

TELEANGECTASIE

Teleangectasie, non solo un problema estetico

Costituiscono un inestetismo rilevante ma possono essere anche manifestazione di predittività o di secondarietà rispetto a numerose patologie



S. Bilancini³ - G. Guarnera⁴ - L. Guarnera⁵ - M. Lucchi³ - G. Lucchi³ - P. Mollo² - F. Pomella¹ - S. Tucci³ - G. Vittori⁶

¹ Specialista in Angiologia Medica - Servizi Ambulatoriali Territoriali - Branca Angiologia ASL Frosinone

² Specialista in Angiologia Medica - Geriatra e Gerontologia - INI Divisione Città Bianca Veroli (FR) - Clinica Privata Accredita Villa Gioia Sora (FR)

³ Centro Studi Malattie Vascolari JF Merlen - Frosinone

⁴ Chirurgia Vascolare - Aurelia Hospital - Roma - già presidente Associazione italiana ulcere cutanee (AIUC)

⁵ Università La Sapienza - Roma

⁶ Master di II Livello in Angiologia - Studio Angiologico Galeno Colleferro (Roma)

Introduzione

La prevalente motivazione che spinge i pazienti (o meglio le pazienti trattandosi nella quasi totalità di soggetti di sesso femminile) a rivolgersi all'angiologo quando scoprono di avere su una gamba o su una coscia delle teleangectasie è una motivazione di ordine estetico. Queste piccole formazioni vascolari, sovente diffuse e numerose vengono chiamate dai pazienti "capillari" termine assolutamente improprio per indicare le teleangectasie

I capillari, come è noto, sono i più piccoli segmenti del sistema circolatorio, posti tra il versante arteriolare e quello venulare, con un lume variabile dai 5 ai 9 micron diametro vasale appena sufficiente per il passaggio delle emazie. La loro parete è costituita da un unico strato di cellule endoteliali, circondato all'esterno da una sottile membrana basale.

Il termine di teleangectasia fu coniato per la prima vol-

ta da von Graf nel 1807 per descrivere un vaso superficiale della pelle che al contrario dei capillari è visibile all'occhio umano e può rappresentare un'arteriola o una vena dilatata. Le teleangectasie degli arti inferiori rappresentano solitamente dilatazioni patologiche di vene periferiche che risiedono nel derma a una profondità variabile, tra l'epidermide e l'ipoderma, di norma costituiscono una affezione puramente estetica e presentano un diametro variabile da 0,1 a 1 mm. Dal punto di vista morfologico si distinguono sostanzialmente 4 tipi principali di teleangectasie: le semplici sinuose, le arborizzate, quelle a scopa di betulla o di ginestra, quelle a corimbo, a rete o a stella con irradiazioni e infine le puntiformi (Ouvry - Redisch - Pelzer). Possono essere di colore blu o rosso, queste ultime solitamente più sottili e superficiali. Nella maggior parte dei casi il quadro clinico delle teleangectasie può essere determinato e sostenuto dalla esisten-

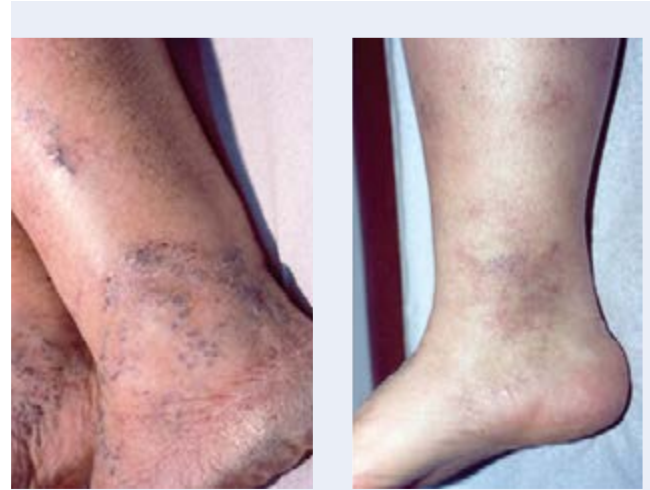
za di una insufficienza venosa superficiale. In tal caso, le localizzazioni risultano correlate al tipo di varicosi e, conseguentemente, il trattamento non può prescindere da una valutazione completa del sistema venoso.

Frequenti localizzazioni sono quelle del territorio della grande safena (faccia mediale della coscia, del ginocchio, III superiore di gamba, caviglia piede), ovvero della piccola safena (cavo popliteo, polpaccio, superficie esterna caviglia e piede).

Classificazione e clinica

Le teleangectasie possono essere classificate in primitive e secondarie. Le primitive possono manifestarsi in presenza di varici e in assenza di varici (P. Ouvry, 1989) (figg. 1, 2).

