

DRENAGEM LINFÁTICA EM MULHERES QUE FORAM SUBMETIDAS À MASTECTOMIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Kátia Cristina Rodrigues Alves¹
Yasmin Barbara Guimarães Lobo¹
Fabrícia Ramos Rezende²

RESUMO

No Brasil o câncer de mama é muito temido por mulheres com mais de 35 anos de idade, em 2012 cerca de 52.680 casos foram diagnosticados, sendo a incidência de 52 casos para cada 100 mil mulheres. Dentre os tratamentos realizados estão às técnicas cirúrgicas, a quimioterapia, a hormonioterapia, a radioterapia e a fisioterapia. O linfedema é uma das principais complicações pós-cirúrgicas em mulheres mastectomizadas, além de dor, dificuldade de movimentação do braço e da mão, alteração de sensibilidade entre outros. A drenagem linfática manual consiste na drenagem do líquido intersticial que se acumula no membro afetado, melhorando a circulação linfática periférica e a diminuição da fibrose e aderências evitando concentração proteica. Portanto, este estudo tem por objetivo verificar a atuação da fisioterapia na prevenção do linfedema pós-mastectomia. Através de uma revisão bibliográfica o estudo confirma que a técnica de Drenagem Linfática Manual é eficaz no tratamento de linfedema melhorando a textura da pele, acelerando o processo cicatricial, diminuindo a dor e o linfedema, retornando a sensibilidade diminuindo a vulnerabilidade às complicações respiratórias, circulatórias e cicatriciais.

PALAVRAS-CHAVE: Drenagem Linfática, Câncer de mama e Linfedema.

¹ Acadêmico do Curso de Fisioterapia da Faculdade União de Goyazes

² Orientadora: Profª. Esp., Faculdade União de Goyazes

LYMPH DRAINAGE IN WOMEN UNDERWENT MASTECTOMY: A REVIEW OF LITERATURE

ABSTRACT

In Brazil breast cancer is greatly feared by women over 35 years of age, in 2012 approximately 52.680 cases were diagnosed, with an incidence of 52 cases for 100.000 women. Among the treatments are made of surgical techniques, chemotherapy, hormone therapy, radiation therapy and physiotherapy. Lymphedema is one of main postoperative complications in women with mastectomies, besides pain, difficulty moving the arm and hand, sensibility alteration among others. Manual lymphatic drainage is the drainage of interstitial fluid that accumulates in the affected limb, improving peripheral lymphatic circulation and decreased fibrosis and adhesions preventing protein concentration. Therefore, this study aims to determine the role of physiotherapy in the prevention of post-mastectomy lymphedema. Through a bibliographic review the study confirms that the technique of Manual Lymphatic Drainage and effective in the treatment of lymphedema by improving skin texture, the healing process, reduce pain, lymphedema, return of sensitivity decreasing vulnerability to respiratory, circulatory complications and scarring.

1-INTRODUÇÃO

De acordo com Luz et al. (2011), o câncer de mama é uma patologia que causa sofrimento para a mulher. A mama é um órgão que simboliza feminilidade e maternidade. Com os anos e evoluções de tratamento aumentou-se a sobrevivência das pacientes e também a preocupação com aspecto estético.

O câncer de mama é muito temido em mulheres com mais de 35 anos de idade. Ele representa uma das principais causas de morte em mulheres entre 40 e 69 anos. No Brasil, o câncer de mama aumenta muito a cada ano, a estimativa foi que em 2012 cerca de 52.680 casos foram diagnosticados, sendo a incidência de 52 casos para cada 100 mil mulheres (INCA, 2013).

