



Intervenção fisioterapêutica em uma paciente com mastectomia radical direita no pós-operatório tardio: estudo de caso

Physiotherapeutic intervention in a patient with radical right mastectomy late post-operative: a case study

FisiSenectus . Unochapecó
Ano 1 - Edição especial - 2013
p. 35-42

Luana Ceconello

Acadêmica do curso de Fisioterapia pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – campus de Erechim, luanaceconello@hotmail.com

Vanessa Sebben

Fisioterapeuta, docente do curso de Fisioterapia – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI) – campus de Erechim, mestre em Envelhecimento Humano, especialista em Uroginecologia pela CBES, vanesebben@ibest.com.br

Zequiela Russi

Fisioterapeuta com especialização em Oncologia pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI) – campus de Erechim, zequirussi@hotmail.com

Resumo

Introdução: O câncer de mama é a neoplasia de maior ocorrência entre as mulheres, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. Segundo dados do Ministério da Saúde, o Brasil está entre os países com a mais elevada taxa de incidência, tanto que o câncer de mama é dito como a principal causa de morte por neoplasia maligna na população feminina. **Objetivos:** Demonstrar a importância da intervenção fisioterapêutica para prevenção, minimização e tratamento dos efeitos complicações advindos do tratamento cirúrgico do câncer da mama. **Materiais e métodos:** Dessa forma, a pesquisa desenvolveu-se no acompanhamento fisioterapêutico de um indivíduo, do sexo feminino, 52 anos, apresentando complicações após ter realizado mastectomia radical direita, com linfadenectomia axilar há 2 anos. Dentre suas principais complicações estão o linfedema, a dor e diminuição da amplitude de movimento do membro superior direito. Foram desenvolvidas técnicas combinadas de drenagem linfática manual e cinesioterapia. **Resultados:** Como resultados, constatou-se diminuição do linfedema e aumento da amplitude articular, com menor grau de dor. **Conclusão:** Concluiu-se, portanto, que a fisioterapia tem eficácia no tratamento das complicações pós-cirúrgicas de mastectomia radical, proporcionando melhor qualidade de vida as pacientes. Assim, fica demonstrada a importância de tal intervenção na vida da mulher não só para tratamento, mas também para prevenção de possíveis complicações.

Palavras-chave

Câncer de mama. Mastectomia. Linfedema. Fisioterapia.

Abstract

Introduction: Breast cancer is the most frequent cancer among women in both developed and developing countries, accounting for 22% of new cases each year. According to the Ministry of Health, Brazil is among the countries with the highest incidence rate, so that breast cancer is said to be the principal cause of death from malignancy in the female population. **Objective:** The objective of this study was to demonstrate the importance of physiotherapy intervention for the prevention, minimization and treatment of complications arising from surgical treatment of breast cancer. **Materials and Methods:** Thus, the research developed in physiotherapy from an individual, female, 52 years old, with complications after realizing right radical mastectomy with axillary lymphadenectomy 2 years ago. Among its major complications are lymphedema, pain and reduced movement amplitude of the right upper limb. Techniques have been developed combined manual lymphatic drainage and Kinesis. **Results:** As a result, it was observed decreased lymphedema and increased articular mobility are, with a lesser degree of pain. **Conclusion:** It was concluded, therefore, that the therapy is effective in the treatment of postoperative complications of radical mastectomy, offering better quality of life to patients. Thus, it demonstrates the importance of such an intervention in women's lives not only for treatment but also for prevention of possible complications.

Keywords

Breast cancer. Mastectomy. Lymphedema. Physiotherapy.

Introdução

O câncer é um desequilíbrio entre a proliferação celular e a diferenciação celular. É uma doença sistêmica, não é apenas algo localizado, crescendo desordenadamente, não é apenas o tumor visível¹. O câncer de mama é a neoplasia de maior ocorrência entre as mulheres, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. Segundo dados do Ministério da Saúde, o Brasil está entre os países com a mais elevada taxa de incidência, tanto que o câncer de mama é dito como a principal causa de morte por neoplasia maligna na população feminina².

