

O Exame Vascular

Emil Burihan

José Carlos Costa Baptista-Silva

O exame clínico das doenças vasculares periféricas baseia-se na procura e interpretação de sintomas e sinais que podem aparecer no local de uma alteração.

Mais de 90% das doenças vasculares periféricas podem ser diagnosticadas clinicamente desde que esse exame seja realizado de maneira sistemática e cuidadosa. Ao final do exame, pode-se chegar a um diagnóstico anatômico e funcional e ao grau de acometimento de órgãos e tecidos.

Existem poucas áreas da Medicina nas quais as condições encontradas levam sozinhas tão rapidamente ao diagnóstico somente com base na história e no cuidadoso exame clínico, como acontece na doença vascular.

As semiologias arterial, venosa e linfática enquadram-se nos quatro parâmetros clássicos: inspeção, palpação, percussão e ausculta.¹

Na doença arterial oclusiva, que se constata na forma mais freqüente de procura da consulta médica, a coleta dos dados da história do doente e o exame físico completo podem nos fazer chegar a um diagnóstico anatômico bastante preciso. No campo das doenças

venosas, a semiologia clássica elementar dá-nos e continua dando os dados essenciais para diagnóstico e terapêutica.

Por um princípio didático e para mais fácil compreensão, separamos neste capítulo o exame clínico realizado nas doenças arteriais, nas doenças venosa e nas doenças linfáticas.

EXAME CLÍNICO NAS DOENÇAS ARTERIAIS

Anamnese. Já na identificação dos doentes há alguns dados que ajudam no diagnóstico das doenças arteriais: sexo, idade, profissão. A doença arterial crônica mais freqüente é de origem aterosclerótica; é mais freqüente nos homens e na faixa etária dos 50 aos 70 anos. Algumas doenças inflamatórias, as chamadas vasculites podem ocorrer no homem e na mulher. A tromboangeíte obliterante acomete o homem moço entre os 20 e 30 anos de idade, ao passo que a arterite de Takayasu é mais freqüente nas mulheres jovens em mais de 80% dos casos.⁵

Com relação à profissão, algumas pessoas que trabalham muito com as mãos, como os digitadores, têm trauma por esforço

repetitivo, que pode desencadear fenômenos vasoespásticos e eventualmente lesões digitais.

Na história da doença arterial é importante perguntar o tempo de aparecimento dos sintomas e de que modo surgiram; se abruptamente, sugerem uma arteriopatia aguda, ou se lenta e progressiva, uma arteriopatia obstrutiva crônica.

Arteriopatia crônica obstrutiva

Sintomas

Decorrem da diminuição ou da abolição do fluxo arterial, isto é, da isquemia dos tecidos, e dependem dos graus de obstrução arterial e de desenvolvimento da circulação colateral. Os mais importantes são: a) claudicação intermitente; b) dor da neuropatia isquêmica; c) dor em repouso.

Claudicação intermitente

A claudicação intermitente é um sintoma patognomônico da obstrução arterial crônica e é um dos sintomas mais específicos da Medicina. O termo claudicar vem do latim, do verbo *claudicare* e significa coxear ou mancar; é empregado de maneira rotineira, na prática clínica.

A característica da dor na claudicação intermitente é o seu aparecimento apenas após o exercício muscular, como a deambulação. A dor pode iniciar-se como uma sensação de cansaço ou fraqueza, passando frequentemente a ser referida como constrição, aperto ou câimbra e pode chegar a ser insuportável, obrigando o indivíduo a parar de andar. A dor vai cessando, diminuindo de intensidade e desaparece completamente com o repouso. Não há nenhum tipo de dor nas extremidades com estas características.

A localização da dor vai depender do local da obstrução arterial, mas é freqüente nas panturrilhas, podendo ocorrer nas coxas e nas regiões glúteas. Quanto maior for a isquemia, mais curta será a distância que o indivíduo consegue andar antes do aparecimento da dor (distância de claudicação) e maior será o período de recuperação da dor, isto é, maior será o tempo exigido para que a dor desapareça completamente.

Sintomas de isquemia crônica ocorrem nos membros superiores, dependendo também da isquemia tecidual, e com as mesmas características, isto é, aparecem com o exercício e cessam com o repouso.

Sintomas de origem neurológica: Neuropatia isquêmica

Os doentes com obstrução arterial podem apresentar queixas de parestesia, hipostesia, anestesia, paresia e mesmo paralisia, e esses sintomas são decorrentes da isquemia dos nervos.

