Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Aspectos clínicos das varizes do nervo ciático

Clinical aspects of sciatic nerve varicose veins

Aspectos clínicos de las venas varicosas del nervio ciático

Carlos Gabriel Araújo Damas Ferreira[1], Maria Daiane Felizardo[1], Rafael Gonçalves Sousa[1], Thamyla Alves Giehl[1], João da Silva Júnior[2], Nelson Ogliari Rezende[2], William Wakasugui[2], Helen Caroline Magalhães Costa[2], Vinicius Tadeu Ramos da Silva Grillo[1,2].

RESUMO

Objetivo: Analisar, de forma sistematizada, os principais aspectos clínicos relacionados às varizes do nervo ciático, enfatizando sua fisiopatologia, manifestações clínicas, métodos diagnósticos e possibilidades terapêuticas, a fim de ampliar o reconhecimento dessa condição na prática médica e contribuir para o aprimoramento do raciocínio clínico. **Revisão bibliográfica:** As varizes do nervo ciático configuram uma condição rara e subdiagnosticada, frequentemente associada à dor ciática atípica, persistente e refratária aos tratamentos convencionais. A análise da literatura evidencia que o diagnóstico requer elevado grau de suspeição clínica, sobretudo diante de casos sem correlação com alterações discais. Nesse contexto, os exames de imagem, especialmente a ressonância magnética e o Doppler venoso, mostram-se fundamentais para a confirmação diagnóstica e adequada investigação etiológica. Ademais, observa-se que o tratamento pode variar entre abordagem conservadora e intervenção cirúrgica, sendo individualizado conforme a gravidade, a extensão da doença e a repercussão clínica. **Considerações finais:** Conclui-se que o reconhecimento precoce das varizes do nervo ciático é essencial para evitar diagnósticos equivocados e tratamentos inadequados, embora ainda persistam limitações relacionadas à escassez de estudos robustos e padronizados sobre o tema.

Palavras-chave: Varizes do nervo ciático, Dor ciática, Insuficiência venosa, Diagnóstico por imagem.

ABSTRACT

Objective: To systematically analyze the main clinical aspects related to sciatic nerve varices, emphasizing their pathophysiology, clinical manifestations, diagnostic methods, and therapeutic possibilities, in order to broaden the recognition of this condition in medical practice and contribute to the improvement of clinical reasoning. **Literature review:** Sciatic nerve varices constitute a rare and underdiagnosed condition, frequently associated with atypical, persistent, and refractory sciatic pain despite conventional treatments. The literature analysis demonstrates that diagnosis requires a high degree of clinical suspicion, especially in cases without correlation with disc abnormalities. In this context, imaging examinations, particularly magnetic resonance imaging and venous Doppler ultrasound, are essential for diagnostic confirmation and appropriate etiological investigation. Furthermore, treatment may range from conservative management to surgical intervention, being individualized according to disease severity, extent, and clinical impact. **Final**

[1] Centro Universitário São Lucas - Afya (UNISL), Porto Velho – RO.
[2] Instituto Vascular e Endovascular de Rondônia (IVER), Porto Velho – RO.

SUBMETIDO EM: 4/2026 | **ACEITO EM: 5/2026** | **PUBLICADO EM: 8/2026**

considerations: It is concluded that early recognition of sciatic nerve varices is essential to prevent misdiagnosis and inappropriate treatments, although limitations related to the scarcity of robust and standardized studies on the subject still persist.

Keywords: Sciatic nerve varices, Sciatic pain, Venous insufficiency, Diagnostic imaging.

RESUMEN

Objetivo: Analizar, de manera sistematizada, los principales aspectos clínicos relacionados con las várices del nervio ciático, enfatizando su fisiopatología, manifestaciones clínicas, métodos diagnósticos y posibilidades terapéuticas, con el fin de ampliar el reconocimiento de esta condición en la práctica médica y contribuir al perfeccionamiento del razonamiento clínico. **Revisión Bibliográfica:** Las várices del nervio ciático constituyen una condición rara y subdiagnosticada, frecuentemente asociada a dolor ciático atípico, persistente y refractario a los tratamientos convencionales. El análisis de la literatura demuestra que el diagnóstico requiere un alto grado de sospecha clínica, especialmente en casos sin correlación con alteraciones discales. En este contexto, los estudios de imagen, particularmente la resonancia magnética y el Doppler venoso, resultan fundamentales para la confirmación diagnóstica y la adecuada investigación etiológica. Además, se observa que el tratamiento puede variar entre un abordaje conservador y la intervención quirúrgica, siendo individualizado según la gravedad, la extensión de la enfermedad y la repercusión clínica. **Consideraciones finales:** Se concluye que el reconocimiento precoz de las várices del nervio ciático es esencial para evitar diagnósticos erróneos y tratamientos inadecuados, aunque aún persisten limitaciones relacionadas con la escasez de estudios robustos y estandarizados sobre el tema.