Le secondarie possono essere sottese o rappresentare segnale di allarme di patologie sistemiche quali la sclerodermia, la dermatomiosite, il LES o altre connettiviti (figg. 3, 4), essere secondarie a malattie genetiche quali deficit di prolidasi, malattia di Rendu Osler (figg. 5, 6), s. di Van Louisen (cutis marmorata teleangectasica), angioma ve-



Figg. 1, 2: teleangectasie in presenza di varici

noso con teleangectasie, angioma serpiginoso di Hutchinson, atassia-teleangectasia di Louis Bar, poichiloderma costituzionale, telangectasia maculare eruttiva persistente.



Figg. 3, 4, 5, 6: teleangectasie in corso di malattia di Rendu Osler

Inoltre, possono essere secondarie a cause varie come cicatrici, radiodermi, fotodermatiti, necrobiosi lipoidea, granuloma anulare, sarcoidosi, lebbra ovvero essere secondaria espressione di terapie cortisoniche prolungate e poichilodermia di Civatte. Ancora possono comparire in quadri di confine come l'emangioma a fragola, le teleangectasie eruttive, la rosacea e le teleangectasie essenziali generalizzate. Le teleangectasie esprimono un quadro frequente e nella maggior parte dei casi assolutamente benigno. Esistono tuttavia delle forme non banali che vanno differenziate perché segno di "allarme" e di predittività di altre patologie congenite o acquisite che necessitano di un approccio più approfondito sotto il profilo diagnostico. Le forme teleangectasiche primitive sono più frequenti dopo i 25-30 anni, mostrano netta incidenza nel sesso femminile, hanno predisposizione familiare, appaiono influenzate dal ciclo mestruale, risultano accentuate dalle gravidanze, correlano con la assunzione di estrogeni di sintesi, possono drenare attraverso una comunicante, una safena o una perforante. In assenza di reflussi lunghi deve essere invocata anche la qualità della parte venulare e sovente si rilevano arti diffusamente ricoperti di teleangectasie senza evidenze di reflussi lunghi ovvero incontinenze ostiali. La capillaroscopia ha verificato che le teleangectasie, indipendentemente dal calibro e dal colore, corrispondono a dilatazioni venose dei plessi sub papillari. Sebbene le teleangectasie possano esistere in un arto in cui la circolazione venosa è perfettamente normale è sempre opportuno esplorare la continenza del sistema venoso superficiale. L'eventuale trattamento chirurgico tradizionale dell'incontinenza ostiale, quando indicato, ovvero altre opzioni di trattamento ablativo devono sempre precedere la scleroterapia delle teleangectasie e delle varicosità minori.

Profilassi

Cardine di una profilassi adeguata resta il corretto stile di vita che eviti ortostatismo protratto, sedentarietà, attui la correzione di eventuali alterazioni dell'appoggio plantare e dei meccanismi di pompa plantare e surale, garantisca il mantenimento del normale peso corporeo e più in generale assicuri il rispetto delle norme comportamentali e posturali per la prevenzione della malattia venosa cronica. Utile per categorie a rischio anche l'impiego di indumenti elastici di contenimento e sostegno (collant o gambaletti 18-22 mmHg di compressione alla caviglia). Sebbene le teleangectasie possano esistere in un arto

in cui la circolazione venosa è perfettamente normale è sempre opportuno esplorare la continenza del sistema venoso superficiale.

Terapia

Per le teleangectasie che accompagnano una stasi venosa e correlano con il quadro della insufficienza venosa primaria, deve valere la regola fondamentale che la cura delle varici deve sempre precedere quella delle teleangectasie stesse. Dopo aver escluso la presenza di quadri di insufficienza venosa primaria che richiedono il trattamento ablativo e/o la correzione di reflussi mediante le diverse opzioni chirurgiche oggi disponibili si procede alla eliminazione delle teleangectasie. C'è consenso unanime sulla scleroterapia come trattamento di scelta. La sclerosi migliora la qualità di vita più della compressione elastica (Schul 2011). In aderenza alle linee guida europee la schiuma risulta più efficace ma con più effetti collaterali anche se necessitano ulteriori studi di evidenza (Josnin 2018). Indispensabile un opportuno e adeguato bilancio pretrattamento. Una anamnesi accurata appare ineludibile per evidenziare eventuali controindicazioni, diatesi allergiche, presenza di malattie sistemiche e metaboliche come altrettanto importante risulta un esame obiettivo generale e distrettuale ben condotto e integrato da esame strumentale a ultrasuoni (ecocolordoppler) per la esclusione di reflussi significativi, anche se la valutazione clinica risulta prioritaria e fondamentale. La tecnica prevede alcune regole pratiche operative. La prima consiste nel procedere dall'alto in basso e dai vasi di maggiore calibro a quelli più piccoli. La seconda regola è quella di iniettare poco mezzo sclerosante per volta e tramite numerosi punti di iniezione. I liquidi utilizzati in Italia per la sclerosi delle teleangectasie sono la glicerina cromata, il polidocanolo, il tetradecilsolfato sodico. Il polidocanolo è superiore al tetradecilsolfato di sodio (Rabe 2010). I trattamenti di microsclerosi non sono esenti da complicanze quali pigmentazioni (20% polidocanolo - 31% tetradecilsolfatosodico con l'1% di esiti discromici persistenti), teleangectasie reattive (2-5% - 20% persistenti), ulcere (0,01-0,23), TVS (0,08%), TVP (0% - 0,02%), allergie (polidocanolo 0,01-0,2% - tetradecilsolfato sodico 0,15%) (Kern 2010). Dopo trattamento sclerosante le teleangectasie possono recidivare. Le recidive hanno un picco nei primi tre anni, poi tendono a stabilizzarsi. Le curve di incidenza di recidive in altra sede e nella stessa sede sono simili con un incremento non significativo