Dor em repouso

Na isquemia crônica a dor em repouso pode ser uma evolução da claudicação intermitente; surge insidiosamente, piora à noite, principiando ou agravando-se pela exposição ao frio. A dor em repouso é em geral muito intensa; é descrita como uma das piores dores, com tendência a agravar-se durante a noite ou com o frio. Para aliviá-la os doentes em geral colocam o membro em posição pendente fora do leito. Esta dor não responde aos analgésicos comuns nem aos opiáceos e às vezes só melhora com a revascularização do membro.

A dor em repouso pode aparecer também no local em que ocorreu um trauma.

Outras queixas: os doentes podem referir queda de pelos, alterações ungueais, esfriamento dos pés, alteração da cor da pele (palidez e ou cianose).

Impotência erétil: a impossibilidade de manter ereção peniana pode ser um dos sintomas precoces dos doentes com a arteriopatia obstrutiva dos membros inferiores.

Exame físico

O exame físico de um doente com arteriopatia obstrutiva consta de inspeção, palpação, percussão e ausculta.

Inspeção: no exame físico podem ser observadas as alterações da cor da extremidade, na parte mais distal do membro, como palidez e cianose. Deve ser comparativa entre um pé e outro e também no próprio membro.

Quando em posição horizontal não se detecta alteração da cor; algumas manobras para

tornar mais evidente essas alterações podem ser realizadas:

- a) elevação das extremidades: os membros inferiores são elevados entre 45 e 60°, podendo se recomendar flexão e extensão dos dedos dos pés. Nos indivíduos normais as mãos e os dedos sofrem discreta palidez; quando existe obstrução arterial o membro mais acometido torna-se mais pálido do que o contralateral (figura 1).



Figuras 1 e 2 – Hiperemia reativa.

- b) posição pendente (figura 2). Quando após a elevação dos membros estes são colocados em posição pendente, existe uma hiperemia. No membro normal a volta da coloração leva até 10 segundos, para ocorrer tornando-se mais hiperêmico do que o normal. Quando existe obstrução arterial, além de um retardo na volta à coloração inicial, a extremidade passa a apresentar uma coloração mais intensa ou eritrocianótica.



Figuras 3 e 4 – Hiperemia reativa (posição pendente das extremidades)

- c) tempo de enchimento venoso (figura 3). As veias são esvaziadas durante a elevação do membro e mede-se o tempo que ocorre para o seu enchimento. Nos indivíduos normais esse tempo é de até 10 segundos. Quando há obstrução no sistema arterial, esse tempo é retardado. Após o enchimento venoso aparece o rubor pendente.
- d) rubor pendente (figura 4).

Alterações tróficas: pode haver atrofia do membro ou parte dele e ainda da massa muscular. A pele é seca e descamativa, atrofica e com ausência de pêlos, as unhas apresentam-se espessadas, secas e quebradiças.

Úlceras isquêmicas: podem se formar espontaneamente ou após um trauma e são extremamente dolorosas. Na arteriopatia obstrutiva tendem a ser unilaterais e aparecer nos dedos, no dorso, na margem externa do pé e na região calcânea. Na tromboangeíte obliterante tendem a ser mais distais junto às margens ungueais e ao espaço interdigital.

Gangrena: em geral é do tipo seca e sem secreções; quando já bem estabelecida, forma a linha de demarcação. No início é dolorosa, mas quando se delimita rapidamente cessa a dor (figuras 5 e 6).



Figura 5 – Delimitação do nível de necrose.



Figura 6 – Delimitação do nível de necrose.

Palpação

Temperatura: a simples palpação do membro e a comparação com o membro contralateral podem fornecer informações preciosas. A pesquisa da temperatura pode ser feita com o dorso dos dedos por ser mais sensível. Os tecidos isquêmicos costumam apresentar diminuição da temperatura (esfriamento).

Frêmitos: a palpação de um frêmito sistólico sugere a presença de uma estenose arterial ou dilatação arterial; pode ser feita sobre todo o trajeto arterial.