Palabras clave: Várices del nervio ciático, Dolor ciático, Insuficiencia venosa, Diagnóstico por imagen.

INTRODUÇÃO

O nervo ciático é considerado o maior nervo do corpo humano, tendo sua origem nas raízes nervosas espinhais lombares inferiores e sacrais superiores, abrangendo de L4 a S3. Esta junção resulta em um nervo de notável tamanho e espessura, medindo em média 7,8 mm proximalmente e 5,2 mm distalmente na coxa média. Sua localização anatômica o situa na fossa poplítea, onde se ramifica em duas divisões principais: o nervo tibial e o nervo fibular comum (IZGI E, et al., 2020).

A importância do nervo ciático é a de que sua função é essencial para a sensibilidade e a movimentação do membro inferior. Ele é fundamental por ser o responsável pela transmissão de sinais nervosos relacionados à dor, sensibilidade e força motora em grande parte da perna e do pé (IZGI E, et al., 2020). No entanto, quando este nervo sofre compressão ou é afetado por patologias, como varizes da veia glútea inferior ou outras causas extraespinhais, pode-se desenvolver a síndrome de compressão do nervo ciático. Esta síndrome manifesta sintomas característicos e potencialmente incapacitantes. Devido à similaridade de seus sinais e sintomas com os de outras condições, é comum que haja diagnósticos equivocados, resultando em atrasos ou tratamentos inadequados (LABROPOULOS N, et al., 2009).

As varizes do nervo ciático (VNC) constituem uma condição rara e pouco descrita na literatura médica, caracterizada pela presença de veias varicosas localizadas no interior da bainha do nervo ciático, capazes de desencadear doença venosa crônica (PACHÊCO K, et al., 2012).

Embora pouco descritas na literatura, como já salientado anteriormente, as varizes do nervo ciático podem ser diagnosticadas com uma maior frequência caso os profissionais da saúde sejam capazes de avaliar, de maneira criteriosa, a origem da ciatalgia em associação com sintomas de insuficiência venosa, junto com achados de exames de imagem, como o ecodoppler (PACHÊCO K, et al., 2012). No entanto, caso o profissional sequer tenha noção da existência dessa patologia, jamais será capaz de diagnosticá-la, limitando as variedades de diagnósticos possíveis para um paciente atípico, evidenciando a importância de uma revisão sobre essa doença, a fim de torná-la mais conhecida.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Etiologia

A maioria das varizes está associada à doença venosa crônica de origem primária. A etiopatogênese mais frequentemente descrita envolve alterações morfológicas ou bioquímicas intrínsecas na parede venosa, que comprometem a integridade estrutural e funcional da veia. Entretanto, a origem dessas alterações não é completamente definida, sendo considerada multifatorial, envolvendo fatores hemodinâmicos, estruturais e genéticos (GLOVICZKI P, et al., 2011).

De acordo com Labropoulos N, et al.,(1997), o refluxo venoso observado em pacientes com varizes primárias pode estar relacionado à fraqueza estrutural localizada ou multifocal da parede venosa, o que favorece a dilatação do vaso e a disfunção do fluxo venoso. Essa alteração pode ocorrer associada ou independentemente da incompetência das válvulas da veia safena proximal, sugerindo que tanto alterações parietais quanto valvares podem contribuir para a fisiopatologia da doença.

Além da forma primária, as varizes também podem desenvolver-se secundariamente a outras condições patológicas, como trombose venosa profunda prévia, obstrução do sistema venoso profundo, tromboflebite superficial ou presença de fístulas arteriovenosas. Ademais, em alguns casos, as varizes podem apresentar origem congênita, manifestando-se como malformações venosas decorrentes de alterações no desenvolvimento vascular (GLOVICZKI P, et al., 2011).

Dados epidemiológicos

As varizes, cuja classificação de CEAP (C - clínica, E - etiológica, A - anatômica e P - patológica) se configura como C2, possuem uma incidência variável de 20% a 64% na população, ficando atrás somente das telangiectasias (C1), cuja incidência na população é de até 80% (WITTENS C, et al., 2015). Dentre os fatores de risco para insuficiência venosa crônica e veias varicosas, estão inclusos o elevado índice de massa corporal (IMC), obesidade, falta de prática de exercícios físicos, hipertensão arterial sistêmica (HAS), idade mais avançada na menopausa, ocupações sedentárias para mulheres e tabagismo para homens (DAVIES AH, 2019).

É preciso ressaltar que as diferenças entre mulheres e homens com varizes possam variar de acordo com os critérios de inclusão e os métodos utilizados no estudo, sendo que o maior número observado em mulheres possa ser devido a um viés de seleção por uma busca maior à serviços médicos por parte das mulheres no início dos sintomas (CORREA PMO, et al, 2022).

No estudo de Labropoulos N, et al. (2001), foram coletadas as informações de 835 pacientes com doença venosa crônica, dos quais 84 possuíam refluxo venoso não safeno. Dos 84 pacientes com refluxo venoso não safeno, apenas 10% apresentavam o refluxo das veias do nervo ciático (NC), com concomitância de dor devido a essas veias varicosas causarem compressão do nervo e, por conseguinte, provocando sua estimulação.

