

Esclerosis de microvarices. Expectativas y realidades

J. Sánchez-Beorlegui

TREATMENT OF SPIDER VEINS WITH SCLEROTHERAPY. THE EXPECTATIONS AND REALITIES

Summary. Introduction. *Sclerotherapy is the most widespread therapeutic procedure employed to treat spider veins. Scientific evaluation of the results obtained is not always easy since it is dependent on a number of technical, human and methodological factors. Aims. Our aim was to study the complications and cosmetic effects of using sclerotherapy to treat spider veins in the lower limbs. Patients and methods. We conducted a prospective, observational and non-randomised study of patients who were submitted to sclerotherapy for their spider veins between September 2001 and April 2003. The sclerosant chosen for use in this case was polydocanol and the French technique. All complications were recorded and the final outcome was evaluated in terms of its aesthetics, both from the patient's and the clinician's point of view, by means of a subjective rating scale. Results. A total of 37 female patients with a mean age of 43.5 years were treated, 46% of whom had received contraceptive or replacement hormone therapy and another 35% had already been treated for their spider veins. The average number of sessions was 5.3 (with a maximum of 21) and there were no dropouts. The most frequently occurring complication was the presence of faint hyperpigmentation following sclerotherapy (28%). At least four months after therapy had finished, 76% of the cases were reviewed and 25% of these cases presented spider veins that could benefit from renewed treatment. Results were good or very good in 82% of the patients surveyed. Conclusions. Sclerotherapy is a good cosmetic therapy for spider veins with high tolerance and low morbidity rates. [ANGIOLOGÍA 2004; 56: 29-38]*

Key words. Complications. Results. Sclerotherapy. Spider veins. Telangiectasis.

Introducción

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Comarcal de Jaca, Huesca, España.

Correspondencia:

Dr. Jesús Sánchez Beorlegui. Miguel Servet, 19, 6ºG. E-50002 Zaragoza. Fax: +34 974 364 142. E-mail: js_beorlegui@hotmail.com

© 2004, ANGIOLOGÍA

Las microvarices (MV) son una dilatación patológica de los vasos periféricos de pequeño calibre que se asientan en las capas superficiales de la dermis. Aparecen en la mayoría de los individuos adultos, principalmente del sexo femenino, tengan o no una insuficien-

cia venosa crónica [1-3]. Por su grosor y aspecto macroscópico pueden clasificarse en varices reticulares (VR) y en telangiectasias (TLGS) (Fig. 1 y Tabla I) [4,5]. Los síntomas que producen son escasos o inexistentes, por lo que el trastorno estético, en una sociedad que fomenta el culto a la imagen, resulta lo más relevante.