O câncer de mama vem ocupando lugar de destaque, por apresentar incidência crescente e elevado índice de mortalidade³. As taxas de mortalidade continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Na população mundial, a sobrevivência média após cinco anos é de 61%. Relativamente raro antes dos 35 anos, e acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente⁴.

Um importante fator prognóstico do câncer de mama é o diagnóstico precoce⁵. Quando detectado em estágio inicial, o tumor apresenta altos índices de cura, entretanto, no Brasil, cerca de 60% dos diagnósticos iniciais do câncer de mama são reali-

zados em estádios avançados, sendo a abordagem cirúrgica inevitável para o tratamento da doença⁶.

A mamografia é apontada como o principal método diagnóstico do câncer de mama em estágio inicial, capaz de detectar alterações ainda não palpáveis e favorecendo, assim, o tratamento precoce, mais efetivo, menos agressivo, com melhores resultados estéticos e eventos adversos reduzidos⁷. Porém, jamais se descarta a realização do autoexame da mama, que é a forma mais simples utilizada no diagnóstico, e deve ser feito de forma cuidadosa e sistemática, por meio da inspeção e palpação, observando tamanho, forma, limites, consistência e mobilidade, incluindo o exame das regiões areolar, supraclavicular e axilar⁸.

Desde o final do século XIX, a cirurgia tem sido o tratamento tradicional do câncer de mama, porém algumas alterações foram introduzidas na mastectomia clássica, surgindo técnicas que passaram a ser conhecidas como mastectomia radical modificada. O esvaziamento axilar permite um esvaziamento cirúrgico do carcinoma e obtém informações determinantes para a sua terapêutica adjuvante, além de ser preditivo para o controle local da doença e aumento da sobrevivência. Porém, tais técnicas têm levado a complicações locais de demorada resolução, que, muitas vezes, comprometem a qualidade de vida dos portadores desta neoplasia, sendo o linfedema uma das mais frequentes⁹.

O linfedema é um edema crônico, resultante do acúmulo de fluido rico em proteínas no interstício, em decorrência da dissecação dos linfonodos axilares e consequente deficiência do sistema linfático. Esse quadro resulta em desconforto e dores, prejudicando funções como diminuição da amplitude de movimento (ADM) e deformando o membro com o aumento do volume. Estima-se que de 15% a 20% das mulheres tratadas de carcinoma mamário apresentam linfedema e precisam enfrentar os desconfortos produzidos, como a diminuição da capacidade motora do membro edemaciado^{10, 11}.

Independente da abordagem cirúrgica (radical ou conservadora) utilizada, as inúmeras complicações decorrentes do tratamento para tratar estas pacientes são dolorosas, incapacitantes, desagradáveis e perturbam a recuperação, sendo de fundamental importância o estudo sobre o comportamento dessas complicações, já que um adequado tratamento pode auxiliar na reabilitação funcional¹².

A fisioterapia, quando iniciada precocemente, desempenha um importante papel na busca da prevenção das complicações advindas do tratamento do câncer de mama, favorecendo o retorno às atividades de vida diária, e melhor qualidade de vida. O programa de fisioterapia deve ser realizado em todas as fases do câncer da mama e, em cada uma dessas fases, é necessário conhecer e identificar as necessidades do paciente, os sintomas e suas causas, e o impacto desses nas atividades diárias. A conduta fisioterapêutica deve, então, ser traçada através das necessidades de cada paciente, com objetivos, orientações e tratamentos específicos¹³.

Portanto, o presente artigo tem como objetivo demonstrar a importância da intervenção fisioterapêutica para prevenção, minimização e tratamento dos efeitos e complicações advindos do tratamento cirúrgico do câncer da mama.

