

AVALIAÇÃO, PROPOSTA DE TRATAMENTO E INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM PACIENTE MASTECTOMIZADA

Juliana Elisa Buttendorff¹, Kelen Cristine Dall'Agno², Raquel Pereira Jung³, Silvia Luci de Almeida Dias⁴, Cilene Volkman⁵

¹Universidade do Vale do Itajaí- Centro da Saúde-Curso de Fisioterapia-R. Uruguai,458-Centro-Itajaí- Cep88302-200, juli_fisio@zipmail.com.br

² Universidade do Vale do Itajaí- Centro da Saúde-Curso de Fisioterapia-R. Uruguai,458-Centro-Itajaí- Cep88302-200, kelen_fisio@yahoo.com.br.

³ Universidade do Vale do Itajaí- Centro da Saúde-Curso de Fisioterapia-R. Uruguai,458-Centro-Itajaí- Cep88302-200, quelpjung@yahoo.com.br

⁴Universidade do Vale do Itajaí- Centro da Saúde-Curso de Fisioterapia-R. Uruguai,458-Centro-Itajaí- Cep88302-200, silviad@univali.br

⁵Universidade do Vale do Itajaí- Centro da Saúde-Curso de Fisioterapia-R. Uruguai,458-Centro-Itajaí- Cep88302-200.

Resumo: Abordou-se o caso clínico da paciente M.P.S., 50 anos do sexo feminino, com câncer de mama que realizou tratamento cirúrgico através da quadrantectomia com dissecação axilar à esquerda. Têm-se como diagnósticos fisioterapêuticos a partir da avaliação realizada na primeira sessão: aderência cicatricial; espessamento cicatricial; linfedema em MSE; parestesia em MSE (região posterior do braço e região axilar); diminuição de ADM em membro superior esquerdo e escápula; fraqueza muscular em manguito rotador, peitoral maior, bíceps, tríceps e rombóide em MSE; contratura de trapézio. Os objetivos traçados: liberação/dispersão da aderência cicatricial; aumentar amplitude de movimento em MSE; fortalecimento muscular em MSE; proporcionar melhora na qualidade de vida, liberação escapular, e do músculo trapézio. Condutas fisioterápicas realizadas no período final de tratamento: massoterapia na região cicatricial; cinesioterapia passiva e ativa-assistida de membro superior esquerdo com exercícios de alongamento e fortalecimento, mobilizações do complexo do ombro e escápula.

Palavras-chave: câncer de mama, quadrantectomia, cinesioterapia, fisioterapia.

Área de Conhecimento: Ciências da Saúde

Introdução

O câncer de mama, entre os diversos tipos de neoplasia, é um dos que mais tem merecido atenção dos pesquisadores. Apesar disso, ainda não foi encontrada uma causa que possa ser considerada como o fator primário para o seu início. Acredita-se que o câncer resulte da ação berrante dos genes celulares [1].

A quadrantectomia é a remoção de um quadrante ou segmento da glândula mamária onde está localizado um tumor maligno com margens cirúrgicas de tecido normal circunjacente de 2 a 2,5 cm, incluindo a aponeurose subjacente ao tumor com ou sem segmento cutâneo. O tipo de incisão curvilínea ou radial dependerá da localização do tumor. O esvaziamento axilar radical pode ser em monobloco, ou seja, junto com o tumor, ou em dibloco, isto é, separado do tumor, dependendo da localização da neoplasia [2]. Utilizam-se essa técnica, com maior frequência, em tumores localizados em quadrante superior externo ou retroalreolares [1].

A linfadenectomia axilar continua sendo procedimento útil e necessário para o estadiamento e tratamento do câncer de mama. A manipulação da axila pode levar a complicações

sensitivas e motoras nos membros superiores ipsilaterais, que acometem mais de 65 % das mulheres tratadas com linfadenectomia. Um entre os sintomas mais referidos pela paciente é a limitação no movimento do ombro [3].

Neste estudo abordou-se o caso clínico de uma paciente com câncer de mama que realizou tratamento cirúrgico através da quadrantectomia com dissecação axilar à esquerda. Apresentando diminuição da amplitude de movimento e força muscular, aumento do membro superior esquerdo devido ao edema, dor à palpação a nível da cicatriz axilar. Todos seus movimentos são restritos devido à aderência cicatricial ali presente, fazendo com que a paciente se movimente em bloco. “A fisioterapia iniciada nos primeiros dias após a cirurgia poderia trazer inúmeras vantagens, como prevenção de linfedema, retrações e disfunção do ombro, pelo aumento de sangue e linfa drenados, e do próprio encorajamento da paciente em reassumir as atividades normais” [3].