Palpação das artérias. As artérias devem ser palpadas tanto no plano superficial quanto no plano profundo. Nos membros inferiores a ordem de palpação é: aorta abdominal, femoral comum, femoral superficial, poplítea, tibial posterior, tibial anterior e pediosa, estas no nível do tornozelo. Nos membros superiores: subclávia, axilar, braquial e no punho, a radial e a ulnar. A artéria carótida é palpada imediatamente à frente do músculo esternocleidomastoideo abaixo do ângulo da

mandíbula. Existem algumas artérias que exigem mais treino do examinador; entre estas destaca-se a artéria poplítea. A artéria subclávia na fossa supraclavicular é difícil de ser palpada na mulher e nos obesos.

Para dirimir dúvidas entre o pulso do examinador e o do doente, levar em conta a diferença de frequência cardíaca. O pulso arterial é graduado de zero a quatro cruzes, podendo estar normal (4+), diminuído (1 a 3+) ou abolido (0). A intensidade de palpação em uma artéria deve ser sempre comparada com a artéria contralateral ou com outras artérias de calibres semelhantes, não sendo útil a comparação entre artérias com grande diferença de calibre.

Ausculta das artérias. Deve sempre ser feita rotineiramente, o que é conseguido no trajeto das artérias. Um sopro sistólico pode ocorrer nas estenoses de qualquer origem, tanto interna ao vaso como placas de ateroma, espessamento de paredes, nas arterites e displasias. Deve-se tomar cuidado para não pressionar demais a artéria pois pode simular um sopro. Na obstrução total da artéria não ouvimos nem sopro nem batimento arterial com o estetoscópio comum.

Aneurismas arteriais. Na palpação de tumores pulsáteis, é importante verificar o tipo de pulsação. Os aneurismas em geral apresentam impulso em todo os sentidos. Quando bem evidente é bem provável que seja um aneurisma. A impulsividade pode estar diminuída se houver muitos coágulos no seu interior. A diferenciação tem que ser feita com os tumores junto ou sobre as artérias, mas a sua impulsividade é apenas em um sentido, sem apresentar expansão pulsátil lateral. O frêmito quando presente é sistólico, assim também ocorre com o sopro à ausculta.

Fístulas arteriovenosas. Nas fístulas arteriovenosas traumáticas (comunicação anormal entre a artéria e a veia), principalmente de médio e grande calibres, podem ser palpados um frêmito e um sopro contínuos, rude em "maquinaria" com reforço pré-sistólico característico das fístulas arteriovenosas traumáticas e, em algumas

ocasiões, mas raramente, podem ser observados nas fístulas congênitas.

Oclusões arteriais agudas. A oclusão súbita de uma artéria é uma entidade clínica muito importante e freqüente na prática, e necessita de diagnóstico e tratamento precoces na maioria das situações. Pode decorrer de uma embolia ou de uma trombose ou de um traumatismo arterial. Com relação ao diagnóstico clínico vascular, alguns aspectos são importantes para caracterizar sua etiologia, pois, como veremos mais adiante, as embolias ocorrem em cerca de 90% dos casos em doentes com cardiopatia e a trombose arterial por uma doença arterial prévia.

Quadro clínico. É clássica a descrição de que as oclusões arteriais agudas manifestam-se de maneira súbita, com dor, parestesia, paralisia, esfriamento, palidez das extremidades e ausência de pulsos distalmente às obstruções, mas existem variações na forma de início do quadro clínico que pode confundir o examinador.

De modo geral, o quadro clínico da obstrução arterial aguda está relacionado à dor de forte intensidade, de início súbito e de caráter variável, predominando sobre os demais sintomas. Entretanto, com certa freqüência a dor se inicia de maneira insidiosa, de fraca intensidade, sendo sobreposta pelos sintomas neurológicos, aumentando gradualmente de intensidade até se constituir, ao final de algumas horas, no sintoma principal.¹

Haimovici,⁴ analisando 330 casos de isquemia periférica, observou que 81,2% deles apresentavam quadro clínico inicial agudo, sendo que destes, 59,5% tinham dor, e em 21,2% havia apenas paralisia e esfriamento.

Portanto para chegar a um diagnóstico etiológico correto é muito importante saber se o doente já tinha uma cardiopatia prévia (embolia) ou arteriopatia prévia (trombose) ou se teve um traumatismo por arma de fogo, arma branca ou atropelamento com fratura.

A anamnese: como já foi relatado anteriormente, os doentes vão referir dor de forte intensidade, de início súbito de grau e intensidade variáveis.