Apresentação do caso

Esta pesquisa se caracteriza por um estudo de caso que apresenta uma análise específica evoluindo uma observação sobre o indivíduo investigado.

A paciente foi selecionada de forma intencional. O estudo foi realizado na clínica escola de fi-

sioterapia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI) – campus de Erechim, no estágio supervisionado de Oncologia. A presente pesquisa cumpriu com os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinque, e foi realizada somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pela paciente. Os atendimentos foram realizados durante um mês, duas vezes semanais, com duração média de 50 minutos, totalizando 8 sessões. Na primeira sessão foi realizada avaliação da paciente, com anamnese e exame físico. Após, seguiram-se 7 sessões de tratamento fisioterapêutico.

Dessa forma, o presente artigo desenvolveu-se no tratamento fisioterapêutico de uma mulher de 52 anos, apresentando complicações após ter realizado mastectomia radical direita, com linfadenectomia axilar, há dois anos.

Após confirmação de câncer de mama direita, a paciente realizou procedimento cirúrgico para retirada radical da mama direita associado à remoção de 19 linfonodos axilares. Ainda, realizou 4 sessões de quimioterapia. Faz uso de medicação diariamente, tais como: Tamoxifeno, Propanolol, Sinvastatina, Clonazepan e Fluxetina.

Ao exame físico pode-se observar pele de aspecto e coloração normal. Linfedema em membro superior direito, o que pôde ser constatado através da apresentação clínica da paciente e da avaliação perimétrica. Esta avaliação foi realizada com fita métrica, não distensível, da marca Fiber-glass®, como ponto de referência o relevo ósseo olécrano, medindo 5, 10, 15 e 20 centímetros abaixo, ou seja, no antebraço, e 5, 10, 15 e 20 centímetros acima do ponto de referência, ou seja, no braço, realizada bilateralmente, conforme **Tabela 1**.

Ainda, cicatriz em bom aspecto e hipopigmentada. Na palpação observar-se em membro superior direito regiões de maior acúmulo de linfedema e pontos dolorosos em proximal de ombro e cintura escapular direita. Diminuição da amplitude de movimento, a qual foi verificada segundo avaliação goniométrica, realizada com goniômetro da marca Carci® para os movimentos ativos de flexão, extensão, adução, abdução, rotação interna e rotação externa da articulação do ombro, bilateralmente, conforme **Tabela 2**.

Sua dor pela Escala Visual Analógica é 06, sendo maior à palpação e aos movimentos ativos.

Conclui-se do exame físico e anamnese que a paciente apresenta como principais complicações a dor, limitação dos movimentos e linfedema de membro superior direito.

Tratamento realizado

A fisioterapia tem como objetivos prevenir complicações, promover adequada recuperação funcional e, conseqüentemente, propiciar melhor qualidade de vida. Ainda, o tratamento fisioterapêutico proporcionará ganhos na movimentação e na força muscular do braço, além de oferecer orientações pertinentes para o melhor restabelecimento funcional global da paciente.

Dentre as complicações apresentada pela paciente, o linfedema do segmento homolateral à cirurgia é a principal queixa da paciente, por se tornar persistente a sensação de peso do membro e a dor com limitação dos movimentos. Ainda, a tensão muscular instalada nas regiões adjacentes também é algo limitante a sua funcionalidade.

Uma vez instalado o linfedema, o tratamento fisioterapêutico objetivou como algo essencial a facilitação da absorção e do transporte de líquidos intersticiais. Na sequência, o reestabelecimento da amplitude de movimento e da força muscular e diminuição das tensões em grupos musculares adjacentes.

Durante as sessões, as seguintes atividades foram realizadas: Drenagem linfática manual; Mobilização escapular; Exercícios de ADM e fortalecimento de punho, antebraço, cotovelo e ombro, com uso de bastões e/ou halteres pequenos como auxílio e progressão de carga para os fortalecimentos e exercícios com respiração diafragmática.