Materiais e Métodos

No dia 19 de fevereiro 2004, no primeiro atendimento foi realizada a avaliação fisioterápica em paciente mastectomizada na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí

– SC (UNIVALI), com a paciente M. P. S., do sexo feminino, de cor branca, nascido em 19/03/1954, residente na cidade de Brusque – SC, com diagnóstico de câncer de mama que realizou tratamento cirúrgico através da quadrantectomia + dissecação axilar.

Iniciou-se a avaliação através da anamnese, onde a queixa principal referida pela paciente era dor, peso e dormência no braço esquerdo em repouso. A primeira cirurgia para a retirada da do nódulo, quadrantectomia em mama esquerda, no dia 13 de janeiro de 2004. E a dissecação axilar foi realizada em outra data, 03 de fevereiro de 2004.

O principal papel da reabilitação física nas pacientes tratadas cirurgicamente é o de intervir desde a mais precoce recuperação funcional do membro superior e cintura escapular até a profilaxia e o tratamento de sequelas como aderências cicatriciais e linfedemas [1].

Realizou-se quadrantectomia com dissecação axilar, não ocorrendo complicações no trans-operatório como também não apresentou complicações no pós-operatório. A radioterapia ainda não teve início. A quimioterapia foi realizada em 06 sessões. De acordo com a história, a paciente apresenta antecedentes familiares, sua tia também teve CA de mama; não apresentou nenhuma história de trauma, apresenta hipertensão arterial sistêmica (HAS) controlada por medicamentos. Com aproximadamente 16 anos teve sua menarca e ainda não entrou na menopausa. Gesta 2 Para 1 Aborto 1, amamentou até os 3 meses.

Durante avaliação do exame físico, verifica-se a pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e ausculta pulmonar. Na inspeção da paciente, que se trata de uma visão geral da paciente, verifica-se principalmente o estado da pele no membro comprometido, se está com hiperemia, cianose, palidez, sudorese ou está normal. Durante palpação, que se trata do exame feito com as mãos, palpa-se a região afetada verificando presença de dor a palpação, estado da cicatriz (reação dolorosa, aderência, espessamento, quelóide, sinais inflamatórios e/ou outros), presença de edema (com/sem cacifo) e determinar o local dos sinais.

Realizou-se a goniometria de ombro em membros superiores, direito e esquerdo a fim de comparação..

O teste da movimentação ativa avalia-se o teste de rotação interna com adução e outro rotação externa com abdução do ombro, avaliando se a paciente realiza ou não o movimento, com ou sem dificuldade.

Realizou-se perimetria para se ter um ponto de referência do volume do membro e sua leitura serve de comparação dos membros, no caso dos membros superiores, se há ou não áreas com maior retenção de linfa [5,6]. “As medidas são

sempre tomadas nos dois membros, nos mesmos pontos, pois o membro não afetado é a referência padrão. A perimetria deve ser realizada em intervalos de tempo periódicos, para melhor se avaliar os efeitos do tratamento” [2].

No teste de força muscular, o paciente procura determinados movimentos, sendo a estes impostos uma resistência pelo fisioterapeuta, podendo esta ser moderada ou forte, dependendo do grau de comprometimento do paciente. Foi realizado pela avaliação de grupos musculares como: peitoral maior, supra-espinhoso, infra-espinhoso, redondo menor, subescapular, bíceps, tríceps, grande dorsal, rombóides, diafragma. Gradua-se de forma ausente: 0, fraca: 1 e normal: 2.

No teste de sensibilidade verificou-se a sensibilidade tátil e dolorosa do paciente, avaliando-se através de dermatômos.

Este estudo refere-se a etapa final de tratamento no período de 19/05/2004 à 01/06/2004, sendo que cada sessão teve a duração de cinquenta minutos.

Resultados

No exame físico, PA no dia da avaliação foi de 140/100 mmHg, frequência cardíaca 85 bpm, frequência respiratória 24 rpm, na ausculta pulmonar: Murmúrio Vesicular presente sem ruídos adventícios.

Na inspeção apresenta pele com hiperemia em Membro Superior Esquerdo. Na palpação refere dor em região axilar, a cicatriz apresenta-se aderida e espessada. Apresenta edema em braço esquerdo sem presença de Cacifo.

Na avaliação da goniometria obteve-se:

	MSE		MSD	
Movimento	Data: 19/02	Data: 20/05	Data: 19/02	Data: 20/05
Flexão	85°	160°	180°	180°
Extensão	30°	45°	60°	60°
Abdução	70°	150°	180°	180°
Adução	30°	40°	50°	50°
Adução	10°	45°	50°	50°
Rot. Interna	70°	90°	90°	90°
Rot.Externa	40°	80°	50°	80°

Tabela 1. Resultado da Goniometria.