Embora haja avanço na medicina, o câncer de mama tem uma taxa de mortalidade muito preocupante. A doença tem um impacto psicológico muito grande a partir do momento do diagnóstico, por isso a escolha do tratamento é muito importante, podendo ser baseado em cirurgia, quimioterapia, radioterapia ou terapia hormonal. Esta escolha depende da avaliação de cada paciente e de cada tumor. Um dos tratamentos mais usados é a cirurgia de mastectomia, que constitui na retirada da mama e de tecidos adjacentes, além do esvaziamento axilar (BARACHO, 2012).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013) a mastectomia é um procedimento cirúrgico que se caracteriza pela retirada total ou parcial da mama, podendo ou não estar associada a retirada de gânglios linfáticos.

Ainda segundo Baracho (2012), a cirurgia consiste na retirada total da mama, dos músculos peitoral maior, menor e no esvaziamento axilar. A mastectomia utiliza também técnicas conservadoras como a mastectomia radical modificada, na qual ocorre a retirada total da mama e dos linfonodos axilares preservando os músculos peitoral maior e menor.

As complicações mais comuns após a cirurgia de mastectomia consistem em: dor, dificuldade de movimentação do braço e da mão, alterações na sensibilidade, formigamento e dormência do lado mastectomizado. Estas alterações podem surgir logo após a cirurgia ou algum tempo depois. A complicação mais comum é chamada de linfedema que por

sua vez instalado, pode evoluir para fibroedema ou linfossarcoma (FERNANDES e DUARTE, 2013).

O linfedema é resultante de uma anomalia. Ele gera o déficit no equilíbrio das trocas de líquidos no interstício, trás desconforto, dores e aumenta o risco de infecções (LUZ et al, 2011).

Segundo Leduc (2000), a Drenagem Linfática drena os líquidos em excesso que banham as células, mantendo assim o equilíbrio hídrico dos espaços intersticiais. Também é responsável pela eliminação dos dejetos do metabolismo celular.

É fundamental a fisioterapia no pós-operatório para a prevenção e recuperação dos movimentos do membro superior, oferecendo orientações necessárias para atividades diárias. Os recursos mais usados no pós-operatório de câncer de mama são: cinesioterapia, terapia manual e o complexo descongestivo fisioterapia (NASCIMENTO et al, 2012).

Diante do aumento expressivo de pacientes diagnosticados com câncer de mama, justifica-se a necessidade de identificar os diferentes tipos de cirurgia de mastectomia, quais as limitações das pacientes mastectomizadas, identificar as principais complicações, além de destacar os benefícios da drenagem linfática no tratamento de linfedema. Tendo como propósito de difundir o conhecimento, a fim de acrescentar e incentivar um maior número de pesquisa sobre o assunto.

2-METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão descritiva da literatura, para a qual foram selecionados artigos no banco de dados Scielo, Pubmed, Bireme e Medline por meio dos unitermos: Lymph drainage, Breast cancer e Lymphoedema, como também os mesmos em português (Drenagem linfática, Câncer de mama e Linfedema). Foram selecionados 20 artigos entre os anos de 2003 e 2013 dos quais foram utilizados no trabalho somente 13, os 7 foram excluídos por motivos de datas e por falta de conteúdos, além de livros clássicos sobre o tema. Os artigos foram selecionados a partir do critério de

compatibilidade com o tema da pesquisa tanto em português como em inglês além do ano de publicação, sendo excluídos artigos anteriores a 2003.

3-RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Câncer de mama é uma patologia que se caracteriza pelo crescimento desenfreado e desordenado de células anormais, que podem desenvolver a capacidade de invadir órgãos e tecidos circunvizinhos ou espalhar-se para regiões mais distantes, descrevendo este evento como metástase (TAVARES et al, 2011).

De acordo com o INCA, (2013) os melhores resultados no tratamento de câncer de mama foram obtidos através de quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e cirurgia que é ainda o principal recurso para evitar a disseminação da doença. O tratamento varia de acordo com o estágio da doença, suas características biológicas, bem como as condições da paciente (idade, status menopausal, comorbidades e preferências).

A primeira abordagem escrita sobre a mastectomia foi feita por William Halsted em 1894, que se baseou na suposição de que o câncer de mama é uma doença regional em fase inicial. (BARACHO, 2012).