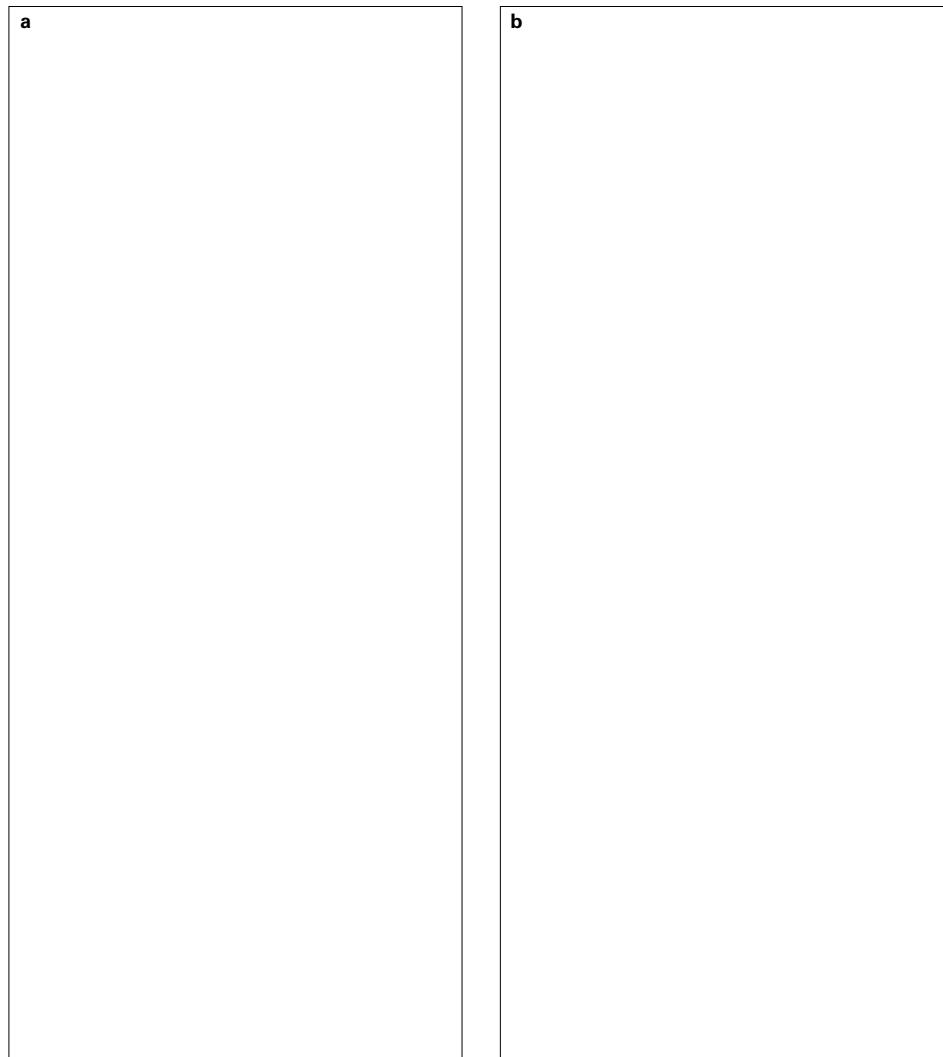


Figura 1. Formas típicas de presentación de las microvarices: a) Red de finas venas reticulares en el hueco poplíteo que alimentan a las telangiectasias arborescentes; b) Recidiva varicosa con un *matting* en torno a las cicatrices de flebectomía, enfermedad de los calcetines rojos, y una gruesa variz reticular en el muslo formada a partir de una perforante; c) Arañas vasculares y filamentos de escoba azules en una mujer posmenopáusica; d) Un complejo de venas reticulares confluye en una serpiginosa que nutre un sistema de telangiectasias.

Para tratar las MV se han desarrollado múltiples procedimientos, entre los que la escleroterapia es el pionero. Cuenta con una dilatada experiencia clínica, difusión internacional y aporta ventajas incuestionables: es barata, sencilla, segura, reproducible, tiene escasa morbilidad y ofrece excelentes resultados [2,6-8].

En nuestro ámbito más próximo, la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV) ha detectado dificultades para evaluar los efectos del trata-

miento esclerosante en la literatura científica española: escasez histórica de bibliografía flebológica y, en los pocos estudios disponibles, una incorrecta selección del material (muestras no aleatorizadas, patología venosa y opciones terapéuticas heterogéneas) y deficiencias metodológicas, pues se obvia definir unos parámetros estándares de seguimiento [9].

Con la intención de paliar esta carencia, nos propusimos analizar los efectos terapéuticos de la esclerosis sobre un gru-

c**d**

po de pacientes portadores de MV, sus complicaciones y los resultados clínicos y estéticos obtenidos, que se valoraron tanto desde el punto de vista del enfermo como del facultativo.

Pacientes y métodos

Pacientes

El estudio se realizó sobre 37 pacientes con MV que recibieron tratamiento de

forma consecutiva en nuestro servicio mediante escleroterapia en un período de 20 meses, entre septiembre de 2001 y abril de 2003.