Resultados

Para reavaliação da paciente, foi novamente realizada uma breve anamnese, registrando-se dados pertinentes e realizado novamente gonio-

metria e perimetria, dados em anexo nas tabelas 1 e 2, respectivamente (**Anexo 1**), força muscular e dinamometria.

A força muscular da paciente em membro superior direito permaneceu grau 3, com leve aumento não significativo. Em membro superior esquerdo a força permaneceu grau 4. Cabe ressaltar que todos os movimentos de ombro, cotovelo, antebraço e punho obtiveram força muscular semelhante, com uma diferença insignificante. Porém, subjetivamente, a paciente menciona ter notado melhor resistência e força aos movimentos de ambos os membros.

A dinamometria (força de preensão palmar) apresentou-se inalterada pré e pós-intervenção, sendo que para membro superior direito o resultado foi de 0,5 Kgf e para o membro contralateral 0,6 Kgf.

É importante considerar que o número de sessões foi limitado, podendo interferir na qualidade e quantidade dos resultados obtidos. Porém, da mesma maneira, foi possível observar melhora objetiva e subjetiva no quadro da paciente.

Discussão

A fisioterapia tem uma atuação fundamental dentro da oncologia. A preocupação da mulher não é focal, mas sistêmica. Ou seja, não se preocupa apenas com o local afetado pelo câncer, mas com a repercussão do problema em todo o organismo da pessoa, além da autoestima e qualidade de vida. A principal meta da fisioterapia oncológica é mostrar ao paciente a necessidade de retomar as atividades diárias e oferecer a ele condições para isso¹³.

A fisioterapia oncológica é uma especialidade que traz grandes benefícios para o tratamento de pacientes internados, que fazem tratamento em domicílio, ou que estão apresentando complicações. Seus recursos contribuem para complementar o alívio da dor, diminuir a tensão muscular, melhorar a circulação tecidual, prevenir ou reduzir linfedemas e minimizar a ansiedade do paciente, já que o estresse e a depressão podem ser agentes agravantes do câncer¹⁴.

Na mastectomia, o ombro é a articulação mais comumente prejudicada devido à imobilização prolongada, e este é um dos fatores responsáveis pelo desenvolvimento de isquemia dos tecidos internos, retenção de metabólitos e edema, apressando, assim, o desenvolvimento de fibrose. A literatura vem apontando que os exercícios ativos são importantes recursos para prevenção dos efeitos deletérios da imobilização. Além disso, a reeducação da cintura escapular e do membro superior é uma necessidade básica na paciente operada de câncer de mama, seja qual for a técnica cirúrgica empregada. Seu objetivo principal é restabelecer o mais rapidamente possível a função do membro¹⁵.

Amplitude de movimento (ADM) é o movimento completo possível de um segmento, sendo mantida por movimentação periódica deste membro. Alguns fatores podem levar à diminuição da ADM. Dentre eles ressaltamos as agressões cirúrgicas e a inatividade ou imobilização do membro. Em casos de realização da mastectomia radical, os músculos peitoral maior e menor são removidos, resultando em diminuição na força e função do membro superior envolvido. O mesmo ocorre quando o nervo de Bell é temporariamente traumatizado durante a dissecação axilar, resultando na fraqueza do músculo serrátil anterior, desestabilizando a escápula e o movimento de abdução do ombro do lado afetado¹⁵.

Acrescentando, quando há perda da amplitude de movimento normal ocorre formação de contraturas, que é o encurtamento adaptativo da unidade musculotendínea e outros tecidos moles que cruzam ou cercam uma articulação. Isto resulta em resistência significativa ao alongamento passivo ou ativo e limitação na ADM. Ao realizar os exercícios para melhora da ADM todas as estruturas envolvidas naquela articulação são beneficiadas: músculos, superfícies articulares, cápsulas, ligamentos, fâscias, vasos e nervos. Por isso, é fundamental que o tratamento fisioterapêutico seja baseado em técnicas que visem o restabelecimento da ADM normal, como mobilização passiva, alongamentos, mobilização articular, exercícios ativos, entre outros¹⁶.