As alterações decorrentes da isquemia dos tecidos dependem do equilíbrio entre o grau de obstrução arterial, o desenvolvimento prévio de circulação colateral e a necessidade metabólica do tecido, surgindo dor sempre que a perfusão tecidual seja insuficiente para manter o metabolismo normal.

Esfriamento do membro: é caracterizado por esfriamento da parte distal à oclusão e vai variar de acordo com o nível da obstrução arterial. Assim, por exemplo, na obstrução aguda da aorta abdominal, os dois membros vão estar frios desde os pés até à raiz da coxa.

Os doentes também relatam a alteração da cor nas extremidades que varia desde uma simples palidez de um dedo ou de todo o pé, às vezes com áreas de cianose.

Os doentes podem referir parestesias, hipoestesia, fraqueza, e mesmo paralisias, caracterizando as alterações neurológicas decorrentes da isquemia arterial.

Exame físico

O exame físico cuidadoso com inspeção e palpação aliado aos elementos da anamnese, é quase que característico para fazer o diagnóstico da síndrome de obstrução arterial aguda. **Inspeção:** observamos palidez de um dedo ou até de todo o pé e ou áreas cianóticas que podem ser discretas até uma palidez cadavérica e uma cianose intensa (figuras 7 e 8). Estas características devem ser sempre comparadas no mesmo membro ou com o membro contralateral.



Figura 7 – Cianose intensa no pé esquerdo.



Figura 8 – Síndrome compartimental ântero-lateral.

Colapamento das veias superficiais. As veias estão vazias de sangue quando ocorre a cianose, os locais que clareiam a dígitoressão geralmente são viáveis após a revascularização, ao contrário das fixas que podem se tornar irreversíveis.

Síndrome de compartimento ântero-lateral (figura 8)

Palpação: deve-se palpar a temperatura e os pulsos.

Temperatura: deve-se palpar com o dorso da mão, os dedos, o pé todo, a perna e a coxa e comparar com membro contralateral. Dependendo do nível da obstrução. O esfriamento pode atingir apenas o pé com o gradiente na base dos artelhos (obstrução das artérias distais da perna). (O esfriamento atinge entre o terço médio e o terço superior da perna obstrução entre a femoral superficial e a poplítea). Esfriamento com gradiente pouco acima do joelho (obstrução da artéria femoral comum). Esfriamento com gradiente no terço superior da coxa (obstrução da artéria ilíaca primitiva). Esfriamento dos dois membros até o terço superior das coxas (obstrução da aorta abdominal).

Palpação sistemática. A palpação sistemática de todos os pulsos arteriais constitui a etapa mais importante do exame físico permitindo diagnóstico da obstrução arterial como também do local da oclusão. Não obstrução arterial aguda os pulsos distais ao local da oclusão estão ausentes. De maneira clara não precisamos de mais nenhum exame para definir o nível da oclusão. As chamadas provas funcionais que citamos anteriormente costumam estar mais bem acentuadas na oclusão arterial aguda.

Ausculata. A ausculata de um sopro sistólico em um trajeto arterial pode nos sugerir já haver uma estenose prévia em uma artéria. A pesquisa dos sinais neurológicos é muito importante para determinar o prognóstico, a urgência e o tipo de terapêutica a ser empregado. A sensibilidade tátil, térmica e dolorosa e as alterações motoras quanto mais alterados mais grave será a isquemia. A palpação da massa muscular com grande alteração da consistência ajuda também a quantificar o grau de isquemia. Como relatado anteriormente o diagnóstico da síndrome de oclusão arterial aguda é muito simples de ser feito nos baseando nos dados e de anamnese de um exame físico bem feitos. A dificuldade diagnóstico se concentra na etiologia pois em algumas situações não é muito evidente a fonte embolígena que caracteriza a embolia arterial e também às vezes não é muito bem definida pelo doente uma arteriopatia prévia.

EXAME CLÍNICO NAS DOENÇAS VENOSAS

Diagnóstico clínico

As doenças venosas podem ser agudas ou crônicas vamos nos deter inicialmente nas que têm quadro clínico agudo.

Trombose venosa aguda pode ser superficial ou profundo. A trombose venosa aguda superficial é uma síndrome relativamente freqüente em que há alguma inflamação da parede da veia e dos tecidos vizinhos em grau variável, segundo vários autores há uma incidência bastante variável de 0,1 a 51,5% dos casos (estas como complicação do cateterismo venoso).