Métodos

Diseño del estudio

Se realizó un estudio prospectivo, observacional y no aleatorizado con el objetivo de evaluar las complicaciones asociadas a la esclerosis, los resultados estéticos y la necesidad de una nueva terapia

Tabla I. Clasificación de las microvarices.

Tipo	Subtipo	Grosor	Localización típica	Comentarios
Pequeñas varices	Varices reticulares	2-5 mm	Hueco poplíteo y cara anterior del muslo	Las microvarices más gruesas y profundas
	Venulectasias	1-2 mm		
TLGS	Filamentos de escoba (TLGS arborescentes)		Toda la extremidad inferior; muslo	Tortuosas. Gran tamaño y grosor
	Arañas vasculares o <i>spiders</i>	0,1-1 mm	Toda la extremidad inferior; faciales	Pueden ser rojas, azules o escarlatas
	TLGS sinuosas simples		Tobillo y caras laterales de la pierna	Muy superficiales. Forman amplias placas
	TLGS puntiformes		Toda la extremidad inferior	Aisladas o asociadas a TLGS sinuosas

TLGS: telangiectasias.

complementaria tras el final del tratamiento. Todos los procedimientos y el seguimiento los llevó a cabo el mismo facultativo.

Tipos de MV seleccionadas

Se seleccionaron casos de VR de hasta 5 mm de grosor y todo tipo de TLGS, tanto solas como combinadas en un mismo enfermo, primarias o recidivadas. Se excluyeron los casos afectados de varices serpiginosas, tributarias de primer nivel dilatadas y coronas flebectásicas periulcerosas, aunque todos ellos fueran subsidiarios de un tratamiento esclerosante (Tabla I).

Técnica esclerosante

Utilizamos en todos los casos la técnica francesa. Comenzamos desde el vaso más grueso, si lo hubiera (VR), hacia el más fino. Elegimos un esclerosante medio, como es el polidocanol (Etoxisclerol®), en concentraciones variables (0,3-0,8%),

dependiendo del grosor de la MV. Para las diluciones empleamos una solución de cloruro de sodio al 0,9%. Tres horas antes de la sesión el paciente se autoaplicó un anestésico tópico (EMLA®) en la zona que se iba a tratar. Siempre recibíamos un sedante suave en dosis única (10 mg de diazepam vía oral) antes de la primera sesión de esclerosis y, posteriormente, sólo si existían síntomas de ansiedad o un cierto grado de incomodidad. La inyección se practicó mediante jeringas de plástico de 1, 2 o 5 mL de capacidad y agujas de 25 G × 16 mm o 29 G × 12 mm. La dosis máxima por sesión fue de 10 mL de etoxisclerol al 0,5% [10]. En las zonas tratadas aplicamos sulfadiacina argéntica con el fin de aliviar la quemazón de los artefactos cutáneos.

Para comprimir, utilizamos unas bolitas de algodón fijadas a la epidermis mediante un esparadrapo [11]. En las VR gruesas o las TLGS azules nos de-

cantamos por un vendaje compresivo de crepé. En ambos casos, el paciente se retiró la cura a las 48-72 horas en su domicilio.

Protocolos de diagnóstico y seguimiento

Todos los casos se sometieron al siguiente protocolo uniforme para los pacientes con varices:

- *Primera visita.* Historia clínica (antecedentes medicoquirúrgicos, alergias y tratamientos hormonales, previos o en curso), exploración de las extremidades inferiores y solicitud de ecografía Doppler en color.
- *Segunda visita.* Resultado del estudio Doppler, planificación de la terapia, número aproximado de sesiones y expectativas estéticas. Firma del consentimiento informado.
- *Sesiones de terapia esclerosante.* Separadas, como mínimo, dos semanas en una misma extremidad o, en caso de tratamientos bilaterales, alternando cada 7 o 10 días entre ambas piernas. Durante las mismas, se recogieron las posibles complicaciones y efectos indeseables asociados.

