

A CONTRIBUIÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DO LINFEDEMA EM PACIENTES MASTECTOMIZADAS

Giselle Freitas Barbalho^{1,2}; Brunella Faria da Cruz²; Thais do Val Saucedo²; Regiane Albertini¹

¹ Universidade do Vale do Paraíba- UNIVAP- IPD- Av; Shishima Hifume, 2911- São José dos Campos- SP regiane@univap.br

² Universidade Vale do Rio Doce - UNIVALE, de GV, MG; gisellebarbalho@yahoo.com.br

RESUMO O câncer de mama apresenta-se como um grave problema de saúde em todo o mundo. Desde o final do século XIX, a cirurgia tem sido o tratamento tradicional do câncer. Independentemente da técnica, radical ou conservadora, a dissecação dos linfonodos axilares tem sido um tratamento cirúrgico padrão. Em decorrência disso, cerca de 15% a 20% das mulheres apresentam linfedema, podendo levar ao desconforto e às dores, além de prejudicar as funções, como amplitude de movimento e, conseqüentemente, limitações nas atividades de vida diária e deformação do membro. Dentre as medidas para tratar o linfedema, destaca-se a Terapia Física Complexa (TFC), uma técnica fisioterapêutica da qual consta de drenagem linfática manual e bandagem. O objetivo desse estudo foi revisar a literatura científica para uma melhor abordagem do tratamento fisioterapêutico do linfedema em pacientes mastectomizadas e demonstrar condutas que possam ser utilizadas no controle dessa possível complicação. Conclui-se que o diagnóstico precoce e tratamento bem orientado controlam a grande maioria dos casos, evitando maiores complicações e recolocando essas pacientes ao convívio social normal.

Palavras- chave: Linfedema; Mastectomia; Fisioterapia

Área do Conhecimento: Fisioterapia

1. Introdução

O câncer de mama apresenta-se como um grave problema de saúde em todo o mundo. Nos EUA, cerca de 211.300 novos casos foram estimados para 2003, apresentando um crescimento de 2%, ao ano, na taxa de incidência. Uma em cada 14 mulheres, entre 60 e 79 anos, terá câncer de mama, sendo que 50% delas receberão o diagnóstico com 65 anos ou mais, o que representará 20% da população em 2030. No Brasil, é a neoplasia maligna mais incidente na população feminina, com 41.610 casos novos diagnosticados e 9.335 óbitos por ano (BATISTON e SANTIAGO, 2005; REZENDE et al., 2006).

Considerando a expectativa de sobrevivência de 17,5 anos para essas mulheres, tornou-se fundamental o aprimoramento das técnicas de reabilitação para proporcionar uma melhor qualidade de vida física e mental (REZENDE et al., 2005).

Um importante fator prognóstico do câncer de mama é o diagnóstico precoce. Quando detectado em estágio inicial, o tumor apresenta altos índices de cura, mas quando detectados tardiamente a abordagem cirúrgica acaba por ser inevitável para o tratamento da doença (BATISTON e SANTIAGO, 2005).

Desde o final do século XIX, a cirurgia tem sido o tratamento tradicional do câncer de mama, e a mastectomia radical clássica permaneceu como tratamento de escolha por, aproximadamente, 60

anos. Na segunda metade do século XX, alterações foram introduzidas na mastectomia clássica, sendo que as técnicas com preservação do músculo grande peitoral ou de ambos os peitorais passaram a ser conhecidas como Mastectomia Radical Modificada (JUNIOR et al., 2001). Atualmente, as técnicas radicais estão sendo substituídas por procedimentos menos mutilantes, que proporcionam melhores resultados estéticos e psicológicos, como as cirurgias conservadoras, conhecidas como quadrantectomia e tumorectomia (BATISTON e SANTIAGO, 2005; FERREIRA et al., 2005 e REZENDE et al., 2005).