A cirurgia de câncer de mama (mastectomia) consiste na remoção mecânica de todas as células malignas em conjunto com o tumor primário, com o objetivo de promover o controle local, orientar a terapia sistêmica e identificar grupo de risco de metástase à distância. Já o esvaziamento axilar é para o controle da doença na axila, avaliação de prognóstico referente à recidiva local e à distância, além de orientar a terapêutica complementar (TAVARES et al, 2011).

Dentre as técnicas cirúrgicas de mastectomia, as mais utilizadas são a tumorectomia, a quadrantectomia e a mastectomia radical (FERREIRA et al, 2005).

A tumorectomia consiste somente na retirada do tumor sem retirar tecidos adjacentes, indicada para pequenos tumores (JAMMAL et al, 2008).

A quadrantectomia é a remoção do quadrante onde está localizado o tumor com a retirada de tecido adjacente, indicado para tumor de até 3 cm de diâmetro (FERREIRA et al, 2005).

A mastectomia radical modificada consiste na retirada da mama e esvaziamento axilar radical preservando o músculo peitoral maior podendo ou não preservar o peitoral menor, indicado para tumores maiores que 3 cm e como tentativa de tratamento conservador (JAMMAL et al, 2008).

De acordo com NASCIMENTO et al, (2012), a cirurgia de câncer de mama pode gerar complicações físicas como: infecção, necrose de pele, seroma, aderência e deiscência cicatriciais, limitação da amplitude de movimento (ADM) do ombro, alteração sensorial, lesão de nervos motor e sensitivos, fraqueza muscular e linfedema.

Segundo a Sociedade Internacional de Linfologia, (2003) o linfedema é uma manifestação clínica de insuficiência do sistema linfático, causado por uma desordem no transporte de linfa gerando acúmulo de líquido intersticial no espaço tecidual, podendo acometer face, tórax, pescoço, membros e pelve, sendo comum em pós-operatório de cirurgias e radioterapias para tratamentos oncológicos.

De acordo com Luz et al, (2011), existem III fases do linfedema:

- Fase I: apresenta-se com sulcos e é reversível;
- Fase II: é fibrótico sem sulcos e é irreversível;
- Fase III: ocorre após o tratamento contra o câncer de mama e o endurecimento cartilaginoso, com consequências papilomatosas e com a hiperqueratose da pele.

Em uma pesquisa feita por Squarcino et al, (2007) com 17 mulheres que foram submetidas ao processo cirúrgico de mastectomia, em 64,7% dos casos foram identificados o aparecimento de linfedema. Segundo estes autores o tratamento fisioterapêutico é de extrema importância.

Os objetivos da fisioterapia pós-mastectomia são: prevenir complicações circulatórias e osteomioarticulares, evitar aderências e acelerar o retorno às atividades de vida diária, melhorar a amplitude de movimento, reduzir o quadro álgico, prevenir ou reduzir o linfedema, promover reeducação postural e incentivar a auto-estima (QUINTO e MEJIA, 2012).

O aparecimento de edema na mama após a mastectomia pode ser causada pelo trauma da manipulação cirúrgica como também pela imobilidade antálgica da paciente, surgindo no pós-operatório imediato ou na fase pós-cirúrgica tardia (BARACHO, 2012).

O tratamento de pacientes que encontram-se com linfedema consiste em cuidados com a pele e drenagem linfática manual tendo como objetivo a drenagem do líquido intersticial que se acumula no membro afetado (SQUARCINO et al, 2007).

O tratamento fisioterapêutico para que seja bem sucedido necessita de profissionais especializados no método, além de um enfaixamento compressivo funcional, exercícios linfomiocinéticos, drenagem linfática, cuidados com a pele e auto massagem. A fisioterapia complexa descongestiva tem como objetivo mobilizar o excesso de líquido e posteriormente a regressão das alterações fibroscleróticas, ou seja, impede o novo acúmulo de líquido no espaço intersticial e auxilia na redução da fibrose (BARACHO, 2012).