Valoración del resultado estético y las complicaciones

Mediante una llamada telefónica o comunicación personal se concertó una cita en la consulta externa durante los meses de julio y agosto de 2003. El tratamiento debía haber finalizado, como mínimo, cuatro meses antes. Se realizó una nueva exploración de las extremidades, estimando la necesidad de nuevas terapias. Igualmente, intentamos cuantificar la satisfacción de nuestros pacien-

tes y confrontar sus opiniones con las del facultativo. Para ello, diseñamos una sencilla encuesta en la que el enfermo medía su satisfacción mediante una escala subjetiva con cuatro posibles respuestas: resultado estético muy bueno, bueno, regular y malo.

Desde el punto de vista médico, la distribución se realizó según los siguientes parámetros:

- *Resultado muy bueno:* eliminación total de las MV sin secuelas ni recidiva.
- *Resultado malo:* matting postesclerosis o hiperpigmentaciones marcadas.
- *Resultado bueno o regular:* dependiendo del número y de la importancia de MV de nueva aparición o pigmentaciones residuales.

La necesidad de un nuevo tratamiento mediante reesclerosis siempre se consideró un resultado estético regular.

Resultados

Se trataba de 37 mujeres con una edad media de 43,5 años (máximo, 66 años, y mínimo, 25 años).

En cuanto a los antecedentes médicos, un 20% de las pacientes perimenopáusicas o posmenopáusicas seguían actualmente una terapia hormonal sustitutiva pautada por su ginecólogo (4 de 20). De las mujeres en edad fértil, más de la mitad (9 de 17, un 53%), tomaban en el momento de la primera consulta anticonceptivos orales. Una paciente de 58 años había abandonado la hormonoterapia como consecuencia de una proliferación brusca y exagerada de TLGS.

13 pacientes (35%) se habían sometido previamente a diversos tratamientos de sus MV: cirugía en cuatro casos, cirugía y esclerosis en dos, esclerosis en seis y otros, como laserterapia, mesoterapia, dermoabrasiones, etc., en tres.

Según el tipo predominante de sus MV la distribución era la siguiente:

- TLGS aisladas: 13 (rojas diseminadas o en placas, 9; azules aisladas, 4).
- VR y TLGS: 22.
- Cabezas de medusa en incisiones de flebectomía: 2.

Las complicaciones fueron una crisis de ansiedad que obligó a suspender la sesión en curso y tres trombosis superficiales de una VR. Las trombosis se trataron diferidamente, nunca antes de tres semanas. Para la trombectomía utilizamos un Abbocath® de 14 G × 50 mm y, a través de varias punciones, extrajimos el coágulo exprimiendo el vaso, como si se tratara de un comedón. No hubo accidentes importantes en relación con la escleroterapia: cuadros vasovagales, síncopes o reacciones generales por sobredosificación del fármaco o alergia al mismo. La complicación más frecuente fue la presencia de hiperpigmentaciones postesclerosis, que afectaron a ocho pacientes (28,5%), aunque todas ellas poco acusadas.

El número medio de sesiones de esclerosis se estableció en 5,3 (máximo 21 y mínimo una). Su distribución de frecuencias se muestra en la figura 2. No se produjo ningún abandono de la terapia durante su transcurso.

Un total de 28 pacientes de la muestra respondieron positivamente a la petición de revisión (76%). Los períodos má-

Tabla II. Valoración del resultado estético de la esclerosis de las microvarices por el paciente y por el facultativo. Necesidad de nuevo tratamiento y tipo del mismo.