Independente da técnica, radical ou conservadora, a dissecação ou esvaziamento axilar é importante no controle local da doença e no planejamento dos tratamentos complementares, como quimioterapia ou hormonioterapia. Os tratamentos cirúrgicos e complementares associados à dissecação axilar podem levar à uma variedade de complicações, em 62,6% dos casos como, linfedema no braço, parestesia da região axilar e do 1/3 medial e alterações nos movimentos do membro superior, além de infecção na cicatriz cirúrgica, necrose da pele, seroma, distúrbios de cicatrização e disfunções do ombro. Dessas complicações, destaca-se o linfedema (CASSALI et al., 2004; BATISTON e SANTIAGO, 2005 e REZENDE et al., 2005). O objetivo desse estudo foi revisar a literatura científica para uma melhor abordagem do tratamento fisioterapêutico do linfedema em pacientes mastectomizadas e

demonstrar algumas condutas que possam ser complicações, destaca-se o linfedema (CASSALI et al., 2004; BATISTON e SANTIAGO, 2005 e REZENDE et al., 2005). O objetivo desse estudo foi revisar a literatura científica para uma melhor abordagem do tratamento fisioterapêutico do linfedema em pacientes mastectomizadas e demonstrar algumas condutas que possam ser utilizadas no controle dessa possível complicação.

2. Metodologia

Para a realização deste trabalho de revisão bibliográfica foram utilizados artigos científicos datados de 2001 à 2006.

3. Revisão de literatura

O termo linfedema refere-se ao tipo de edema decorrente do acúmulo anormal de líquidos e proteínas nos tecidos, resultante da falha no sistema linfático de drenagem associado à insuficiência de proteólise extralinfática das proteínas do interstício celular. Sua causa deve-se à uma deficiência no transporte de linfa através dos vasos linfáticos por uma disfunção anatômica do tecido linfático previamente normal, como ocorre nas pacientes mastectomizadas (ROCKSON, 2002; GOMES et al., 2003; PEREZ, 2003; GODOY e GODOY, 2004).

Em decorrência da dissecação dos linfonodos axilares e conseqüente deficiência do sistema linfático, estima-se que de 15% a 20% das mulheres tratadas de carcinoma mamário apresentam linfedema e precisam enfrentar os desconfortos produzidos por ele, como a diminuição da capacidade motora do membro edemaciado (GARCIA e GUIRRO, 2005).

De acordo com Panobianco e Mamede (2002), a simples diferença de 1 a 1,5 cm de circunferência do membro superior pode estabelecer um diagnóstico de linfedema e uma diferença inferior à 3 cm é considerado como linfedema leve; de 3 à 5 cm, moderado; e o linfedema severo é uma diferença superior à 5 cm. (BUTTENDORFF, et al., 2004).

Segundo Júnior (2001), em um estudo realizado com 109 pacientes submetidas à mastectomia radical modificada observou-se linfedema do membro superior em 15 pacientes (14%). Dessas, 10 apresentaram linfedema leve (67%), em 40 foi moderado (27%) e uma paciente apresentou linfedema severo (6%). O autor pôde observar ainda, que dentro do grupo estudado, o fator peso e idade (mulheres acima de 45 anos) influenciaram, positivamente, na incidência de linfedema.

Em outro estudo feito por Batiston e Santiago (2005), observou-se que em 160 mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico de câncer de mama, 29,4% apresentavam linfedema. O tipo de cirurgia não esteve relacionado ao desenvolvimento dessa complicação.

As complicações decorrentes do linfedema são fibroedema linfagite e linfangios-sarcoma, alterações

sensitivas e problemas com a imagem corporal e aceitabilidade social (NETO et al., 2004; GARCIA e GUIRRO, 2005).

A prevenção do linfedema pode ser conseguida através de uma série de cuidados que se iniciam a partir do diagnóstico de câncer de mama. Após o tratamento cirúrgico, as pacientes devem ser orientadas sobre os cuidados com a pele do membro superior homolateral ao câncer, a fim de evitar possíveis traumas e ferimentos. Com isso, recomenda-se usar luvas de proteção ao fazer as atividades do lar. A compressão no membro superior no lado homolateral à cirurgia também deve ser evitada para que minimize o possível desenvolvimento do linfedema. Portanto, não recomenda-se o uso de blusas com elástico, relógios, anéis e pulseiras; e, a aferição da pressão arterial e a coleta sanguínea, no lado afetado, também devem ser evitadas (BERGMANN et al., 2004).