A DLM (Drenagem Linfática Manual) consiste em uma técnica de massagem que envolve a superfície da pele e segue a anatomia linfática do corpo. Esta técnica produz um aumento da absorção, acelerando o deslocamento da linfa, estimulando o funcionamento dos capilares inativos. O princípio básico da drenagem linfática manual é a utilização de manobras fisioterapêuticas que tem início nas regiões distais ao linfedema, que ao longo da sequência alcançarão a região edemaciada. A DLM drena o excesso de líquido no interstício, no tecido e dentro dos vasos por meio das anastomoses superficiais axila-axilar e axila-inguinal, estimulando pequenos capilares inativos, aumentando a motricidade da unidade linfática, além de dissolver fibroses linfostáticas que se apresentam em linfedemas mais exuberantes (BARACHO, 2012 e LUZ, 2011).

De acordo com Quinto e Mejia, (2012) na maioria dos casos a fisioterapia é o tratamento de escolha do linfedema tratando-se do câncer de mama é necessário evitar processos inflamatório ou infeccioso.

O sistema linfático não possui bomba como no sistema circulatório, ele movimenta com a pressão da musculatura e a respiração. A drenagem linfática da mama é complexa devido ao seu potencial de disseminação à distância e pelo seu prognóstico na evolução da doença. A DLM é realizada diariamente

nos primeiros dias do pós-operatório ou no mínimo em dias alternados. Após diminuir o volume do linfedema tem que se priorizar manter por maior tempo possível a melhora conseguida na primeira fase que é a fase de manutenção usando outros recursos como cinesioterapia (GUSMÃO, 2010).

Na drenagem linfática manual as manobras são feitas em direções específicas com pressão e velocidade corretas. A cirurgia de mastectomia faz com que o edema ocasionado cause limitações ao paciente devido à falta de amplitude de movimento no membro superior acometido (QUINTO e MEJIA, 2012).

O sentido do fluxo linfático superficial depende das diferenças de pressões e de forças externas como a contração muscular e a DLM, pois os capilares linfáticos não são valvulados. O primeiro processo é a evacuação que começa centralmente no pescoço e no tronco, para limpar as principais vias linfáticas, seguida da captação que transporta a linfa dos pré-coletores aos coletores linfáticos. O tempo de drenagem linfática ideal é em torno de 30 a 45 minutos (LUZ et al, 2011).

Em um estudo feito por Pereira et al,(2005) de 44 pacientes com quadro clínico de câncer de mama, 33 foram submetidas ao tratamento fisioterapêutico as outras 11 desistiram do tratamento. O resultado foi que 100% das pacientes tratadas obtiveram melhora na ADM e redução de linfedema.

BARACHO, (2012) descreveu em sua obra que as pressões das contrações musculares somadas à contra pressão do enfaixamento compressivo tem o impacto variável sobre o volume do edema (0,4 a 9%) e estão associados a melhoras de sintomas. Porém a drenagem linfática manual no tratamento do linfedema é muito importante para obtenção de resultado satisfatório.

O acompanhamento fisioterapêutico das pacientes de pós-cirúrgico de câncer de mama permite ao fisioterapeuta definir a conduta de atendimento utilizando não somente a DLM e o enfaixamento compressivos, mas também introduzindo cinesioterapia motora, dentre outros recursos, trazendo inúmeros benefícios para a paciente como: diminuição da dor, ganho de amplitude de movimento, prevenção de retração miotendínea além do encorajamento ao retorno precoce de suas atividades (CARVALHO et al, 2009).

Feliciano e Braz, (2003) realizaram um estudo de caso de uma paciente mastectomizada que apresentava linfedema, submetida a 10 sessões de DLM 2 vezes por semana e observou a redução de 0,5 a 3cm entre uma seção e outra.