di quelle in sede diversa dal terzo anno in poi. Non si tratta di vere recidive ma di stadi evolutivi diversi dello stesso quadro. Per quanto riguarda il trattamento laser rispetto alla scleroterapia vi sono risultati contrastanti. Secondo Lupto (2002) la sclerosi assicura risultati superiori al laser che secondo Levy (2004) dovrebbe essere un complemento della sclerosi. Di avviso diverso Goldman (2004) che per le teleangectasie del viso sostiene la superiorità del laser rispetto alla sclerosi. Per Tepavcevic (2012) la sclerosi è il trattamento di elezione. Per quanto riguarda il trattamento compressivo non vi è consenso sulla utilità della compressione nella sclerosi delle teleangectasie. Secondo Guex (1999) la compressione sarebbe inutile perché senza compressione sono stati raggiunti secondo uno studio non controllato, risultati positivi nel 98% dei casi. Tuttavia, secondo i risultati di uno studio controllato di Lueiss (1999), la compressione con bendaggio fisso mantenuto per 1-3 settimane riduce le pigmentazioni.

Conclusioni

Le teleangectasie, manifestazione clinica di frequente riscontro in clinica sia in assenza che in presenza di varici, possono accompagnare anche quadri patologici di varia eziologia e gravità rappresentandone sovente elemento di secondarietà. Nella maggioranza dei casi le teleangectasie primitive costituiscono soprattutto per i soggetti di

Sesso femminile, nei quali mostrano peraltro una significativa maggiore incidenza, un inestetismo percepito in molti casi, come particolarmente rilevante. Le teleangectasie risultano passibili di trattamento sclerosante e/o laser e richiedono misure di profilassi mediante rispetto rigoroso di norme comportamentali, posturali, di stile di vita e di impiego costante e rigoroso di indumento elastocompressivo. In presenza di varici la sclerosi e il laser devono essere sempre preceduti da correzione dei reflussi oggi attuabili con diverse opzioni di trattamento connotate da una minore invasività.

Bibliografia

1. Bassi G. Compendio di terapia flebologica Ediz. Minerva medica Torino, 1986.
2. Ouvry P, Arlaud R. Le traitement sclérosant de télangiectasies des membres inférieurs. *Phlébologie* 1979; 32:365.
3. Merlen J.F. Télangiectasies rouges, télangiectasies bleues. *Phlébologie* 1979; 22:167.
4. Tournay R. Traitement sclérosant des très fines varicosités intra ou sousdermiques *Phlébologie* 1966;19:235.
5. Lucchi M, Bilancini S, Tucci S. Sclerotherapy for telangiectasis of the legs: results of a 5-years – Follow up. *Sage Journal Phlebology The Journal of venous disease* vol. 11; issue 2, 1996.
6. AA. VV. Consensus Document on Phlebology SIFL 2023 *Acta Phlebol.* 2023, 24 suppl. to n.2: 31-37.

SOCIETÀ ITALIANA DI MICROCIRCOLAZIONE (SIM)



Direttivo

Presidente: Salvino Bilancini

Vicepresidente: Giorgio Guarnera

Segretario: Pierluigi Edgard Mollo

Consiglieri

Alessandro Aiello

Luciana Bagnato

Piero Giuseppe Bonadeo

Biancamaria Ligas

Lorenzo Pascazio

Sandro Antonio Tucci

Collegio dei revisori dei conti

Antonio De Marco (presidente)

Federica Pomella

Franco Ribero

Collegio dei probi viri

Giusto Trevisan (presidente)

Massimo Lucchi

Francesco Paolo Palumbo