Obteve-se um ótimo ganho de amplitude de movimento principalmente em flexão, extensão, abdução, rotação interna e rotação externa, movimentos estes, essenciais para o bom funcionamento do complexo ombro, como também na facilitação das atividades de vida diária. “O que se observa imediatamente no pós operatório é a dificuldade de movimentação das articulações do ombro, na realidade, serão a

flexão e abdução que estarão limitadas, bem como a rotação externa associada à abdução” [2].

Realizou-se o teste de Apley, com a paciente realizando o teste de RE + abdução com dificuldade, enquanto que o Teste de RI + adução realizou sem dificuldades.

Data	15 cm	10	5	Olé- crano	5	10	15	Mão/ punho
16/02	31	29	28	24,5	25	23	21	15
20/05	28,5	27,5	26	23	23	22	20	15
#	2,5 cm	1,5 cm	2 cm	1,5 cm	2 cm	1 cm	1 cm	=

Tabela 2. Resultado da Perimetria MSE.

Data	15 cm	10	5	Olé- crano	5	10	15	Mão/ punho
16/02	29	28	26,5	24	24	22	20,5	16,5
20/05	29	28	26	24	23	22	18	15
#	=	=	0,5 cm	=	1 cm	=	2,5 cm	1,5 cm

Tabela 3. Resultado da Perimetria MSD.

A perimetria realizada no dia da avaliação demonstrou que o membro superior esquerdo estava 2,0 cm maior (em 15 cm acima do olécrano) que o membro direito (contralateral), ou seja, apresenta edema. Observou-se através da tabela com os resultados da perimetria realizada no dia da avaliação e reavaliação da paciente, que houve diminuição do edema em MSE e MSD.

Resultados obtidos através do teste de força muscular, músculos: peitoral maior, supra-espinhoso, infra-espinhoso, redondo maior, subescapular, bíceps, tríceps, grande dorsal, rombóides, diafragma hemicorpo direito Grau 2, hemicorpo esquerdo grau 1 (16/02/04); hemicorpo esquerdo grau 2 em 01/06/04.

Na avaliação do teste de força, o membro superior homolateral à cirurgia apresentava-se com diminuição de força em relação ao membro contralateral. Com a reavaliação da paciente, observou excelente resultado, ganho de força em todos os grupos, de grau 1 foi para grau 2 o normal. Este ganho de força deve-se aos exercícios de fortalecimento realizados durante as sessões de fisioterapia como também a atividade realizada pela paciente em casa.

No teste de avaliação da sensibilidade obteve-se sensibilidade tátil e dolorosa alterada em região axilar, a nível de dermatomo T2.

No último dia de atendimento realizou-se a reavaliação da paciente, como a paciente apresentou evolução positiva no seu tratamento, recebeu alta fisioterápica.

Discussão

Os últimos atendimentos foram iniciados com a verificação da pressão arterial da paciente,

realização da massagem transversa profunda na região da cicatriz axilar. “As cicatrizes de incisão tumoral podem apresentar problemas como aderências, deiscências, infecção, fibrose, hipertrofia e invaginação. Nas quadrantectomias, é a incisão que define o risco de retração e hipertrofia. A aderência cicatricial é a complicação mais freqüente, caracterizada pela fixação anormal de tecidos que deveriam deslizar entre si. É um tecido fibroso formado devido ao estresse dos tecidos moles envolvidos. Isto ocorre devido à fixação da superfície da pele ao tecido subcutâneo, as fâscias e aos músculos”[2]. A aderência cicatricial impede o movimento completo do ombro, retardando o processo de recuperação dos movimentos essenciais para as atividades de vida diária da paciente.

A mobilização escapular foi realizada com a paciente em decúbito lateral direito. A conduta foi realizada porque “o movimento de toda a cintura escapular possibilita que o braço se eleve, produzindo flexão ou abdução da extremidade superior. A escápula e o úmero movem-se conjuntamente, de maneira coordenada, produzindo o ritmo escapuloumeral” [7]. A escápula da paciente estava muito aderida, impossibilitando da movimentação ideal da articulação escapuloumeral; o movimento então era realizado como um bloco.

“Os exercícios ganham amplitude total em todos os eixos de movimento e as atividades de vida diária, realizadas com o membro superior, são liberadas e estimuladas” [2]. Neste estudo, a paciente já havia passado por outros profissionais e como estava na etapa final, deu-se ênfase no alongamento da musculatura do complexo ombro e seu fortalecimento.

Com a paciente em pé, de frente para o espaldar, realizou-se alongamento ativo assistido de peitoral maior e peitoral menor, grande dorsal. “Os braços permanecem em T reverso contra o espaldar, paciente então inclina todo seu corpo para a frente a partir dos tornozelos; o grau de alongamento pode ser ajustado pela quantidade de movimento para frente” [8]; para conquistar alongamento de grande dorsal, esticava-se o membro superior até o máximo no espaldar, permanecendo em ambos os alongamento sustentados por 20 segundos. Estes exercícios foram repetidos em todas as sessões, como também orientou-se para a paciente realizá-los em casa após a alta fisioterápica.