Os exercícios ativos também são indicados por aumentarem o bombeamento nas estruturas linfáticas, elevando o fluxo linfático, a partir da

contração muscular, e ganho e/ou manutenção da força e amplitude articular do ombro e braço homolaterais à mastectomia⁹.

A cinesioterapia é fundamental no tratamento do linfedema, principalmente na primeira fase, quando se objetiva a redução do linfedema e o membro permanece sob compressão das faixas compressivas. As pressões das contrações musculares somadas à contrapressão do enfaixamento compressivo estimulam o funcionamento linfático, aumentando a absorção, a atividade motora dos linfangions, o peristaltismo dos vasos linfáticos e potencializando a circulação de retorno. Os exercícios devem ser de grande amplitude, envolvendo as articulações do ombro, cotovelo, punho, dedos e cintura escapular e de fácil memorização, para que a paciente participe ativamente desta atividade, podendo realizar, sob cautela, também em domicílio^{17,18}.

Diferentes autores afirmam que a melhor técnica para redução do linfedema combina diferentes métodos como a drenagem linfática manual, cuidados com a pele, compressão intermitente, enfaixamento e estimulação a automassagem¹⁹.

A reabilitação exerce um papel importante para a manutenção da função da extremidade envolvida. A fisioterapia quando realizada precocemente auxilia no restabelecimento dos movimentos do membro e desperta na mulher o sentimento de independência, além de estimular sua percepção em relação à importância da qualidade de vida no processo de tratamento^{17,18}.

A presente proposta, com a aplicação de um protocolo de exercícios ativos e passivos e drenagem linfática manual, para a prevenção de comorbidades e tratamento das complicações já instaladas, auxiliou na melhora dos parâmetros clínicos e funcionais como a amplitude de movimento de ombro, força e resistência (mesmo que subjetivamente), redução da dor e do linfedema. Com isso, manteve-se e/ou aumentou a qualidade de vida e obteve-se melhora nos parâmetros relacionados à satisfação com a saúde, com capacidade para desempenhar as atividades diárias, além da satisfação consigo mesma.

Conclusão

A prática de exercícios físicos relacionados com a reabilitação pós-mastectomia, bem como orientações, cuidados e medidas preventivas, são intervenções importantes na assistência pós-operatória à mulher, pois têm como finalidade prevenir ou minimizar possíveis complicações.

Portanto, conclui-se que a atuação fisioterapêutica é uma necessidade básica para a paciente submetida à cirurgia por câncer de mama, seja qual for a técnica empregada. Visto que apresenta eficácia no tratamento das complicações pós-cirúrgicas a fisioterapia proporciona melhor qualidade de vida e atua como fator preventivo às possíveis complicações.