Os benefícios da drenagem linfática manual são: estimulação da circulação linfática periférica e a diminuição de fibrose e aderências, evitando a concentração proteica. Os exercícios cinesioterapêuticos aplicados após DLM também aumentam o bombeamento nas estruturas linfáticas, elevando o fluxo linfático a partir da contração muscular, ganho e manutenção da força e amplitude articular do braço homolateral à mastectomia (PANOBLANCO, 2009).

As manobras de drenagem linfática são percebidas pelos mecanorreceptores da pele melhorando a textura e elasticidade, pois promove melhor oxigenação e nutrição celular. Ao melhorar a capacidade linfática o edema se mantém em proporções menores, eliminando resíduos metabólicos, diminuindo as aderências, amolecendo os tecidos e melhorando a cicatriz cirúrgica, promovendo também um retorno mais rápido da sensibilidade (FELICIANO e BRAZ, 2003).

De acordo com Pereira et al, (2005) a partir de um intervenção precoce da fisioterapia o paciente tem possibilidade de retornar o mais breve possível suas atividades de vida diárias. Durante seus estudos com 33 pacientes observou que com a média de 10 sessões as pacientes retornaram às suas atividades de vida diária, porém continuaram o tratamento por mais 6 meses para completa reabilitação, que caracteriza a busca por uma boa qualidade de vida após tratamento.

Neste contexto, o fisioterapeuta surge como uma peça fundamental na equipe multidisciplinar, atuando tanto no processo de prevenção quanto no processo de reabilitação. Atualmente, a fisioterapia oncológica tem tido mais procura nos casos de câncer de mama, tornando-se indispensável uma abordagem multidisciplinar, tendo em vista não unicamente a recuperação do câncer, mas também a reabilitação nos campos físicos, psicológicos, profissional e social (JACQUES e BASTOS, 2003).

4-CONCLUSÃO

Com a realização deste estudo podemos comprovar que a drenagem linfática associada a recursos fisioterapêuticos como o enfaixamento compressivo e exercícios cinesioterapêuticos obtiveram resultados significativos para o tratamento de mulheres que foram submetidas ao processo cirúrgico de mastectomia, reduzindo o linfedema, diminuindo o quadro álgico, evitando que as pacientes percam amplitude de movimento, força e mobilidade com o intuito de promover o retorno as atividades de vida diária.

Ao decorrer do estudo vários autores confirmaram que a técnica de drenagem linfática tem a capacidade de melhorar a textura e a elasticidade da pele promovendo melhor oxigenação e melhor nutrição celular. O que favorece o processo cicatricial e um retorno mais rápido da sensibilidade, o que permite a paciente dar continuidade ao tratamento de radioterapia ou quimioterapia, diminuindo a vulnerabilidade, as complicações respiratórias, circulatórias e a cicatrização (Feliciano e Braz, 2003; Panoblanco, 2009; Carvalho et al, 2010).

Com a finalização deste estudo podemos concluir que a drenagem linfática manual juntamente com diversos recursos fisioterapêuticos já citados anteriormente são de extrema importância no tratamento do linfedema em pacientes que foram submetidas ao processo cirúrgico de mastectomia.

Faz-se necessário o desenvolvimento de novas pesquisas com amostras significativas que comprovem os benefícios e a utilização da drenagem linfática manual no tratamento de linfedema em pacientes mastectomizadas.