	Paciente	Facultativo
Valoración del resultado estético		
Muy bueno	9 (32%)	4 (14,2%)
Bueno	14 (50%)	16 (57%)
Regular	5 (17,8%)	8 (28,8%)
Malo	-	-
Necesidad de nuevo tratamiento		
Esclerosis	6 (21,4%)	
Microcirugía + esclerosis	1 (3,6%)	

Figura 2. Distribución del número de sesiones de esclerosis en nuestros pacientes.

ximo y mínimo tras finalizar el tratamiento esclerosante eran de 16 y 3,5 meses. La valoración estética de los resultados por el paciente y el facultativo y la necesidad de nuevas terapias se muestra en la tabla II.

El examen clínico evidenció que las hiperpigmentaciones habían remitido, de forma paulatina, hasta su casi com-

pleta desaparición. No registramos ningún resultado estético malo. Un 82% de los enfermos consideraron como muy buenos o buenos los efectos de la terapia esclerosante, en contraste con la opinión del facultativo (71%).

Discusión

Los resultados confirman que la escleroterapia es una técnica segura y con un buen efecto terapéutico a la hora de abordar el tratamiento estético de las MV. Esta experiencia clínica personal puede resumirse en algunos puntos relevantes:

- Se necesitan múltiples sesiones terapéuticas que, a pesar de todo, la mujer suele aceptar sin problemas.
- Los efectos beneficiosos de un vendaje compresivo (prevención de artefactos postesclerosis, equimosis e hiperpigmentaciones) se obtienen en los primeros días [12]. Dado que los enfermos los toleran mal, no somos partidarios de mantenerlos prolongadamente. Sin embargo, una media elástica bien adaptada resulta indispensable en el transcurso de la terapia [11].
- Aunque nuestra práctica sea la correcta, casi un 30% de los pacientes presentan hiperpigmentaciones tenues de color beige claro en los lugares de punción. Todas ellas mejorarán de forma progresiva a lo largo de semanas o meses hasta desaparecer por completo. En caso de no ser así, recomendamos el uso de cremas despigmentantes o de *peelings* químicos que van a erradicarlas o a mejorar la estética de manera aceptable [6,13-15].
- La tendencia a la recidiva de las MV es elevada, en ocasiones en lugares distantes de los tratados y en un breve tiempo. Este hecho parece más frecuente en las pacientes con grandes placas de TLGS sinuosas rojas asociadas a terapias hormonales, ya sean anticonceptivas o sustitutivas, o con síntomas de insuficiencia venosa crónica (edemas, dermatitis ocre, etc.) [16].
- Las TLGS (azules o rojas) aisladas, las VR del hueco poplíteo –típicamente con un cortejo de TLGS– (Fig. 1) y las varices residuales ofrecen las respuestas al tratamiento más rápidas y espectaculares [17].

Nuestro estudio se planteó sobre una muestra pequeña pero homogénea; además, resulta trascendente destacar que tanto las terapias como el seguimiento los realizó un único facultativo, lo que favoreció un trato individualizado y la aceptación de revisiones evaluativas. De esta manera, han podido paliarse algunas limitaciones inherentes al mismo: no es comparativo y comporta el riesgo de un sesgo al valorar los resultados, dado que la encuesta no está validada.

¿Cuáles son nuestras preferencias terapéuticas en un paciente con MV? En principio, somos partidarios de la esclerosis en solitario tan sólo si se presentan en ausencia de puntos de reflujo en la ecografía Doppler [18]. En los casos en los que las MV son de grueso calibre, se asocian a una tributaria de primer nivel dilatada; si se asocian a una perforante insuficiente preferimos practicar microcirugía, como paso previo a una escleroterapia complementaria [19-21].

Como numerosos autores han descripto a fondo las particularidades de la técnica de la esclerosis [13-15,22], nos centraremos en algunos aspectos de especial interés.

La escleroterapia la puede realizar el especialista en la consulta externa y sin ayudantes. A pesar de todo, preferimos llevarla a cabo en el quirófano ambulatorio y con la colaboración de una DUE. De este modo, disponemos de una buena iluminación y una óptima posición del enfermo y, ante una complicación grave, es posible actuar de inmediato con todos los medios de reanimación a nuestro alcance [10,23-25].

