

LA FLEBOLOGIA ESTETICA

a cura di Pier Antonio Bacci

Aulus Cornelius Celsus (25 a.C - 53 d.C.), dovendo risolvere il grosso problema delle vene varicose e delle varicosità, che era già importante a quel tempo, pensò di praticare delle minuscole incisioni di un centimetro per asportare, con dei rudimentali uncini, i tronchi ed i gavoccioli varicosi. Il Paziente era il console romano Caio Mario che, dopo l'esperienza della gamba sinistra dove ebbe ottimi risultati, rifiutò di farsi operare all'altra gamba a causa del dolore intollerabile.

Grazie ai progressi dell'anestesiologia e della diagnostica, dopo circa 2000 anni un dermatologo e flebologo svizzero, Robert Muller, riesumò quell'idea e la studiò minuziosamente perfezionandola in modo tale da rivoluzionare la terapia di varici e varicosità.

- La Flebectomia Estetica

Robert Muller chiamò la sua metodica "Flebectomia Ambulatoriale" intendendo con ciò una tecnica chirurgica che, in regime assolutamente ambulatoriale, in anestesia locale e senza punti di sutura, permetteva di asportare varici e varicosità attraverso piccole incisioni di 1 -2 millimetri e per mezzo di uncini che permettono di sfilare la varice dall'esterno. Se correttamente eseguita la metodica è caratterizzata da quattro vantaggi:

- Radicalità, poiché offre maggiore radicalità nell'eliminazione dei tratti varicosi rispetto allo stripping.
- Innocuità, nel senso che non ha praticamente controindicazioni e complicazioni vere.
- Ambulatorialità, poiché permette la deambulazione immediata del paziente senza interruzione dell'attività lavorativa.
- Estetica, perché, oltre ai buoni risultati clinici, offre anche indubbi vantaggi dal punto di vista estetico.

E' una tecnica chirurgica relativamente semplice a condizione che ci sia una precisa indicazione, che sia stata fatta una perfetta cartografia ed utilizzata una tecnica adeguata. Il chirurgo inesperto potrà trovare inizialmente difficoltà a localizzare le varici, soprattutto in soggetti grassi, o ad estrarle senza rompere il vaso, provocando così un gemizio ematico.

Se ben eseguita dopo qualche settimana resteranno sulla cute piccoli segni delle incisioni che nel tempo scompariranno da soli offrendo anche un buon risultato estetico.

La Flebectomia Ambulatoriale non è una "strategia chirurgica" ma una "tecnica chirurgica" che può essere adottata in ogni fase della flebochirurgia, quando è necessaria deve essere eseguita una crossectomia oppure un trattamento antireflusso (tipo CHIVA o altro) con le metodiche tradizionali. Trova indicazione in tutte le forme di varici e varicosità troncolari e reticolari. Non è indicata nelle teleangectasie rosse e nelle varicosità reticolari a parete estremamente fine così come nei casi di soggetti con tessuti molto grassi e ipodermosclerotici, dove si preferisce utilizzare la terapia sclerosante.

Trova la sua tipica indicazione nelle varici del piede, nella vena di Leonardo e nella safena esterna. Viene utilizzata particolarmente nei casi dove necessita anche un risultato estetico, associata alla terapia sclerosante, con cui non è in antagonismo ma risulta essere veramente in sinergia.

La novità della metodica sta nel fatto che, rispetto allo stripping, è possibile sfilare le varici dall'esterno senza provocare emorragie ed ematomi, migliorando il binomio benessere-estetica.

Robert Muller, nella presentazione della sua tecnica chirurgica, ricordava al medico: *Il faut guerir, sans danger, en les embellissant, les variqueux de toutes les conditions sociales*".

Ma la Flebologia Estetica è nata a Milano con Gian Camillo Donadi negli anni settanta, da lì è stato un susseguirsi continuo di evoluzioni, proposte e nuove tecnologie al fine di rispondere nel migliore dei modi al desiderio di salute e bellezza dei pazienti, infatti le patologie estetiche delle gambe costituiscono la prima domanda di intervento negli studi medici del settore.