Quadro clínico: é frequentemente agudo. Os sintomas e sinais são apenas locais e o diagnóstico é essencialmente clínico com base na anamnese e no exame físico. Como antecedentes importantes podemos anotar: história de uma injeção intravenosa ou, o doente ser portador de varizes nos membros inferiores onde a ocorrência é freqüente.

Sintomas: o doente refere dor de intensidade variável e vermelhidão em trajetos de veias superficiais, piorando a dor com a

movimentação do membro ou a dígito-pressão no seu trajeto.

Exame físico: a inspeção: a pele que recobre a veia apresenta-se avermelhada no seu trajeto e com o decorrer do tempo pode se tornar de cor marrom acastanhada.

Palpação: nota-se um cordão endurecido, doloroso e um pequeno aumento da temperatura no trajeto venoso. O edema é superficial atingindo apenas a pele e tecido celular subcutâneo e é consequência da reação inflamatória venosa e do tecido ao redor da veia. A extensão é bem variável atingindo desde pequenos segmentos da veia, até grandes veias como a safena magna em toda sua extensão.

A evolução é benigna regredindo com tratamento apropriado em pouco tempo, mas o trajeto venoso atingido se for extenso, o cordão endurecido pode demorar muito tempo para se desfazer.

Pode ocorrer embolia pulmonar na progressão para o sistema venoso profundo, mas é rara.

O diagnóstico diferencial mais importante é com a linfangite aguda que também tem cordão vermelho visível, mas não palpável.

Trombose venosa profunda (TVP)

Diagnóstico clínico

A trombose venosa profunda dos membros é uma doença em que ocorre um trombo mais reação inflamatória em uma veia profunda podendo provocar manifestações locais, regionais e sistêmicas.

Temos que pensar sempre na possibilidade de uma TVP nos chamados doentes de risco isto é: doente acamado, pós-cirurgias, pós-parto, politraumatizados. O diagnóstico tem que ser o mais precoce possível, para impedir o aumento do trombo que pode levar a uma complicação fatal (embolia pulmonar) e se não for bem tratado poderá evoluir para uma insuficiência venosa crônica irreversível.

Para alguns autores em algumas situações o exame clínico isoladamente não é confiável, mas quanto mais extensa a trombose será mais freqüente o aparecimento de sintomas e sinais.

Anamnese

Os sintomas podem ser relatados quando for a principal queixa do doente ou então no interrogatório sobre os diversos aparelhos.

Sintomas:

Dor: é o sintoma mais comum da TVP dos membros inferiores que segundo Maffei⁵ et al aparecem em 81,7% dos doentes. (tabela 1)

A dor é decorrente da distensão da veia, da inflamação vascular e perivascular e pelo edema muscular que expande o volume dos músculos no interior da massa muscular pouco distensível, ocasionando a pressão sobre terminações nervosas.

A dor pode ser espontânea, surgir em repouso e piorar quando o doente tenta apoiar o pé no chão ou deambular.

Existe uma queixa de dor muito intensa na perna ou na coxa lancinante, insuportável que aparece no quadro da chamada "*flegmasia coerulea dolens*" que ocorre na trombose venosa maciça.

Tabela 1 - Alterações em 188 doentes com TVP dos membros inferiores com comprovação flebográfica*

Sintomas	Incidência (%)
Dor	86,7
Edema	86,7
Aumento da consistência muscular	69,7
Dor no trajeto venoso	63,3
Sinal de Homans	61,7
Dilatação de veias superficiais	48,6
Cianose	11,5

* Maffei et al. Doenças vasculares periféricas. 2ª edição. Rio de Janeiro: MEDSI; 1995.

Edema: deve se suspeitar fortemente de TVP quando o doente apresentar edema unilateral. É um edema que evolui com o aumento do diâmetro do membro atingindo pele, subcutâneo e massa muscular. Alguns doentes com TVP distal atingindo apenas uma veia da perna porém não apresenta edema principalmente de repouso.

Outros sintomas são os relacionados com as manifestações gerais que podem ocorrer antes das manifestações locais: febre discreta (37,1 ou 37,2° C), taquicardia, mal-estar pelo corpo. A taquicardia com febre baixa é chamada de

sinal de "Mahler-Michaelis" e tem muita importância como manifestação prodrômica.