Com a paciente sentada de frente para o espelho a fim de auto corrigir sua postura, realizou-se exercícios ativos para membros superiores. Mãos apoiadas sobre o queixo (abdução de ombro e flexão de cotovelo), abertura dos cotovelos o máximo possível em flexão e abaixá-los até tocarem-se entre si, exercício de alongamento de tríceps braquial,

adutores e abdutores de ombro [4]. Paciente ganha amplitude movimento aos mínimos esforços, como é um exercício dinâmico também está fortalecendo a musculatura citada anteriormente.

Com a paciente sentada de frente para o espelho, com as mãos apoiadas sobre as coxas, realizou-se exercícios ativos de elevação alternada dos ombros, rotação externa combinada com elevação do ombro, um lado de cada vez [2]. Ganha-se amplitude de movimento do ombro, como também movimenta-se a escápula ativamente, a fim de liberar a musculatura retraída neste local (libera a tensão exposta no local).

Com auxílio do thera-band a fim de gerar uma resistência, realizou-se exercícios de fortalecimento ativo-assistido de rotadores internos e rotadores externos, realizando tais movimentos auxiliados durante a movimentação, evitando-se compensações e amplitude exagerada da articulação [8]. Exercício proposto para aumentar força de rotadores internos e rotadores externos, como também melhora da amplitude de movimento.

“Com a paciente sentada na bola suíça amarela, com os pés afastados apoiados no chão, com os braços para fora e em rotação externa, com a palma da mão voltada para fora e os dedos bem esticados, como se fosse fazer um “W” no ar, os cotovelos ao lado do tronco. Imaginando que os braços são uma gaita e que vai afastando do tronco no movimento de abrir uma sanfona. Inspire no repouso e expire ao abrir os braços. Este exercício serve para fortalecimento de rombóides” [9].

Todos exercícios de fortalecimento foram repetidos em duas séries a fim de evitar a fadiga da musculatura trabalhada.

“A fisioterapia pós-operatória tem vários interesses. Primariamente, ela irá permitir a eliminação ou o não surgimento de um problema articular inaceitável, num contexto já sobrecarregado de consequências físicas e psicológicas. Secundariamente, facilitará a integração do lado operado ao resto do corpo e as atividades cotidianas e, finalmente, irá auxiliar na prevenção de outras complicações comuns na paciente perada de câncer de mama” [2].

Conclusão

A avaliação funcional da paciente é fator primordial, pois a verificação do estado da cicatriz, da mobilidade articular e força muscular, fornecerá dados para traçar os objetivos e as condutas para o tratamento.

Como notou-se através da descrição do caso clínico, a paciente obteve evolução positiva quanto ao seu caso, aumento de amplitude de

movimento, aumento da força muscular e diminuição do edema, fatores essenciais para o sucesso do tratamento, resultando na alta fisioterápica.

É necessário que o fisioterapeuta oriente adequadamente essas pacientes quanto aos cuidados com o membro superior homolateral à cirurgia, com o local cirúrgico, como também proceder à avaliação e diagnóstico de sinais de edema, além de fornecer apoio emocional.

Referências

- [1] OLIVEIRA, H. C.; HEMGRUBER, I. Tratado de Ginecologia FEBRASG. Vol II. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.
- [2] CAMARGO, M. C.; MARX, A. G. Reabilitação Física no Câncer de Mama. São Paulo: Roca, 2000.
- [3] SILVA, M. P. P.; et al. Movimento do ombro após cirurgia por carcinoma invasor da mama: estudo randomizado prospectivo controlado de exercícios livres versus limitados a 90º no pós-operatório. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia v. 26, n.2 Rio de Janeiro mar. 2004.
- [4] BARACHO, E. Fisioterapia aplicada à Obstetrícia: Aspectos de Ginecologia e Neonatologia. 3 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.
- [5] CHAVES, I.G.; et al. Mastologia: Aspectos Multidisciplinares. Rio de Janeiro: Medsi, 1999
- [6] JUNIOR, R. F.; et al. Linfedema em pacientes submetidas à mastectomia Radical Modificada. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. v. 23, n.4 Rio de Janeiro, maio de 2001.
- [7] KALTENBORN, F. Mobilização Manual das Articulações: Método de Exame e Tratamento das Articulações. 5 ed. São Paulo: Manole, 2001.
- [8] KISNER, C.; COLBY, L. Exercícios Terapêuticos – Fundamentos e Técnicas. 3 ed. São Paulo: Manole, 1998.
- [9] STEFFENHAGEN, M. K. Manual da coluna: mais de 100 exercícios para você viver sem dor. Curitiba: Estética Artes Gráficas, 2003.