Apesar de ser uma doença considerada rara e pouco conhecida na medicina, quando utilizada uma avaliação clínica e criteriosa, as varizes do nervo ciático podem ser diagnosticadas com uma maior frequência, corroborando-se ainda mais para o diagnóstico caso seja utilizado o ecodoppler desde a fossa poplítea, investigando o nervo ciático e suas principais ramificações (PACHÊCO K, et al., 2012).

Fisiopatologia

A compreensão detalhada da anatomia venosa que envolve o nervo ciático é fundamental para elucidar a fisiopatologia dessa afecção. Os padrões de drenagem extraneural das veias do nervo ciático são descritos através das veias nervosas diretas, indiretas, do plexo venoso periarterial e/ou do plexo venoso perivenoso. Na drenagem do sangue por meio das veias nervosas diretas, o sangue venoso flui dos vasos sanguíneos do nervo para as veias comitantes. Na drenagem do sangue por meio das veias nervosas indiretas, o sangue flui dos vasos sanguíneos do nervo para as veias nervosas indiretas, as quais se unem às veias circundantes (musculares) e fluem para as comitantes. Na drenagem por meio do plexo venoso

periarterial, o sangue é drenado do nervo para o plexo venoso periarterial e, em seguida, é direcionado para as veias comitantes. Por fim, na drenagem do sangue por meio do plexo venoso perivenoso, o sangue é drenado do nervo e desemboca no plexo venoso perivenoso, o qual circunda, transpassa paralelamente e desemboca diretamente nas veias subcutâneas (PIÑAL FD e TAYLOR GI, 1990; LABROPOULOS N, et al., 2009).

Nesse sentido, Labropoulos N, et al. (2009) demonstraram a existência de conexões multiníveis entre as veias intraneurais do ciático e a rede venosa circundante. Essas conexões apresentam número limitado de válvulas, enquanto as veias situadas no interior do nervo frequentemente não possuem válvulas, possuem diâmetro reduzido (2–3 mm) e exibem refluxo venoso prolongado (2–3 segundos) com baixa velocidade de fluxo (RICCI S, et al., 2005). Tais características favorecem a dilatação significativa dessas veias quando há refluxo nas veias adjacentes (LABROPOULOS N, et al., 2009).

Em condições fisiológicas, as veias do nervo ciático e as veias do nervo tibial são de difícil visualização ao exame ultrassonográfico devido ao seu pequeno calibre. Contudo, quando se tornam incompetentes, dilatam-se em decorrência da disfunção endotelial, o que promove espessamento da bainha neural e dissecção das fibras nervosas. Nessas circunstâncias, passam a ser detectadas pela ultrassonografia Doppler como estruturas tortuosas que percorrem o interior e o entorno do nervo ciático (RICCI S, et al., 2005). O alargamento das veias do nervo ciático está frequentemente associado ao refluxo nas veias superficiais adjacentes, confirmando a integração hemodinâmica entre esses vasos e o nervo ciático (LABROPOULOS N, et al., 2009).

Apresentações clínicas

A apresentação clínica dessas varizes pode se manifestar como a dor ciática intermitente (PACHÊCO K, et al., 2012), a qual se estende desde a região glútea, seguindo pela parte posterolateral da perna até o pé (LOSCALZO J, et al., 2024).

No exame físico do paciente, é recorrente a dor à palpação profunda na topografia dos dermátomos envolvidos do nervo ciático que correspondem às raízes espinais: L4, L5, S1, S2 e S3. Embora o termo "dermátomo" se refira tecnicamente à área unilateral de pele inervada por um único nervo espinal, na prática clínica das varizes ciáticas, a dor manifesta-se ao longo da distribuição sensorial combinada dessas raízes, abrangendo a região glútea, a face posterior da coxa e as faces lateral e posterior da perna e do pé, principalmente no terço póstero superior da perna e na região glútea, além do aumento do diâmetro do membro afetado, quando comparado com o membro contralateral (PACHÊCO K, et al., 2012). Nesse sentido, também podem estar presentes sinais de insuficiência venosa crônica, como telangiectasias, varizes superficiais e edema, cuja sistematização deve seguir a classificação clínica CEAP para uniformizar o seguimento (WITTENS C, et al., 2015).