Una crema anestésica tópica elimina virtualmente el dolor y disminuye la ansiedad de las primeras sesiones, y se complementa, cuando sea preciso, con ansiolíticos suaves por vía oral. Cuando la terapia va avanzando, la confianza del paciente aumenta y es posible practicar la técnica sin ningún soporte anestésico.

Nos decantamos por un esclerosante medio como el polidocanol, que permite, mediante su adecuada dilución, tratar simultáneamente tanto las VR como las TLGS. Además, es de fácil manejo y se tolera muy bien, como hemos comprobado [10,26]. Somos partidarios de empezar con pequeñas dosis y concentraciones bajas del producto para cuantificar los primeros efectos y la sensibilidad individual de cada paciente. Las zonas que se trataron son de unos pocos centímetros cuadrados en una misma extremidad; es decir, jamás progresamos de modo acelerado.

En el caso específico de las VR, no resulta infrecuente la formación de coágulos intravasculares, pese a la compre-

sión y el soporte elástico. La microtrombectomía, demorada de una a cuatro semanas, previene la formación de manchas violáceas muy antiestéticas e hiperpigmentaciones por depósitos de hemosiderina [27].

La tendencia a recidivar de las MV es elevada, tanto en terrenos previamente tratados como en otros *de novo*. Ni la excelencia técnica ni las medidas preventivas dan siempre los efectos deseados. La resclerosis es una buena opción terapéutica, precedida de un minucioso estudio Doppler [28,29]. Damia [30] ha propuesto la microflebografía como la prueba más específica para detectar los puntos de reflujo en las recidivas. No tenemos experiencia personal con esta técnica diagnóstica.

El juicio mayoritario de nuestros enfermos es muy positivo cuando valoran la estética de las extremidades tratadas. En un elevado porcentaje de los casos su criterio se corresponde con la realidad clínica, aunque, para corregir sesgos, resulta indispensable que el especialista adopte una postura científica y duramente autocritica. En este sentido, las recidivas tempranas o secuelas cutáneas mínimas deben tomarse como un resultado regular, pese a que el paciente manifieste una opinión mucho más favorable. Un registro fotográfico digital podría resultar interesante, y es nuestro deseo incorporarlo en breve a la ficha informática.

En conclusión, pensamos que el tratamiento estético de las MV mediante escleroterapia proporciona buenos resultados clínicos y estéticos en la mayoría de los casos tratados.

El enfermo debe saber que sus expec-

tativas podrán verse cumplidas, en mayor o menor medida, dependiendo del tipo de MV y su etiología. Igualmente, debe asumir la posibilidad de que aparezcan complicaciones cutáneas meno-

res, fallos terapéuticos parciales y recidivas subsidiarias de reesclerosis. Por todo ello, es fundamental obtener un consentimiento previo del paciente basado en una información exhaustiva [31].