Diversos autores concordam que o tratamento fisioterapêutico pós operatório é decisivo na prevenção das complicações decorrentes da mastectomia e deve ser iniciado o mais precocemente possível. O tratamento focaliza a redução e o controle do edema, a melhora funcional do membro, a prevenção das infecções associadas, a independência nas atividades de vida diária e a melhora nos aspectos psicológicos e sociais. Uma equipe multidisciplinar adaptada às exigências do tratamento é de fundamental importância para o sucesso. Dentre as modalidades de intervenção, a drenagem linfática, os exercícios linfocinéticos, as medidas farmacológicas, as orientações sobre as atividades de vida diária, as medidas dietéticas e higiênicas e as bandagens constituem a base do tratamento (GODOY et al., 2003; GODOY e GODOY, 2004; MARCUCCI, 2005; PEREIRA, 2005 e MEIRELLES, 2006).

Das medidas clínicas usadas para tratar os linfedemas periféricos, o tratamento fisioterapêutico, também chamado de Terapia Física Complexa (TFC), é sem dúvida o de melhor resultado (NETO, 2003).

Esse tratamento consiste da combinação de várias técnicas que atuam conjuntamente, dependendo da fase em que se encontra o linfedema, incluindo, cuidados com a pele, drenagem linfática manual, contenção na forma de enfaixamento ou por luvas/braçadeiras e cinesioterapia específica. O tratamento é dividido em duas fases, sendo que na primeira o objetivo é a redução do volume do membro, tendo a duração de 2 à 6 semanas, e a segunda é a fase de manutenção e controle do linfedema (BERGMANN et al., 2006).

A drenagem linfática manual (DLM) é um dos pilares no tratamento do linfedema. A DLM consiste em manobras delicadas, rítmicas e de orientações, levando a linfa de locais bloqueadores para outros onde não há bloqueio linfático, facilitando a entrada do fluido intersticial por meio do desenvolvimento de diferentes pressões. A drenagem deve obedecer ao

sentido do fluxo linfático, controlando a velocidade e pressão exercida, auxiliando o retorno venoso e linfático, e conseqüentemente diminuindo o edema (NETO, 2003; GODOY e GODOY, 2004). Inicia-se a DLM na região proximal do lado contralateral ao membro afetado, para estimular o fluxo linfático normal, preparando-o para receber o fluido do lado envolvido. A drenagem no lado comprometido, inicia-se pelas porções mais proximais, até chegar às mais distais, drenando cada segmento, suavemente, com pressões menores que 40 mmHg, do sentido distal para proximal (PEREZ, 2003). As manobras são repetidas várias vezes, por período de até 1 hora de duração. Com isto, hipertrofia-se os linfáticos existentes que não participavam da circulação linfática principal (NETO et al., 2004).

No final da sessão, para que não haja perda das medidas diminuídas durante a mesma, realiza-se uma contenção inelástica, com enfaixamento com atadura de crepe mais esparadrapo ou uma contenção elástica com luva ou meia elástica (NETO, 2003). As bandagens constituem a principal arma coadjuvante associada à drenagem linfática manual, no tratamento do linfedema. Existem vários tipos de materiais de confecção de bandagens para o tratamento do linfedema, como as bandagens não elásticas ou de baixa elasticidade (<70%). Existem também as de média elasticidade (>70-140%) e as de alta elasticidade (>140%). No tratamento do linfedema, as bandagens não elásticas ou de baixa elasticidade são as recomendadas. Outra particularidade das bandagens de baixa elasticidade é que elas aumentam a amplitude de pressão durante o exercício e diminuem a pressão enquanto em repouso. As bandagens muito elástica são quase inúteis, pois quando o membro realiza seus movimentos de compressão e relaxamento contra a bandagem, seu poder de compressão se torna pouco efetivo. Esta variação é inversamente proporcional à elasticidade, porém nas bandagens de menor à elasticidade ocorre uma maior variação na pressão dos tecidos envolvidos (membro superior), trazendo, assim, maiores benefícios (GODOY e GODOY, 2004).