- Le patologie estetiche

Le varici, le varicosità e le teleangectasie costituiscono una gran pagina delle “patologie estetiche” poiché sono in pratica delle “malattie che si vedono” e che costituiscono, nel frattempo, patologia ed inestetismo che richiedono un trattamento che migliori o corregga, quando è possibile, l’alterazione funzionale emodinamica venosa migliorando, contemporaneamente, anche l’aspetto esteriore dell’arto stesso.

Nella legislazione assicurativa della moderna società il concetto di malattia è cambiato poiché non è malattia soltanto tutto ciò che costituisce un’alterazione patologica codificata, ma anche tutto ciò che il paziente considera malattia. In ossequio a questo concetto cambiano anche le normative assicurative, per questo quando il medico tratta una paziente che si presenta per una motivazione clinica patologica, non esiste l’obbligo legale del risultato estetico ma soltanto quello professionale, cioè del risultato clinico, quindi l’assicurazione copre sia le complicazioni cliniche sia quelle estetiche. Al contrario, quando un paziente si presenta per una motivazione principalmente estetica, come spesso avviene per le teleangectasie o per le varicosità, esiste un obbligo legale del risultato, quindi occorre una precisa e differente copertura assicurativa.

Ma c’è di più. Le attuali scoperte scientifiche nel campo della fisiopatologia dell’unità microvascolotessutale e della matrice interstiziale ha dimostrato come sia possibile diagnosticare alcune malattie ai primi esordi indagando le alterazioni dei parametri di base, come i radicali liberi, il pH, gli oligoelementi e le alterazioni interstiziali. E’ interessante vedere come molti inestetismi, come le varicosità e le teleangectasie, non siano altro che il primo segno d’alterazione metabolicotessutale dell’organismo, ci riferiamo soprattutto alle differenti sindromi cellulitiche, ai lipoedemi, ai lipolinfedemi, alle alterazioni della postura, alle disbiosi intestinali. Tutto questo costituisce la flebologia estetica.

Da queste premesse nasce il grande interesse scientifico verso tutte quelle “patologie estetiche” venolinfatiche degli arti inferiori che rappresentano, senza dubbio, la più gran domanda di trattamento flebologico e la più grande fonte di azioni legali.

- Le teleangectasie

Le teleangectasie non sono un capriccio femminile ma delle vere e proprie malattie che, sempre, rappresentano delle sindromi che devono essere diagnosticate e classificate.

Esistono sei grandi gruppi di teleangectasie:

1. Teleangectasie da reflusso
2. Teleangectasie da iperafflusso
3. Teleangectasie da difficoltà di deflusso
4. Teleangectasie da angiodisplasie
5. Teleangectasie da sindromi ipodermosiche cellulitiche
6. Teleangectasie iatrogene

Il trattamento mirato delle teleangectasie richiede, prima di tutto, una diagnosi precisa ed una classificazione che deve essere completa ed allargata allo studio del fototipo e della situazione metabolica ed ormonale della paziente.

Il fototipo

Lo studio del fototipo è assolutamente importante prima di qualsiasi trattamento poiché, nei fototipi più alti, 3-4, esiste una maggiore possibilità d’avere pigmentazioni e liponecrosi, situazioni che rappresentano le più frequenti e le più noiose complicazioni, sia dal punto di vista della correzione che per gli esiti estetici.

La situazione metabolica

Come hanno ben dimostrato gli studi di Izzo, pazienti che presentano una sideremia alta (> 60) ed una trasferrinemia bassa, in particolare se caratterizzati da un fototipo alto, potranno presentare frequentemente pigmentazioni a causa dell’attivazione della reazione di Fenton che sposta il Ferro e provoca la discromia tipica emocromatosica. Tale reazione si attiva anche in presenza di

diminuizione del ph tissutale o aumento dei radicali liberi (oggi evidenziabili nelle aldeidi derivate con il ROM's Test). Occorre anche ricordare che, tutte le volte che si attiva la reazione di Fenton e si sposta il Ferro nel compartimento extracellulare, avviene anche uno spostamento del Calcio (Ca⁺) dall'endotelio (dove costituisce il collegamento fra le cellule endoteliali) e la membrana della cellula adiposa (dove va quindi a fissarsi). Tutto questo provoca insufficienza venolinfatica, aumento di permeabilità capillare, acidosi interstiziale, rallentamento della depurazione della matrice, linfostasi, formazione di pigmentazione emocromatica, probabile reazione infiammatoria, liponecrosi e risposta melaninica della cute.