Nos antecedentes deve-se sempre perguntar a respeito de outras doenças ou um dos fatores de risco onde incide mais frequentemente a TVP. Se houver alguma doença anterior ou atual tais como neoplasias, doenças cardiovasculares, infecciosas, hematológicas, vasculites, repouso e cirurgias recentes, traumatismo e fraturas recentes.

Exame físico dos membros

Esse exame deve ser realizado de rotina no doente acamado principalmente os de alto risco, mesmo que não tenham sintoma.

Inspeção: trajetos venosos superficiais visíveis na face anterior do pé e da perna que caracterizam o sinal de Pratt (veias sentinelas). Pode ocorrer em cerca de 5% dos doentes.

Cianose: não é muito freqüente mas fica mais acentuada com o doente em posição ortostática. É muito intensa nos doentes com flegmasia coerulea dolens.

Edema subcutâneo: pode ser verificado a simples inspeção do membro e comparar com membro contralateral comprimindo a pele, ele é depressível (Godet).

Edema muscular: é identificado pela palpação da massa muscular dando menor mobilidade a panturrilha que fica empastada. Quando comparada com outro membro constitui o sinal da Bandeira (figura 9).



Figura 9 – Sinal da bandeira.

Quando palpado contra a estrutura óssea o doente refere dor, que é o sinal de Bancroft (figura 10).



Figura 10 – Sinal de Bancroft.

Vários autores descreveram os sinais com nomes para algumas manobras executadas na panturrilha tais como (Homans, Löwemberg, Olow, etc.). Passam a ter valor no conjunto dos dados. O mais famoso é o sinal de Homans que consiste na dorsoflexão do pé sobre a perna e o doente vai referir dor na massa muscular na panturrilha (figura 11).



Figura 11 – Sinal de Homans.

Vamos relatar dois quadros clínicos graves por sua importância:

- a) *Flegmasia alba dolens* é uma trombose do setor fêmoro-iliaco onde todo o membro vai apresentar um edema intenso, dor e palidez em todo o membro (figura 12);



Figura 12 – Flegmasia alba dolens.

- b) *Flegmasia coerulea dolens* é a trombose maciça do membro impedindo que haja retorno venoso (figura 13). É a obstrução quase total das veias da perna. Forma-se um edema intenso rápido e o membro fica cianótico, frio e a dor é relatada como excruciante e muito forte. Aspecto importante é o desaparecimento dos pulsos do membro (confundindo com a oclusão arterial aguda). Os dedos do pé e a perna vão se tornando escuros e evoluem para gangrena.



Figura 13 – Flegmasia coerulea dolens.

Varizes dos membros inferiores

É uma das poucas doenças que o próprio doente já vem dizendo ao médico que é portador de varizes.²

O exame deve ser minucioso, verificando as doenças concomitantes que possam ter interferido na evolução: tais como cardiopatias, tumores malignos, enfisema, doenças infecciosas e diabetes melito.

interrogatório: se o paciente tiver menos de quinze anos de idade ou relatar varizes desde o nascimento devemos pensar em angiodisplasia que é uma doença congênita.

A profissão que exige mais ortostatismo no trabalho predispõe ao aparecimento ou aumento das varizes.

Anamnese: varizes essenciais surgem mais frequentemente durante a segunda ou terceira décadas da vida de modo insidioso, e evolui lenta e progressivamente. Pode ter passado de gestações, obesidade ou pelos hábitos de vida como o sedentarismo.

Deve-se diferenciar se são varizes primárias ou secundárias. As varizes secundárias podem ocorrer após um traumatismo atingindo a artéria e a veia formando a fistula arteriovenosa e consequentemente varizes. Na síndrome pós-trombótica também pode ocorrer varizes na evolução e evidentemente a terapêutica ser diferente das varizes essenciais.

Outro ponto importante nos antecedentes é a história familiar. É raro o doente que não tem nenhum parente portador de varizes (mãe, pai, tios).

O doente com varizes procura um médico por três motivos principais: a) pelo sofrimento que causam; b) pela preocupação estética; c) por temer complicações.

Sintomas

Os sintomas constituem o motivo mais freqüente da consulta do doente com varizes outras vezes é só presença das varizes que causa preocupação ao doente.