A contenção elástica com meias ou com uso de faixas pouco elásticas é imprescindível como medida para manter a integridade do membro estável (PEREZ, 2003).

As sessões de TFC são feitas em bloco de quatro meses de duração, sendo que no primeiro mês, as sessões são realizadas cinco vezes por semana; no segundo mês, três vezes por semana; no terceiro, duas vezes por semana e, no quarto mês, uma vez por semana, perfazendo um total de 44 sessões em quatro meses consecutivos de tratamento. (NETO, 2003).

4. Discussão

O linfedema é uma condição crônica e pode aparecer a qualquer momento após a dissecação axilar decorrente da mastectomia.

Deve-se considerar que o linfedema é uma condição bastante complexa, sendo necessário um estudo específico para melhor compreender o comportamento dessa patologia. Os autores Batiston e Santiago (2005), enfatizam que o aparecimento de um leve aumento do volume do membro nos primeiros dias após a cirurgia é inevitável, e pode ser minimizado com a elevação do membro.

Reduzir e manter o volume do membro é o principal objetivo no tratamento do linfedema, na fase precoce, quando os tecidos ainda estão relativamente preservados, podendo reduzir o membro ao seu tamanho inicial. No entanto, após o desenvolvimento da fibrose, os tecidos não retornam à sua normalidade, mesmo com todas as medidas para tentar reduzir o volume, aceitando-se um certo grau de edema residual (PEREZ, 2003).

A qualidade de vida das pacientes é de fundamental importância (Bergman et al., 2004). Em estudo feito por Garcia e Guirro (2005), observou-se que as mulheres que desenvolveram linfedema apresentaram alterações psicológicas, sociais e sexuais. Assim, é de extrema importância buscar alternativas para o controle/minimização do mesmo.

Segundo Batiston e Santiago (2005), não há um consenso sobre a incidência do linfedema em pacientes mastectomizadas, podendo variar entre 5,5% a 80%. Os autores realizaram um estudo com 160 mulheres, onde observaram que 29,4% das pacientes apresentaram linfedema.

Estudo feito por Ferreira et al. (2005), dentre as pacientes estudadas em seu projeto, 30 (23,25 %) apresentavam linfedema e permanecem em tratamento clínico e fisioterapêutico. É neste contexto que a fisioterapia se faz necessária, tanto na reabilitação das incapacidades já instaladas, que afetam a funcionalidade, a atividade das pacientes e sua participação social, quanto na prevenção de futuras complicações e seus efeitos, como por exemplo, o linfedema.

O linfedema é uma enfermidade cuja evolução não permite esperar êxito de cura total, o que constitui um desafio para o especialista, que deve estar consciente de que não poderá obter resultados definitivos. No entanto, quando se estabelece o tratamento correto nos estadiamentos iniciais, podem-se obter resultados bastante compensadores (CIUCCI, 2004).

5. Conclusão

O tratamento fisioterapêutico pós operatório representa uma importância significativa na prevenção e terapêutica das complicações decorrentes da dissecação axilar, como o linfedema.

Diante do estudo, acredita-se que ainda há muito a fazer para melhorar os resultados no tratamento do linfedema. Um diagnóstico precoce e um tratamento bem orientado controlam a grande maioria dos casos evitando maiores complicações e recolocando essas pacientes ao convívio social normal.