La situazione Ormonale

Nella stessa situazione si trovano le pazienti che utilizzano estroprogestinici oppure che non hanno la capacità metabolica organica di tamponare l'iperestrinismo esogeno che arriva per via alimentare. Tutte le sostanze estroprogestiniche provocano un aumento dei radicali liberi e dei loro derivati, un rilassamento delle fibre connettivali ed un lipoedema che può favorire la formazione di complicazioni nel trattamento delle patologie estetiche caratterizzate da varicosità reticolare e teleangectasie.

Il trattamento

Normalizzare la fisiopatologia da stasi prodotta dalla patologia venosa è il primo obiettivo di qualunque terapia delle flebopatie. Nel trattamento delle teleangectasie non sempre esiste una stasi, qualunque ne sia la causa, poiché spesso abbiamo invece un iperafflusso. Per questo una diagnosi precisa è essenziale.

Il trattamento base di qualunque sindrome teleangectasica è la terapia sclerosante, le regole base della scleroterapia devono sempre essere tenute presenti:

- 1) Il giusto tempo di contatto
- 2) La giusta concentrazione
- 3) La giusta diluizione dell'eccesso e del residuo
- 4) La idonea compressione
- 5) La risposta terapeutica parietale
- 6) La capacità di deambulazione e la postura

Una buona tecnica, descritta nelle sue varie espressioni nel volume di Fabrizio Mariani & Coll, permette di avere buoni risultati, ma nel trattamento delle teleangectasie occorrono sempre trattamenti integrati.

- La elettroterapia.

Da sempre esiste una metodica che in buone mani ha dato buoni risultati: la elettro coagulazione. Questa metodica consiste nella "folgorazione" e "coagulazione" delle varicosità e teleangectasie con il passaggio di una scarica elettrica.

Ormai esiste una grande esperienza ed un esteso follow-up in questa tecnica che vede la migliore utilizzazione grazie alla diatermocoagulazione programmata che garantisce ottimi risultati con minime complicazioni. Si tratta di una strumentazione che permette di utilizzare alte potenze elettriche in tempi brevissimi (intorno ai 9/100 secondo) secondo i principi della terapia laser. L'utilizzazione di piccolissimi aghi schermati permette la perforazione dell'epidermide da parte della punta dell'ago sfruttando la corrente elettrica, mentre la seconda scarica permetterà la coagulazione del vaso. Utilizzata come radiofrequenza è possibile avere, come risultato terapeutico, una produzione di una scarica elettrica direzionale evitando il verificarsi della diffusione del calore e della scarica lateralmente. Si può quindi evitare di avere cicatrici cutanee e zone di ipopigmentazione.

- La microelettrosclerosi (Bacci – Brizzio 1990)

Le possibilità terapeutiche offerte dalla terapia sclerosante e dalla diatermocoagulazione programmata ha permesso di standardizzare i vantaggi possibili con l'utilizzazione delle due

metodiche in associazione.