A maioria dos pacientes que busca tratamento para varizes apresenta manifestações clínicas relacionadas à doença venosa crônica, incluindo dor, sensação de peso nos membros inferiores, fadiga, cãibras, prurido, síndrome das pernas inquietas, edema maleolar e hipersensibilidade ou dor ao longo do trajeto das veias varicosas dilatadas. Esses sintomas estão frequentemente associados à estase venosa e à disfunção do retorno venoso nos membros inferiores. Alguns indivíduos também podem apresentar histórico de tromboflebite superficial ou episódios de sangramento provenientes de varizes, além de sinais clínicos compatíveis com estágios mais avançados da doença venosa crônica. Entre as alterações observadas destacam-se edema persistente e alterações cutâneas características, como lipodermatoesclerose, eczema venoso, hiperpigmentação, atrofia branca, presença de corona flebectásica e úlceras venosas, que podem estar cicatrizadas ou em atividade. Em menor proporção, há pacientes que procuram avaliação médica na ausência de sintomatologia significativa, sendo a presença de varizes motivo de preocupação predominantemente estética ou cosmética (GLOVICZKI P, et al., 2011).

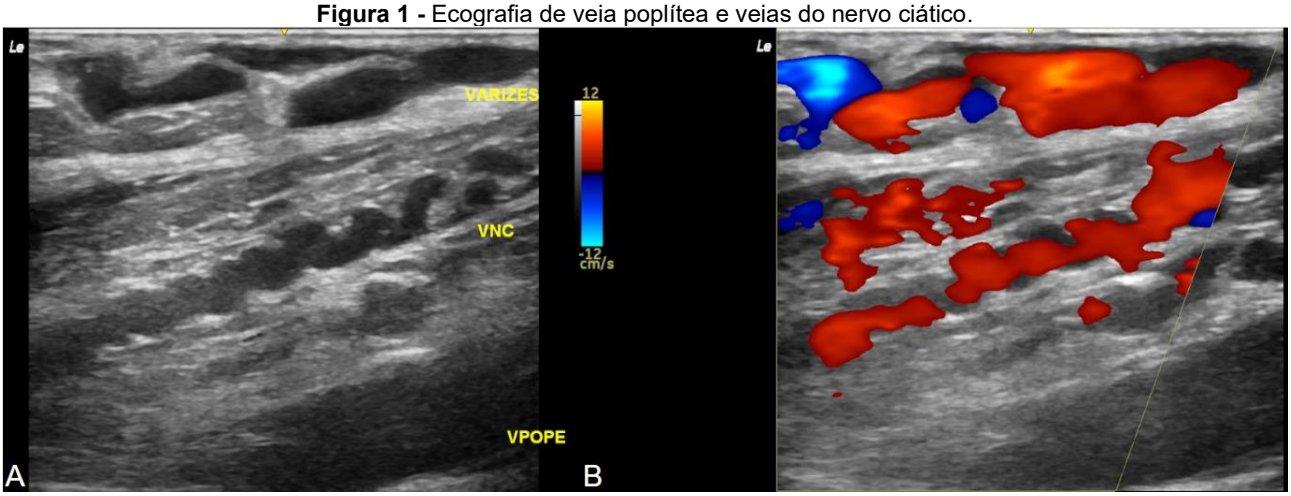
Abordagem diagnóstica

Na avaliação por meio de exames complementares, o ultrassom Doppler/ecoColorDoppler é o método de primeira linha para o mapeamento anatômico e hemodinâmico, incluindo a exploração sistemática da região

poplítea, onde o nervo ciático se divide em tibial e em fibular, bem como o rastreio da face lateral da perna para a identificação de varizes intraneurais e refluxos patológicos (WITTENS C, et al., 2015). Nesse contexto, além de possibilitar uma análise dinâmica do fluxo venoso e das alterações hemodinâmicas associadas às doenças venosas crônicas, esse método também permite a avaliação detalhada das relações anatômicas entre estruturas vasculares e nervosas adjacentes, o que se mostra particularmente relevante em situações clínicas nas quais sintomas neurológicos podem estar relacionados a alterações vasculares compressivas ou a variações anatômicas pouco frequentes. Desse modo, a ultrassonografia permite a visualização do nervo ciático e suas principais divisões na fossa poplítea, devido ao padrão ecogênico específico da estrutura interna desse nervo (RICCI S, et al., 2005), como demonstrado na **Figura 1**.

Paralelamente a essas estratégias diagnósticas baseadas em ultrassonografia, a ressonância magnética é a principal modalidade de imagem para realizar o diagnóstico diferencial de patologias discais e alterações degenerativas da coluna (IZGI E, et al., 2020). Tal método apresenta elevada resolução espacial e excelente contraste entre tecidos moles, o que permite uma caracterização detalhada das estruturas vertebrais, dos discos intervertebrais, das raízes nervosas e das estruturas ligamentares, sendo particularmente útil na investigação de quadros de dor lombociática, nos quais é fundamental distinguir entre etiologias compressivas de origem vertebral e causas extravertebrais potencialmente associadas ao trajeto do nervo ciático. Além disso, a ressonância magnética possibilita a análise multiplanar das estruturas anatômicas, permitindo a avaliação simultânea da coluna vertebral, da pelve e das regiões proximais do membro inferior, o que amplia significativamente sua utilidade no contexto do diagnóstico diferencial de síndromes dolorosas que acometem o território do nervo ciático. Esse método também se mostrou sensível para detectar irritação do nervo ciático por malformação vascular de baixo fluxo, a qual foi identificada em região próxima ao trocanter menor em ressonância magnética da pelve (LACKERMAIR S, et al., 2024). Dessa forma, a capacidade da ressonância magnética de identificar alterações vasculares, inflamatórias e estruturais nos tecidos adjacentes ao nervo ciático torna-se particularmente relevante, pois possibilita a identificação de causas menos comuns de neuropatia ciática, como malformações vasculares, processos inflamatórios ou alterações anatômicas que podem gerar compressão neural ou irritação crônica do nervo.