6. Referências Bibliográficas

- BATISTON, P. A e SANTIAGO, S. M. Fisioterapia e complicações físico-funcionais após tratamento cirúrgico do câncer de mama. **Fisioterapia e Pesquisa**, 12 (3): 30-5, 2005.
- BERGMANN, A; et al. Diagnóstico do linfedema: Análise dos métodos empregados na avaliação do membro superior após linfadenectomia axilar para tratamento do câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**; 50 (4): 311-320, 2004.
- BERGMANN, A; et al. Fisioterapia em Mastologia Oncológica: Rotinas do Hospital do Câncer III/ INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**; 52 (1): 97-109, 2006.
- BUTTENDORFF, J. E; et al. Avaliação, proposta de tratamento e intervenção fisioterapêutica em paciente mastectomizada. **IX Encontro Latino Americano de iniciação científica e V Encontro Latino Americano de pós Graduação - Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP)- 440 - 443, 2004.**
- CASSALI, D.G. et al. Assistência fisioterapêutica às pacientes pós cirurgia do câncer de mama. **Anais do 7º encontro de extensão da UFMG - BH, 12 a 15 de setembro, 2004.**
- CIUCCI, L.J. et al. Clínica e evolução na abordagem terapêutica interdisciplinar em 640 pacientes com linfedema durante 20 anos. **Jornal Vascular Brasileiro**, 3 (1): 72-6, 2004.
- FERREIRA, A.P.C; et al. Educação e assistência fisioterapêutica às pacientes pós cirurgia do câncer de mama. **Anais do 8º encontro de extensão da UFMG- BH, 03 a 08 de outubro, 2005.**
- GARCIA, L.B. e GUIRRO, E. C.O. Efeitos da eletroestimulação de alta voltagem no linfedema pós mastectomia. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. Vol. 9, No. 2, 243-248; 2005.
- GODOY, J.M.P., et al. Bandagem co-adesiva de baixa elasticidade no tratamento do linfedema. **Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular** 12 (3) 87-89, 2003.
- GODOY, J. M. P. e GODOY, M.F.G. Drenagem linfática no tratamento de linfedema em adolescentes. **Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular**. Mai/Jun- nº 1, 10-12; 2004.
- GOMES, C. S; et al. Demonstração de um protocolo para o estudo anatomatológico dos vasos linfáticos no linfedema. **Jornal Vascular Brasileiro**; 2 (4): 313-17; 2003.
- JUNIOR, R. F. et al. Linfedema em pacientes submetidas à mastectomia radical modificada. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Vol.23 no. 4, Rio de Janeiro; Maio, 2001.
- MARCUCCI, F. C. I. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos às pacientes com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**; 31(1): 67-77; 2005.
- MEIRELLES, M. C.C. C et al. Avaliação de técnicas fisioterapêuticas no tratamento do linfedema pós cirurgia de mama em mulheres. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. vol.10 n. 4.; 2006.
- NETO, H. J. G. et al. Estudo etiológico dos linfedemas baseado na classificação de Kinmonth, modificado por Cordeiro. **Jornal Vascular Brasileiro**, 3 (1): 60-4; 2004.
- NETO, H. J. G. Tratamento fisioterápico do linfedema- Terapia Física Complexa. **Angiologia e Cirurgia Vascular: guia ilustrado**. Maceió, 1-4; 2003.
- PANOBIANCO, M.S. e MAMEDE, M. V. Complicações e intercorrências associadas ao edema de braço nos três primeiros meses pós mastectomia. **Revista Latino Americana de Enfermagem**; 10 (4): 544-51; 2002.
- PEREIRA, C. M. A; et al. Avaliação de protocolo de fisioterapia aplicado às pacientes mastectomizadas a Madden. **Revista Brasileira de Cancerologia**; 51 (2): 143-148; 2005.
- PEREZ, M. D. C. J. Tratamento clínico do linfedema. **Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado, 1-6;** Maceió, 2003.
- REZENDE, L. F. et al. Fisioterapia aplicada à fase pós operatória de câncer de mama: O que considerar. **Revista Ciências Médicas**, Campinas, 14 (3): 295-302,. 2005.
- REZENDE, L. F. et al. Exercícios livres versus direcionados nas complicações pós operatórias de câncer de mama. **Revista da Associação Médica Brasileira** vol.52 n.1, p. 1-15; 2006.
- ROCKSON, S. G. Lymphedema. **American Journal of Medicine**, vol. 110, no 4, , 2002.