Dopo una obbligatoria bonifica , medica, chirurgica, sclerosante o fisioterapica, della malattia varicosa o della sindrome ipodermosica di competenza, viene aggredita la patologia estetica teleangectasica usando l'associazione delle due metodiche. Nella nostra esperienza i migliori risultati possono aversi con la giusta utilizzazione di:

Associazione di glicerina e sodiosalicilato (Bisclero)

Sodio salicilato tamponato con KOH 7,2ph (Galenico)

Sostanze iperosmotiche con piccole gocce Jodio (Sclerodex + Variglobine)

Sodiotetradecilsolfato in mousse (Fibro vein)

Polidedecanolo (Aethossisclero) tamponato con bicarbonato o KOH 7,2 poiché pigmentogeno

Con la terapia sclerosante si trattano le varicosità o le teleangectasie blu, quindi che hanno parete dimostrabile, oppure quelle varicosità rosse incannulabili. Per le più piccole, dove la integrazione dell'endotelio con la matrice interstiziale può favorire una diffusione troppo importante con una ingiuria dei tessuti, è preferibile associare nella stessa seduta una diatermocoagulazione programmata. Tale metodica permette di limitare la diffusione dello sclerosante, favorisce l'utilizzazione di piccole quantità di sclerosante concentrate nelle zone ideali ma, soprattutto, permette di evitare la ricanalizzazione del vaso ed il riempimento ematico, cosa che provoca la formazione di trombi e le recidive. E' assolutamente importante una compressione mirata.

- Il microelettrotattoo (Bacci 2000)

Agli inizi degli anni 90, in Argentina, uno dei padri della Flebologia Sudamericana, il Prof. Saul Umansky, mise a punto una metodica da Lui denominata "micropuntura cromatica". Nel 1992 abbiamo introdotto in Italia questa metodica e per molti anni l'abbiamo utilizzato ricercandone i vantaggi. Si tratta di una apparecchiatura meccanica costituita da un manico a cui viene connessa una piccola punta che permette di "rompere meccanicamente" il vaso intradermico. Nello stesso tempo era possibile introdurre, con lo stesso principio del tatuaggio, dei coloranti vegetali che permettessero anche di correggere gli eventuali inestetismi. Tale strumento permetteva anche una perfetta trombectomia ed una revisione di alcuni recidive, oltre al trattamento in pazienti allergici.

Attualmente, abbiamo perfezionato la metodica come "microelettrotattoo".

Abbiamo associato all'azione meccanica della punta una diatermocoagulazione programmata. L'azione meccanica viene sfruttata per perforare la cute, evitando ancora le pur piccole necrosi, mentre abbiamo lasciato la scarica elettrica temporizzata alla parte finale, cioè quando la punta è posizionata sulla parete vasale teleangectasica.

Abbiamo inoltre ricercato le possibilità terapeutiche offerte da alcune sostanze sclerosanti usate in modo "extravasale". Abbiamo quindi osservato che utilizzano una sostanza geloida posizionata sulla cute sopra il capillare era possibile avere tre azioni contemporaneamente:

- 1) Perforazione della cute atraumatica (per azione meccanica)
- 2) Diatermocoagulazione (per azione di radiofrequenza)
- 3) Azione sclerosante (per il prodotto introdotto per via esterna dalla punta)

La metodologia utilizzata, molto simile alla preparazione dei tatuaggi, ha certamente aumentato le possibilità terapeutiche nel trattamento estetico delle teleangectasie.

- Laserterapia ed Endolaser

Ci sono però dei casi, come il matting, le pigmentazioni e le telangectasie rosse su pelle chiara (fototipo 1-2), che rispondono splendidamente al trattamento con luce pulsata (nella nostra esperienza viene utilizzata un Quantum ESC 540-590), ma funziona anche bene il laser a diodo a 532 nanometri. Questa metodica è assolutamente necessaria nel trattamento di couperose, angiomi piani e per i capillari in persone con pelle chiara.

Ma per varici e capillari le ultime tecniche che hanno rivoluzionato ancora una volta i trattamenti

sono l'endocoagulazione laser, ovvero una microsonda laser di 100 micron che entra direttamente nel derma, raggiunge l'interno del capillare chiudendolo con la sua energia radiante.