Os sintomas podem ser habituais ou ocasionais.²

Sintomas habituais: as queixas mais freqüentes nos portadores de varizes são: dor, cansaço e peso nas pernas. Os sintomas ocasionais ardor, prurido, formigamento e câibras. As dores determinadas pelas varizes são dores da estase venosa, dores difusas manifestando-se de modo diverso de outras dores que acometem os membros inferiores. A dor piora com o decorrer do dia na posição ortostática e melhora com a deambulação. Também piora com o calor e nos membros há exacerbação dos sintomas na fase pré-menstrual e durante a gestação.

Sintomas ocasionais: são ardor, prurido e formigamento nas pernas. É muito freqüente a queixa de câibra noturna talvez pela estase venosa.

Exame físico dos membros

Inspeção: o doente tem que ser examinado de pé e com boa iluminação. Cada membro deve ser examinado na face ventral, dorsal, lateral e medial da parte caudal até o cranial. Na inspeção observa-se a distribuição dos trajetos varicosos e a natureza das varizes, isto é sua morfologia e sua localização. Temos que observar se são varizes, varícolas se são telangiectasias. Se estão no trajeto da veia safena magna ou parva ou se tem localização diversa e se esvaziam pela elevação dos membros. As veias perfurantes muito insuficientes podem ser observadas pela simples inspeção.

A observação do doente é feita com método examinando os dois membros inferiores. As varizes primárias habitualmente são bilaterais em estágios diversos na evolução ao passo que as secundárias tendem ser unilaterais e o

trajeto de modo anárquico. A pele tem que ser observada com atenção para verificar modificações de cor e aspecto.

Manchas ocreas ou hiperpigmentação localizam-se no terço inferior da perna na face medial, verificar a presença de eczema, de edema, varicoflebite e úlcera que em geral estão junto ao maléolo medial.

Nas varizes essenciais as úlceras são pequenas e ocorrem tardiamente e em geral são indolores. A úlcera tem a forma variada, margens a pique ou em declive os tecidos vizinhos têm outros sinais de hipertensão venosa tais como: eczema, hiperpigmentação, fibrose e o fundo é róseo.

Palpação

Verifica-se o edema e o estado do tecido celular subcutâneo. Palpa-se os linfonodos, palpa-se as varizes. É aconselhável ao doente a permanência de pé parado cerca de 10 minutos para que se inicie o exame (figura 14).



Figura 14 – Varizes de membros inferiores (doente em pé). Palpa-se a tensão venosa e deve-se acompanhar o trajeto para verificar se existe flebite.

A importância da palpação é preciosa na localização das perfurantes baseando-se nos defeitos da fácia aponeurótica. No caso de

insuficiência de perforante o esvaziamento das veias permite a acentuação da depressão junto à botoeira.

Existem várias manobras especiais para identificar a que tronco venoso pertencem as veias insuficientes.

Assim temos a prova de Schwartz em que se associa a percussão com a palpação. Consiste na percussão de trajetos venosos dilatados com a ponta dos dedos enquanto a outra mão espalmada se percebe a progressão da onda sangüínea.

Testes para diagnóstico de varizes

Existem em uma numerosos testes para verificar a localização da insuficiência valvar na junção das veia safena com o sistema profundo ou ao nível das veias perforantes.

Os mais usados são: Brodie, Rima Trendelenburg (figuras 15, 16, 17, 18) conhecidos também como prova dos garrotes. Vamos descrever apenas esta prova pois a partir da mesma podemos observar qual será a complementação necessária.

Teste de Brodie, Rima Trendelenburg. É também conhecida como prova dos três garrotes. a) coloca-se o doente de pé sobre um banco para inspecionar bem os trajetos varicosos (figura 18); b) o doente em posição dorsal coloca-se um garrote pouco acima do maléolo e um outro garrote na raiz da coxa; c) coloca-se o doente de pé. Após alguns minutos caso haja dilatação das veias da perna antes de liberar o garrote, estamos diante de duas possibilidades: i) perforantes insuficientes e/ou; ii) insuficiência da veia safena parva; d) com o doente de pé ainda com os garrotes caso não haja dilatação de nenhuma veia e só vai haver dilatação venosa com a liberação do garrote proximal, trata-se de uma insuficiência ostial da croça da veia safena magna (figuras 15 a 18). A partir dessa prova temos inúmeras variantes como por exemplo: identificar pontos de veias perforantes insuficientes, croça de safena parva.



Figuras 15,16,17 e 18 - Teste de Brodie, Rima, e Trendelenburg.