Figura 1 - Ecografia de veia poplítea e veias do nervo ciático.



Legenda: Imagem de ecografia vascular com Doppler evidenciando a veia poplítea (VPOPE) e varizes do nervo ciático (VNC) associadas a varizes superficiais. A: imagem em modo B. B: imagem em modo color.
Fonte: Ferreira CGAD, et al., 2026. Imagens do autor Prof. Dr Vinicius Tadeu.

Diagnóstico diferencial

As varizes do nervo ciático representam uma causa pouco comum, porém importante, de dor ciática de origem não discal, devendo ser incluídas no diagnóstico diferencial especialmente quando há discordância entre os achados clínicos e os exames de imagem da coluna vertebral. Casos descritos por Hu M, et al. (2010) relatam pacientes com ciatalgia persistente que, mesmo sem correlação clara com alterações espinhais, foram diagnosticados com compressão do nervo ciático por veias varicosas glúteas e tiveram alívio completo dos sintomas após ressecção cirúrgica dessas estruturas.

Pacult MA, et al. (2018), em revisão sistemática de literatura, destacam que a presença de vasculopatias varicosas incomuns pode mimetizar radiculopatias lombares, sendo frequentemente diagnosticadas apenas após investigação aprofundada. Além disso, estudos de série de casos conduzido por Labropoulos N, et al. (2009), identificou varizes associadas ao nervo ciático em pacientes com dor referida ao longo do trajeto nervoso, com alívio significativo dos sintomas após tratamento, com ligadura subfascial e escleroterapia. A consideração dessas etiologias vasculares é essencial para evitar diagnósticos tardios ou equivocados de ciatalgia.

Tratamento

No tocante ao tratamento da doença venosa crônica, podem ser realizadas medidas conservadoras e invasivas a fim de se mitigar os sintomas. As medidas conservadoras podem incluir o uso de drogas venoativas ou flebotônicos para pacientes classificados como C3 ou C4, uso de meias compressivas, prática regular de exercícios físicos e redução do excesso de massa corpórea. Quanto às medidas invasivas, pode-se intervir com diferentes métodos a depender de qual veia está acometida - veias safenas, perfurantes ou tributárias - e qual o grau de insuficiência, sendo as principais recomendações a supressão de pontos de refluxo, termoablação sem ligadura, stripping, escleroterapia com espuma guiada, MOCA (Ablação Mecano-Química), flebectomia e laser endovenoso (KIKUCHI R, et al., 2023). De forma complementar, a **Figura 2** apresenta um fluxograma clínico, diagnóstico e terapêutico, sintetizando a abordagem sistematizada das varizes do nervo ciático, desde a suspeição clínica até a definição da conduta terapêutica.

A flebectomia, que também pode ser denominada com flebectomia com gancho, miniflebectomia, microflebectomia ou flebectomia por punção, é realizada sob anestesia local ou raquianestesia e possui a capacidade de remover a maior parte das varizes (GAO RD, et al., 2022). A flebectomia é realizada com diversas pequenas incisões e consequente remoção das veias varicosas por meio de ganchos e pinças. Dentre as principais contraindicações da flebectomia, estão inclusas a dermatite infecciosa, celulite em áreas adjacentes, edema periférico grave e pacientes gravemente enfermos ou hospitalizados (ANDREWS RH e DIXON RG, 2021).

A escleroterapia com polidocanol é um dos procedimentos minimamente invasivos no tratamento das varizes. Além de ser fácil de executá-lo, é possível ser realizado em ambiente ambulatorial, não provoca dor e dificilmente provoca reações alérgicas, permitindo ao paciente tratado um retorno rápido à sua casa e suas atividades (SILVA MAM, et al., 2017). A escleroterapia com polidocanol é realizada por meio da aplicação do produto através de sua injeção na veia varicosa (LI N, et al., 2021). O polidocanol provoca dano celular contínuo no endotélio venoso de acordo com a quantidade que se é aplicada. Posteriormente, promove-se a formação de um trombo mural aderente, o qual provoca uma hipóxia na parede do vaso, inflamação secundária e, consequentemente, uma esclerose do vaso que torna a veia em uma espécie de cordão fibroso (ABELHA AFP, et al., 2014; LI N, et al., 2021). O polidocanol é uma substância que pertence à classe dos ésteres, os quais possuem um certo efeito anestésico e podem contribuir para a redução da percepção dolorosa (LI N, et al., 2021). Dentre os principais riscos da escleroterapia, destacam-se a trombose, a embolia pulmonar e as alterações pigmentares, embora suas taxas sejam ínfimas (STRASSACAPPA JC, et al., 2025).