Bibliografía

1. Mariani F, Bianchi V, Mancini S, Mancini S. Telangiectasies in venous insufficiency: point of reflux and treatment strategy. *Phlebology* 2000; 15: 38-42.
2. Zimmet SE. Sclerotherapy treatment of telangiectasies and varicose veins. *Tech Vasc Interv Radiol* 2003; 6: 116-20.
3. Weiss RA, Weiss MA. Doppler, veines réticulaires et télangiectasies. *Phlébologie* 1994; 47: 333-6.
4. Griton Ph. Le problème des racines des télangiectasies dans la maladie variqueuse. *Phlébologie* 1994; 47: 317-21.
5. Sánchez-Beorlegui J, Lamata-Hernández F, Jiménez-Bernadó A, Baqué-Sanz F, Martínez-Díez M. Microvarices. Una aproximación a su etiopatogenia, clasificación y procedimientos terapéuticos. *Revista Mexicana de Angiología* 2003; 31: 109-17.
6. Goldman MP. Rational sclerotherapy techniques for leg telangiectasia. *J Dermatol Surg Oncol* 1993; 19: 933.
7. Ouvry PA. Telangiectasia and sclerotherapy. *J Dermatol Surg Oncol* 1989; 15: 177-80.
8. Guex JJ. Microsclerotherapy. *Semin Dermatol* 1993; 12: 129-34.
9. Ibáñez V. Terapia esclerosante de las varices. *Anales de Cirugía Cardíaca y Vascular* 2001; 7: 86-8.
10. Guex JJ. Matériels utilisés en sclérothérapie. *Phlébologie* 1997; 50: 223-8.
11. Guex JJ. Inutilité de la compression après sclérothérapie des micro-varices et télangiectasies. *Phlébologie* 1994; 47: 371-5.
12. Weiss RA, Sadick NS, Goldman MP, Weiss MA. Post-sclerotherapy compression: Controlled comparative study of duration of compression and its effects on clinical outcome. *Dermatol Surg* 1999; 25: 105-8.
13. Kern P. Sclerotherapy of varicose leg veins. Technique, indications and complications. *Int Angiol* 2002; 21 (Suppl 1): 40-5.
14. Wallois P. Principes de base de la sclérotherapie des télangiectasies. *Phlébologie* 1994; 47: 349-53.
15. Zuccarelli F. Microsclérose des télangiectasies: indications-résultats. *Phlébologie* 2001; 54: 387-91.
16. Sadick NS. Predisposing factors of varicose and telangiectatic leg veins. *J Dermatol Surg Oncol* 1992; 18: 883-6.
17. Hutinel B, Maraval M. Télangiectasies post-stripping. *Phlébologie* 1985; 38: 665-7.
18. Roos KP, Niemann FH, Neumann HA. Ambulatory phlebectomy versus compression sclerotherapy: Results of a randomized trial. *Dermatol Surg* 2003; 29: 221-6.
19. Hördegen KM. Treatment of telangiectasias on the lower leg: A new combined method of sclerotherapy and microincisions. *Angiology* 1999; 8: 116-8.
20. Sánchez Beorlegui J. Técnicas ambulatorias en el tratamiento quirúrgico de las microvarices. *Cirugía Mayor Ambulatoria* 2003; 8: 208-14.
21. Weiss RA, Weiss MA. Comparaison phlébectomie-sclérothérapie dans le traitement des varices et des télangiectasies: indications et complications. *Phlébologie* 1996; 49: 445-51.
22. Wallois P. Indications et techniques de la sclérose des varices. *Phlébologie* 1978; 31: 455-66.
23. Gournay J. Incidents locaux et généraux de la sclérothérapie. *Phlébologie* 1986; 39: 241-4.
24. Mac Gowen WAL. Comment éviter les accidents de la sclérose. *Phlebologie* 1985; 38: 205-8.
25. Ouvry PA. Sclérothérapie: Accidents généraux, choc, allergies. *Phlébologie* 1986; 39: 245-9.
26. Guex JJ. Indications for the sclerosing agent polidocanol. *J Dermatol Surg Oncol* 1993; 19: 959-61.
27. Sculhetus AH, Villavicencio JL, Kao TC, Gillespie DL, Keton GD, Iafrati MD, et al. Microthrombectomy reduces postsclerotherapy pigmentation: Multicenter randomized trial. *J Vasc Surg* 2003; 38: 896-903.
28. Álvarez-Sánchez JA, Vega-Gómez ME, Rodríguez-Lacaba B, Martínez-Grifán MA. Valoración hemodinámica del paciente con microvarices. *Angiología* 1992; 44: 197-200.
29. Somjen GM, Ziegenbein R, Jonhston AH, Royle JP. Anatomical examination of leg telangiectases with duplex scanning. *J Dermatol Surg Oncol* 1993; 19: 940-5.

