às doses especificadas na sua região.

As informações incluídas no BMJ Best Practice são fornecidas "na maneira em que se encontram", sem nenhuma declaração, condição ou garantia de serem precisas ou atualizadas. A BMJ, suas licenciadoras ou licenciadas não assumem nenhuma responsabilidade por nenhum aspecto do tratamento administrado a qualquer paciente com o auxílio dessas informações. Nos limites da lei, a BMJ e suas licenciadoras e licenciadas não deverão incorrer em qualquer responsabilização, incluindo, mas não limitada a, responsabilização por eventuais danos decorrentes do conteúdo. São excluídas todas as condições, garantias e outros termos que possam estar implícitos por lei, incluindo, entre outros, garantias de qualidade satisfatória, adequação a um fim específico, uso de assistência e habilidade razoáveis e não violação de direitos de propriedade.

Caso o BMJ Best Practice tenha sido traduzido a outro idioma diferente do inglês, a BMJ não garante a precisão e a confiabilidade das traduções ou do conteúdo fornecido por terceiros (incluindo, mas não limitado a, regulamentos locais, diretrizes clínicas, terminologia, nomes de medicamentos e dosagens de medicamentos). A BMJ não se responsabiliza por erros e omissões decorrentes das traduções e adaptações ou de outras ações. Quando o BMJ Best Practice apresenta nomes de medicamentos, usa apenas a Denominação Comum Internacional (DCI) recomendada. É possível que alguns formulários de medicamentos possam referir-se ao mesmo medicamento com nomes diferentes.

Observe que as formulações e doses recomendadas podem ser diferentes entre os bancos de dados de medicamentos, nomes e marcas de medicamentos, formulários de medicamentos ou localidades. Deve-se sempre consultar o formulário de medicamentos local para obter informações completas sobre a prescrição.

As recomendações de tratamento presentes no BMJ Best Practice são específicas para cada grupo de pacientes. Recomenda-se cautela ao selecionar o formulário de medicamento, pois algumas recomendações de tratamento destinam-se apenas a adultos, e os links externos para formulários pediátricos não necessariamente recomendam o uso em crianças (e vice-versa). Sempre verifique se você selecionou o formulário de medicamento correto para o seu paciente.

Quando sua versão do BMJ Best Practice não estiver integrada a um formulário de medicamento local, você deve consultar um banco de dados farmacêutico local para obter informações completas sobre o medicamento, incluindo as contraindicações, interações medicamentosas e dosagens alternativas antes de fazer a prescrição.

Interpretação dos números

Independentemente do idioma do conteúdo, os numerais são exibidos de acordo com o padrão de separador numérico do documento original em inglês. Por exemplo, os números de 4 dígitos não devem incluir vírgula ou ponto; os números de 5 ou mais dígitos devem incluir vírgulas; e os números menores que 1 devem incluir pontos decimais. Consulte a Figura 1 abaixo para ver uma tabela explicativa.

A BMJ não se responsabiliza pela interpretação incorreta de números que estejam em conformidade com o padrão de separador numérico mencionado.

Esta abordagem está alinhada com a orientação do [Bureau Internacional de Pesos e Medidas](#).

Figura 1 – Padrão numérico do BMJ Best Practice

numerais de 5 dígitos: 10,000

numerais de 4 dígitos: 1000

numerais < 1: 0.25

Nosso site completo e os termos e condições de inscrição podem ser encontrados aqui: [Termos e Condições do site](#).

Fale conosco

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

Colaboradores:

// Autores:

Alun H Davies, MA, DM, DSc, FRCS, FHEA, FEBVS, FACPh

Professor of Vascular Surgery and Honorary Consultant Vascular Surgeon
Department of Surgery and Cancer, Imperial College London, Imperial Vascular Unit, Imperial College Healthcare NHS Trust, London, UK

Declarações: AHD declares that he has no competing interests.

Tristan RA Lane, MBBS, BSc, PhD, FRCS

Consultant Vascular Surgeon
Cambridge Vascular Unit, Addenbrooke's Hospital, Cambridge University Hospital Trust, Cambridge, Honorary Senior Clinical Lecturer, Section of Vascular Surgery, Department of Surgery and Cancer, Imperial College London, UK

Declarações: TRAL declares that he has no competing interests.

// Agradecimentos:

Professor Alun Davies and Mr Tristan Lane would like to gratefully acknowledge Dr Luis R. Leon Jr, Dr Maureen K. Sheehan, and Dr Boulos Toursarkissian, previous contributors to this topic.

Declarações: LRL, MKS and BT declare that they have no competing interests.

// Pares revisores:

Paul Tisi, MBBS, MS, FRCSEd

Medical Director/Consultant Vascular Surgeon
Bedford Hospital, Bedford, UK

Declarações: PT declares that he has no competing interests.

Nick Morrison, MD, FACS, FACPh

Director
Morrison Vein Institute, Scottsdale, AZ

Declarações: NM declares that he has no competing interests.