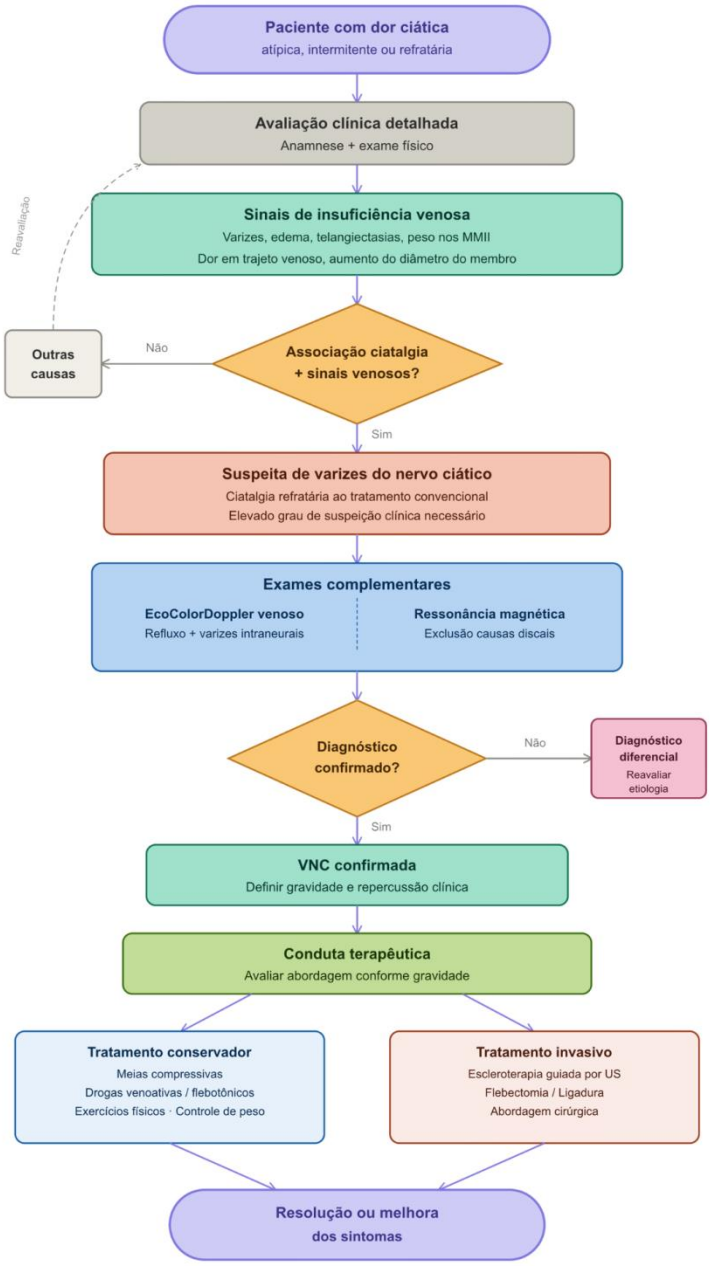
Por mais que a escleroterapia possa precisar de reoperações ou possa apresentar efeitos adversos locais, ela é prática e possui um custo-benefício significativo, visto que seus custos são mais baixos quando comparados com a cirurgia convencional das varizes venosas, não é necessária a anestesia perioperatória, a hospitalização se mostra dispensada e o paciente pode retornar mais rapidamente às suas atividades (SAKUGAWA LS, et al., 2024). As contraindicações para a escleroterapia podem ser divididas em absolutas e relativas. As contraindicações absolutas incluem hipersensibilidade ao esclerosante, tromboembolismo venoso agudo, infecções localizadas na região da escleroterapia ou infecções sistêmicas graves. As contraindicações relativas incluem a gravidez, lactação, doença arterial oclusiva periférica grave, saúde geral comprometida, risco aumentado de tromboembolismo, períodos prolongados de imobilidade ou pacientes acamados e distúrbios neurológicos após escleroterapia prévia, como a enxaqueca (FAYYAZ F, et al., 2024).

Dentre as opções terapêuticas para o tratamento das varizes do nervo ciático, Labropoulos N, et al. (2009) descrevem que a flebectomia e a escleroterapia podem apresentar bons resultados, gerando poucas intercorrências de fácil reversão. Nesse estudo, dezenove pacientes foram tratados, sendo dezesseis submetidos à ligadura associada à flebectomia por punção e três à escleroterapia guiada por ultrassonografia. Destes, onze apresentaram resolução completa dos sintomas, seis tiveram melhora considerável, dois permaneceram inalterados e quatro necessitaram de retratamento em até um ano, evidenciando também refluxo residual leve em alguns casos. Resultados semelhantes foram descritos por Ricci S, et al. (2005), em que a escleroterapia com espuma utilizando polidocanol a 1% resultou na obliteração completa da veia e resolução integral dos sintomas.