30. Damia S, Scicchitano G, Falappa PG, Camilli S. La microphlébographie des microvarices. Phlébologie 1994; 47: 341-4.
31. Carstensen G. Aspects médico-légaux de la chirurgie des varices. J Chir (Paris) 1994; 131: 575-8.

**ESCLEROSIS DE MICROVARICES.
EXPECTATIVAS Y REALIDADES**

Resumen. Introducción. La escleroterapia es el procedimiento terapéutico más difundido para el tratamiento de las microvarices. La valoración científica de los resultados que se obtienen no siempre es fácil, ya que depende de diversos factores técnicos, humanos y metodológicos. Objetivo. Analizar las complicaciones y resultados estéticos de la esclerosis de microvarices en las extremidades inferiores. Pacientes y métodos. Se realizó un estudio prospectivo, observacional y no aleatorizado a pacientes sometidos a esclerosis de microvarices entre septiembre de 2001 y abril de 2003. El esclerosante que se eligió fue el polidocanol, y la técnica, la francesa. Se registraron todas las complicaciones y se valoró estéticamente el resultado final, tanto desde el punto de vista del enfermo como del facultativo, mediante una escala subjetiva. Resultados. Se trataron 37 pacientes, todos del sexo femenino, con una edad media de 43,5 años. Un 46% habían recibido terapia hormonal anticonceptiva o sustitutiva y un 35%, tratamiento previo de sus microvarices. El número medio de sesiones fue de 5,3 (máximo 21) y no hubo abandonos. La complicación más frecuente fue la presencia de tenues hiperpigmentaciones postesclerosis (28%). Se revisó un 76% de los casos cuatro meses después, como mínimo, de la finalización de la terapia. Un 25% de estos casos presentaba microvarices subsidiarias de un nuevo tratamiento. Los resultados fueron buenos o muy buenos para un 82% de los pacientes que se encuestaron. Conclusión. La esclerosis es un buen tratamiento estético para las microvarices, con excelente tolerancia y baja morbilidad. [ANGIOLOGÍA 2004; 56: 29-38]

Palabras clave. Complicaciones. Escleroterapia. Microvarices. Resultados. Telangiectasias.

**ESCLEROSE DE MICROVARIZES.
EXPECTATIVAS E REALIDADES**

Resumo. Introdução. A escleroterapia é o procedimento terapêutico mais difundido para o tratamento das microvarizes. A avaliação científica dos resultados que se obtêm nem sempre é fácil, uma vez que depende de diversos factores técnicos, humanos e metodológicos. Objectivo. Analisar as complicações e os resultados estéticos da esclerose de microvarizes nos membros inferiores. Doentes e métodos. Realizou-se um estudo prospectivo, observacional e não aleatorizado em doentes submetidos a esclerose das microvarizes entre Setembro de 2001 e Abril de 2003. O esclerosante que se elegeu foi o polidocanol e a técnica francesa. Registaram-se todas as complicações e avaliou-se esteticamente o resultado final, quer sob o ponto de vista do doente, como do médico, através de uma escala subjetiva. Resultados. Foram tratadas 37 doentes, todas do sexo feminino, com idade média de 43,5 anos. 46% tinha recebido terapia hormonal contraceptiva ou de substituição e 35% tratamento prévio das microvarizes. O número médio de sessões foi de 5,3 (máximo 21) e não houve abandonos. A complicação mais frequente foi a presença de ténues hiperpigmentações pós-escleroze (28%). 76% dos casos foram revistos no mínimo quatro meses após a finalização da terapia. 25% destes casos apresentava microvarizes subsidiárias de um novo tratamento. Os resultados foram bons ou muito bons para 82% dos doentes inquiridos. Conclusão. A esclerose é um bom tratamento estético para as microvarizes, com excelente tolerância e baixa morbilidade. [ANGIOLOGÍA 2004; 56: 29-38]

Palavras chave. Complicações. Escleroterapia. Microvarizes. Resultados. Telangiectasias.