Le teleangiectasie degli arti inferiori, sono dilatazioni capillari venose, arteriose ed artero-venose del plesso subpapillare dermico che è connesso direttamente a quello dermico profondo ed indirettamente, con perforanti, al circolo sottofasciale safenico e profondo. Di colore blu (venose), rosso (arteriose) e viola (miste), hanno diametri da 0,1 a 1mm, flusso, spessore e struttura variabile. In oltre 2/3 dei casi sono associate ad insufficienza venosa superficiale. La lunghezza d'onda del laser utilizzato presenta sufficiente selettività sulle emoglobine ed è scarsamente assorbita dai tessuti dermici, inoltre per contatto diretto, la termia aspecifica della punta ottica coagula le pareti vasali. Le fluenze adottate variano da 5-8 Watt con impulsi di 250-500ms su segmenti di 2-3mm (15-30 J/cm²). L'endocoagulazione deve essere abbinata ad un raffreddamento epicutaneo combinato ghiaccio + gel gelato a 3-4°C. Il ghiaccio è utilizzato prima e dopo gli endoimpatti, il gel agisce in contemporanea. Con tale protezione cutanea la vasocoagulazione è ben tollerata. Una crema antinfiammatoria si applica a fine seduta e va indossata una calza elastica.

Risulta quindi chiaro come il trattamento delle teleangiectasie richiede un trattamento integrato basato su una precisa diagnosi e classificazione, e sull'utilizzazione di varie metodiche finalizzate al raggiungimento dello scopo clinico ed estetico. Per troppi anni, voci di grandi personalità e di grandi società, hanno voluto evitare di parlare del trattamento "estetico" delle varicosità e teleangiectasie ritenendo che nella parola "estetica" fossero racchiuse tutta la superficialità e tutto il male del mondo. Questo concetto "medievale", che per troppo tempo ha tollerato trattamenti scientificamente non idonei e mal fatti, è oggi giustamente superato con la "scoperta" della dignità assoluta del paziente nella sua globalità e nel rispetto dei nuovi concetti di malattia.

Troppo spesso, oggi, si evidenzia l'opposto che, solo per motivi economici, in troppi si lanciano nei trattamenti estetici senza sapere cosa, come e perché fare alcuni atti medici necessari.

Conclusione

Sarebbe limitativo concludere qui una passeggiata sulla flebologia estetica che richiederebbe di soffermarci su tutto il vasto mondo dell'edema, dei lipoedemi, dei linfedemi, dei lipolinfedemi e della lipodistrofia che costituiscono la cosiddetta cellulite, sulla postura, sul piede e sulle pigmentazioni.

Voglio concludere ricordando che la "Flebologia Estetica" non esiste poiché è la FLEBOLOGIA con un importante occhio all'aspetto estetico. Il problema sta nel fatto che, troppo spesso, si intende per Flebologia soltanto "lo stripping delle varici" o "la scleroterapia dei capillari", dimenticando tutto il grande indice che compone il vasto libro a cui molti medici hanno dedicato la loro vita.

Certamente l'aspetto estetico ha la sua dignità ma occorre ricordare sempre che la patologia estetica costituisce una "malattia che si vede" per cui non deve essere mai immolata la "patologia" nell'altare della "estetica".

Alcuni riferimenti bibliografici:

1. Muller R., Bacci P.A., La flebectomia ambulatoriale, Salus editrice Internazionale, 1987
2. Bacci P.A., Muller R., Tomaselli F., La Flebectomia Ambulatoriale in La Medicina Estetica, 1987: 325-328, Salus editrice Roma
3. Bilancini S., Lucchi M, Le varici nella pratica quotidiana, Ed. Minerva medica 1991
4. Brizzio O.E., Bacci P.A., Pierguidi P.: Il ruolo del plantare flebologico,, International Angiology, 1997, Vol. 16, Suppl. 1: 38 Minerva Medica
6. Goldcher A., Podologia, Masson Editrice 1990
5. Mancini S., Trattato di Flebologia e Linfologia, UTET, 2005
6. Mariani F. & Coll. Scleroterapia, Minerva Medica, 2006
7. Goldmann M, Bacci P.A., Hexsel D. & Coll.: Cellulite: pathophysiology and treatment, Taylor & Francis, New York 2006
8. Albergati F. & Coll, La matrice extracellulare, Minelli Editore, Arezzo 2005.