Exame Clínico das Doenças Linfáticas

Diagnóstico clínico. Caracteriza-se pelo aumento do volume de todo ou parte de um membro, pelo edema que se segue à alteração na circulação da linfa. Quando nos deparamos com edema unilateral do membro pode ser um edema de origem linfática ou de origem venosa (hipertensão venosa – flebedema). O linfedema tem uma característica especial pois consiste no aumento do volume do membro que altera o seu aspecto normal. No membro inferior a perna perde seu aspecto de afilamento do terço inferior, adquirindo forma cilíndrica. É um edema duro, não depressivo, que de início apresenta algum grau de regressão, mas nos estágios mais avançados a fibrose do tecido celular subcutâneo é mais evidente e a pele apresenta alterações; como maior espessamento, hiperpigmentação, pode apresentar verrucosidades principalmente na face dorsal dos dedos (figura 19). O edema ainda pode ser rizomélico, que se inicia na raiz da coxa e depois progride caudalmente. Ele tem importância clínica pois o seu aparecimento súbito pode denunciar uma

neoplasia oculta. A confusão entre linfedema e trombose venosa profunda aguda pode ocorrer, mas é rara pois nesta o edema é depressivo e há dor à movimentação da massa muscular.



Figura 19 - Linfedema.

Erisipela (Linfangite). Corresponde a uma infecção do tecido celular subcutâneo e de sua rede linfática com placas de hipertemia e

hiperemia dolorosa, febre alta e tremores de frio. Estes podem preceder o aparecimento da hiperemia cutânea. Costuma ser muito dolorosa ao simples toque da pele (figura 20). Podem ocorrer descamação da pele e até necrose em placas, bem como sintomas de toxemia; nódulos dolorosos na região inguinal que recebe a drenagem linfática são palpáveis. A infecção é causada pelo estreptococo, mais raramente pelo estafilococo e outros. É muito importante verificar pontos de entrada dos germes que muitas vezes é uma micose interdigital.



Figura 20 - Erisipela.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O exame clínico é a parte mais importante no diagnóstico pois é ele que orienta todas as demais etapas do diagnóstico. É a partir do exame clínico que se chega ao diagnóstico sintômico, anatômico e etiológico e são listados os possíveis diagnósticos diferenciais. Quando finalmente são solicitados os exames complementares para o diagnóstico definitivo

REFERÊNCIAS

1. Burihan E. Visão global da propedêutica vascular. In: Lane JC, van Bellen B. O exame do paciente vascular. São Paulo: Fundo editorial Byk;1995. p. 15-18.
2. Garrido MBM, Fonseca Filho VL. O exame do paciente varicoso. In: Maffei FHA, Lastória S, Yoshida WB, Rollo HA. Doenças vasculares periféricas. 2ª edição. Rio de Janeiro: Medsi; 1995. p. 59-974.
3. Haimovich H. Evaluation of vascular emergencies: an overview. In: Haimovici H, editor. Vascular emergencies. New York: Appton-Century-Crofts; 1982. p. 3-6.
4. Lastoria S, Maffei FHA. Oclusões arteriais agudas. In: Maffei FHA, Lastória S, Yoshida WB, Rollo HA. Doenças vasculares periféricas. 2ª edição. Rio de Janeiro: Medsi; 1995. p. 387-418.
5. Maffei FHA, Lastoria S, Yoshida WB, Rollo HA. Diagnóstico clínico das doenças arteriais periféricas. In: Maffei FHA, Lastória S, Yoshida WB, Rollo HA. Doenças vasculares periféricas. 2ª edição. Rio de Janeiro: Medsi; 1995. p. 285-304.

Versão prévia publicada:

Nenhuma

Conflito de Interesse:

Nenhum declarado.

Fontes de fomento:

Nenhuma declarada.

Data da última modificação:

26 de junho de 2000.

Como citar este capítulo:

Burihan E, Baptista-Silva JCC. O exame vascular. In: Pitta GBB, Castro AA, Burihan E, editores. Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA; 2003. Disponível em: URL: <http://www.lava.med.br/livro>

Sobre o autor:



Emil Burihan

Professor Titular da Disciplina de Cirurgia Vascular do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina, São Paulo, Brasil



Professor Associado (livre docente) do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina, São Paulo, Brasil.

Endereço para correspondência:

Rua Botucatu 572, conj 42

04023-061 São Paulo – SP

Fone: +11 5084 0666

Fax: +11 5574 5253

Correio eletrônico: jocabaptista@uol.com.br