Além disso, Ricci S, et al. (2005) ressaltam que a flebotomia pode provocar dano às fibras nervosas sensitivas safeno-fibulares, bem como orientam que deve-se evitar uma abordagem cirúrgica extensa, visto que há um grande risco de provocar lesão nas estruturas nervosas. Outra orientação dada pelos pesquisadores, é a utilização de baixas doses da espuma durante a escleroterapia, a fim de se evitar reação inflamatória que promova lesão aos nervos.

Em relato de caso de Pacult MA, et al. (2018), a ressecção cirúrgica de uma variz venosa glútea comprimindo o nervo ciático resultou em uma diminuição significativa da dor, com melhora sustentada aos três meses de acompanhamento. Resultados positivos com a ressecção cirúrgica também foram observados por Lackermair S, et al. (2024), que relataram paciente assintomático no pós-operatório imediato após neurólise e retirada de malformação vascular de baixo fluxo adjacente ao ciático. No contexto nacional, Pachêco K, et al. (2012) destacam que, em sua experiência, sendo feita a injeção de espuma densa, conduzindo o medicamento até as varizes do nervo ciático, observaram, em curto prazo, que os pacientes tiveram alívio significativo da dor, reforçando o potencial benefício das intervenções direcionadas.

Figura 2 - Fluxograma para abordagem, diagnóstico e tratamento das varizes do nervo ciático.

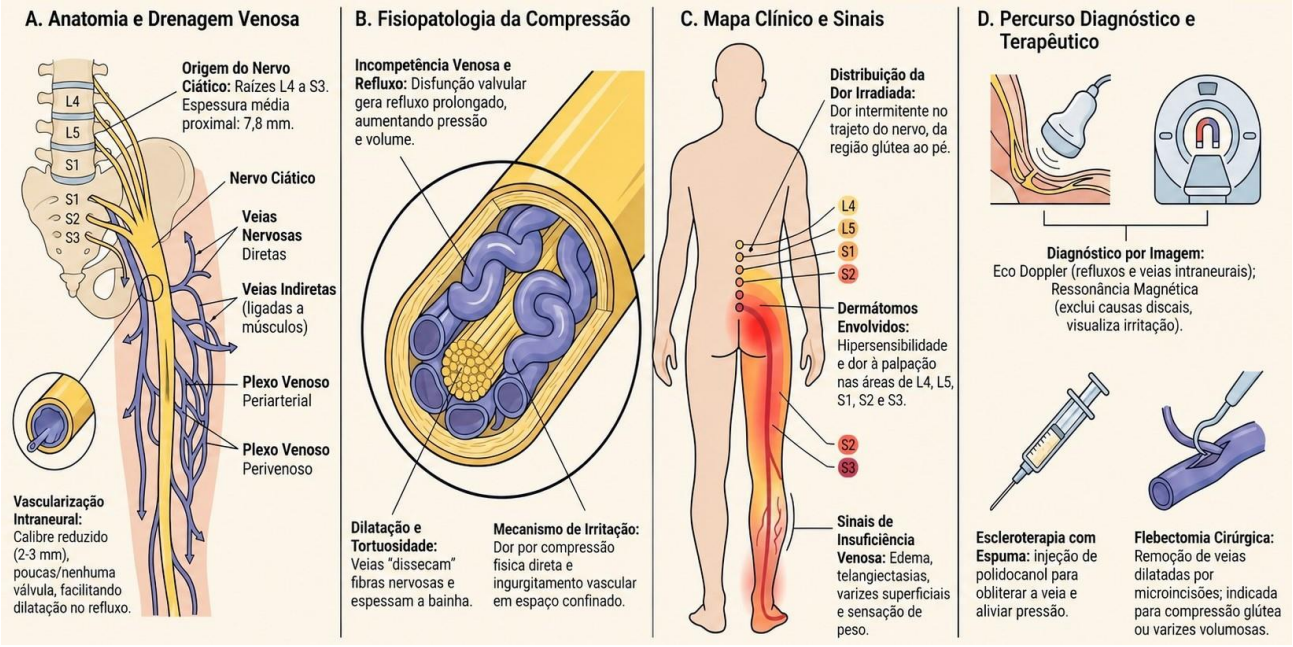


Fonte: Ferreira CGAD, et al., 2026.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As varizes do nervo ciático são uma doença rara que podem simular uma ciatalgia. A principal causa das varizes do nervo ciático é a insuficiência venosa, caracterizada pela incompetência das válvulas venosas que provocam o refluxo venoso e dilatação dos vasos. Com a dilatação, principalmente das veias que realizam a drenagem das veias do nervo ciático, como as veias nervosas diretas e indiretas e os plexos venosos periarterial e perivenoso, ocorre aumento do diâmetro das veias próximas ao nervo ciático e consequente compressão do mesmo, provocando dor. Devido ao fato de ser pouco conhecida, pode passar despercebida por muitos médicos e seu tratamento negligenciado. Assim, espera-se que com uma avaliação minuciosa, ao associar os sintomas álgicos do nervo ciático com manifestações clínicas da insuficiência venosa, associando exames de imagem, como a ultrassonografia com doppler, se possa aumentar o número de diagnósticos e, por conseguinte, o tratamento das varizes do nervo ciático por meio da flebectomia ou escleroterapia com polidocanol a 1%, como ilustrado na **Figura 3**.