5-REFERÊNCIAS

1. BARACHO, Elza. **Fisioterapia aplicada á Saúde da mulher**, 5º edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2012.
2. CARVALHO L.C; CAIXETA D.M; SOUZA L.M; **Percepção subjetiva de pacientes submetidas à cirurgia de câncer de mama sobre alterações nas atividades de vida diária (AVD's)**. Revista Funcional vl.2 n°.2 pg.74-8, 2009.
3. FELICIANO T. D; BRAZ M.M; **Drenagem linfática na paciente mastectomizada com linfedema**. Universitário do Sul de Santa Catarina, 2003. Disponível em: WWW.fisio-tb.unisul.br/tcc/03a/taize/artigotaizedagostimfeliciano.pdf
4. FERNANDES, Angélica Vasconcelos; DUARTE, Marcelo Silva. **Atuação fisioterapêutica na mastectomia por C.A. Uma revisão da literatura**, SP. Acessado em 05/09/2013, disponível em: http://www.frasce.edu.br/nova/prod_cientifica/mastectomia_cancer.pdf
5. FERREIRA, P.C.A; NEVES, N.M; CORREA, R.D; BARBOSA, S.P et al. **Educação e assistência fisioterapêutica as pacientes pós cirurgia do câncer de mama**. Anais do 8º encontro de extensão da UFMG - Belo Horizonte, 2005.
6. GUSMÃO, Carlos. **Drenagem Linfática Manual: Método Dr. Vodder**. São Paulo: Atheneu, 2010.
7. International Society of Lymphology. **The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema**. Consensus document of the International Society of Lymphology. Lymphology. vl.36 pg.84-91, 2003.

8. JACQUES, G; BASTOS, V.H. **Drenagem Linfática**. UniBennett Cento Universitário metodista Bennett, 2003. Disponível em: http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/reumato/drenagem_dra_gheyza.htm acessado em: 13/11/2013.
9. JAMMAL, M.P; MACHADO, A.R.M; RODRIGUES, L.R. **fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas pós câncer de mama**. O mundo da Saúde - São Paulo vl.32 nº.4 pg.506-510, 2008.
10. LEDUC, A. et al. **Drenagem Linfática Teoria e Prática**. SP: Ed Manole. 2000.
11. LUZ, N.D.; LIMA, A.C.G. **Recursos Fisioterapêuticos em linfedema pós-mastectomia uma revisão de literatura**. Revista Fisioterapia Movimento vl. 24 Curitiba, 2011.
12. NASCIMENTO, S.L; OLIVEIRA, R.R; OLIVEIRA, M.M.F; AMARAL, M.T.P. **Complicações e condutas fisioterapêuticos após cirurgia por câncer de mama estudo retrospectivo**. Revista Fisioterapia Pesquisa, vl.19 nº.3 SP, 2012.
13. Organização Mundial de Saúde (OMS). Acessado em: 08/10/2013 <http://www.paho.org/bra/>
14. PANOBLANCO, M.S; PARRA, M.V; ALMEIDA, A.M; PADO, M.A.S; MAGALHAES, P.A.P. **Estudo da Adesão às estratégias de prevenção e controle do linfedema em mastectomizadas**. Pesquisa: Research Investiagarcion pg.161-168, 2009.
15. PEREIRA, C.M.A; VIEIRA E.O.R.Y; ALCANTRA, P.S.M. **Avaliação de protocolo de fisioterapia aplicado a paciente mastectomizada a Maddem**. Revista Brasileira de cancerologia vl.51 nº.2 pg.143-148, 2005.

16. Portal Instituto Nacional do Câncer (INCA) Acessado em: 07/10/2013
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>
17. Portal Instituto Nacional do Câncer (INCA) Acessado em: 22/10/2013
http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/tratamento
18. QUINTO, S.M.G; MEJIA, D.P.M. **Benefícios da fisioterapia no tratamento linfedema pós-mastectomia radical: uma revisão literária.** Pós-graduação em fisioterapia em Urologia, Obstricia e Mastologia – Faculdade Ávila. Acessado em 04/11/2013:
<http://www.portalbiocursos.com.br/artigos/uroginecologia/10.pdf>
19. SQUARCINO, I.M; BORRELLI, M; SATO, M.A. **fisioterapia no linfedema secundário a mastectomia.** Revista Arquivo Medico ABC vl.32 nº.2 pg. 64-67, 2007.
20. TAVARES, H.D; CONCEIÇÃO, R.N; SILVA, Z.S.S.B. **Abordagem dos principais métodos de diagnósticos do câncer de mama: uma revisão bibliográfica.** Revista Científica ITPAC vl.4 nº.1 pg.50-57, 2011.