Figura 3 - Varizes do Nervo Ciático: Uma causa oculta de ciatalgia.



Fonte: Ferreira CGAD, et al., 2026.

REFERÊNCIAS

1. ABELHA AFP, et al. Abordagens cirúrgicas no tratamento de varizes. Angiologia e Cirurgia Vascular, 2014; 10(3): 132-140.
2. ANDREWS RH, DIXON RG. Flebectomia ambulatorial e escleroterapia como ferramentas para o tratamento de varizes e telangiectasias. Seminars in Interventional Radiology, 2021; 38(2):160-166.
3. BENDSZUS, M., et al. Painful vascular compression syndrome of the sciatic nerve caused by gluteal varicosities. *Neurology*, 2003; 61(7):985-987.
4. CORREA PMO, et al. Factors associated with chronic venous disease: study in 1,136 patients treated for varicose veins of the lower limbs in a specialized clinic. J Vasc Bras, 2022. 10;21:e20220051
5. DAVIES AH. The Seriousness of Chronic Venous Disease: A Review of Real-World Evidence. Advances in Therapy, 2019; 36(Suppl 1):5-12.
6. FAYYAZ F, et al. Avanços no tratamento de varizes: anatomia, fisiopatologia, técnicas minimamente invasivas, escleroterapia, satisfação do paciente e perspectivas futuras. Cureus, 2024; 16(1):e51990.
7. GAO RD, et al. Estratégias e desafios no tratamento de varizes e insuficiência venosa. World Journal of Clinical Cases, 2022; 10(18):5946-5956.
8. GLOVICZKI P, et al. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. Journal of Vascular Surgery, 2011; 53(5 Suppl):2S-48S.
9. HU M, et al. Vascular compression syndrome of sciatic nerve caused by gluteal varicosities. Annals of Vascular Surgery, 2010; 24(8):1134.e1-4.
10. IZGI E, et al. Inferior gluteal vein varices as an unusual cause of sciatic nerve compression syndrome: a case report and review of the literature. Neurochirurgie, 2020; 66(2):133-134.
11. KIKUCHI R, et al. Diretriz brasileira de doença venosa crônica da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular. Jornal Vascular Brasileiro. v. 22: e20230064, 2023.
12. LABROPOULOS N, et al. Nonsaphenous superficial vein reflux. Journal of Vascular Surgery, 2001; 34(5):872-877.
13. LABROPOULOS N, et al. Veins along the course of the sciatic nerve. Journal of Vascular Surgery, [S.l.], 2009; 49(3):690-696.
14. LABROPOULOS N, et al. Where does venous reflux start? Journal of Vascular Surgery, 1997; 26(5):736-742.

15. LACKERMAIR S, et al. Local compression of the sciatic nerve by a vascular malformation as a rare cause of sciatica: A case report and review of literature. Surgical Neurology International, 2024; 15(139):1-4.
16. LI N, et al. Eficácia e segurança do polidocanol no tratamento de varizes dos membros inferiores: um protocolo para revisão sistemática e meta-análise. Medicine, 2021; 100(8):e24500.
17. LOSCALZO J, et al. Medicina Interna de Harrison. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book. p.2850. ISBN 9786558040231.
18. PACHÊCO K, et al. Varizes do nervo ciático são uma doença pouco conhecida?. Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia, Rio de Janeiro, 2012; 31(3):116-123.
19. PACULT MA, et al. Sciatica caused by venous varix compression of the sciatic nerve. World Neurosurgery, 2018; 117:242-245.
20. PIÑAL FD, TAYLOR GI. The venous drainage of nerves; anatomical study and clinical implications. British Journal of Plastic Surgery, 1990; 43(5):511-520
21. RICCI S, et al. Sciatic nerve varices. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, Londres, 2005; 29(1):83-87.
22. SAKUGAWA LS, et al. Tratamento de varizes com espuma de polidocanol: impacto na qualidade de vida em comparação com a cirurgia convencional. Clinics, 2024; 79: 100346.
23. SILVA MAM, et al. Impacto da escleroterapia com espuma de polidocanol guiada por ultrassom em pacientes com úlcera venosa. Jornal Vascular Brasileiro, 2017; 3:239-243.
24. STRASSACAPPA JC, et al. Riscos e benefícios do uso da escleroterapia no tratamento de varizes. Revista Contemporânea, 2025; 1:e7192.
25. WITTENS C, et al. Management of Chronic Venous Disease: Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 2015; 49(6):678-737.