Referências

1. Fellipe Jr J. Câncer de mama. Agosto, 2007. Disponível em: <<http://www.medicinacomplementar.com.br/convertido/ca-0388.htm>> Acesso em: 15 de maio de 2013.
2. Bregagnol RK, Dias AS. Alterações Funcionais em Mulheres Submetidas à Cirurgia de Mama com Linfadenectomia Axilar Total. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2010;56(1):25-33.
3. Pereira CMA, Vieira EORY, Alcântara PSM. Avaliação de protocolo de fisioterapia aplicado a pacientes mastectomizadas a Madden. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2005; 51(2):143-8.
4. INCA - Instituto Nacional de Câncer (Brasil). *Mama*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama2010> Acesso em 10/05/2013.
5. Bergmann A, Mattos IE, Koifman RJ. 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*. 2004;50(4):311-20.
6. Batiston AP, Santiago SM. Fisioterapia e complicações físico-funcionais após tratamento cirúrgico do câncer de mama. *Revista Fisioterapia e Pesquisa*. 2005;12(3):30-5.
7. Sclowitza ML, Menezesb AMB, Gigantec DP, Tessaroa S. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. *Rev saúde pública*. 2005;39(3):340-9.
8. Ribeiro RL, Costa RL, Sandoval RA. Conduta fisioterápica no linfedema pós mastectomia por câncer de mama. *Rev. eletrônica Fac. Montes Belo*. 2008;3(1):1-22.
9. Panobianco MS, Parra MV, Almeida AM, Prado MAS, Magalhães PAP. Estudo da adesão às estratégias de prevenção e controle do linfedema em mastectomizadas. *Rev Enferm*. 2009;13(1):161-8.
10. Rezende LF, Pedras FV, Ramos CD, Gurgel MSC. Avaliação das compensações linfáticas no pós-operatório de câncer de mama com dissecação axilar através da linfocintilografia. *J Vasc Bras*. 2008;7(4):370-5.
11. Leal NFBS, Dias LAR, Carrara HHA, Ferreira CHJ. Linfedema pós-câncer de mama: comparação de duas técnicas fisioterapêuticas – estudo piloto. *Fisioter. mov*. 2011;24(4):647-54.
12. Bergmann A, Ribeiro MJP, Pedrosa E, Nogueira E A, Oliveira ACG. Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital do Câncer III/INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia*. *Rev Bras Cancerol*. 2006;52(1):97-109.
13. Magno RBC. Bases reabilitativas de fisioterapia no câncer de mama [monografia de conclusão de curso]. Rio de Janeiro: Universidade Veiga de Almeida; 2009.
14. Borges CAM, Silveira CF, Lacerda PCMT, Nascimento MTA. Análise dos métodos de avaliação, dos recursos e do reconhecimento da fisioterapia oncológica nos hospitais públicos do Distrito Federal. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2008;54(4):333-44.
15. Jammal MP, Machado ARM, Rodrigues LR. Fisioterapia na reabilitação de mulheres operados

por câncer de mama. O Mundo da Saúde. 2008;32(4):506-10.

16. Kisner C, Colby LA. Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas. 4a ed. São Paulo: Manole; 2009.

17. Leites GT, Knorst MR, Lima CHL, Zerwes FP, Frison VB. Fisioterapia em oncologia mamária: qualidade de vida e evolução clínico-funcional. Revista Ciência & Saúde. 2010;3(1):14-21.

18. Pacheco MN, Filho AD, Melo DAS. Fisioterapia para o tratamento do linfedema no pós-operatório de mastectomia: revisão de literatura. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. 2011;13(4):4-7.

19. Santos DA, Cipolla LV, Oliveira MMF. Atuação da fisioterapia no tratamento do linfema após câncer de mama. Ensaios e Ciências: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde. 2010;14(1):177-86.

Anexos

Tabela 1 – Relacionada à perimetria pré e pós-intervenção

	Direito Inicial	Direito Final	Esquerdo Inicial	Esquerdo Final
Braço				
5 cm	30 cm	29 cm	27 cm	27 cm
10 cm	33 cm	30,5 cm	30 cm	30 cm
15 cm	35 cm	32 cm	31 cm	31,5 cm
20 cm	37 cm	34 cm	33,5 cm	33,5 cm
Antebraço				
5 cm	29 cm	28 cm	24 cm	24 cm
10 cm	26 cm	26 cm	22,5 cm	22 cm
15 cm	21 cm	20 cm	18 cm	18 cm
20 cm	16,5 cm	16 cm	15,5 cm	16 cm

Fonte: elaboração dos autores.

[\(clique para voltar ao texto\)](#)

Conclusão – Tabela 1: Houve redução do linfedema em todo MSD, principalmente na região proximal.

Observação: A perimetria foi realizada partindo-se como ponto de referência o epicôndilo lateral, realizando as medições a cada 5 centímetros, totalizando 4 medições na região do braço e mais 4 medições na região do antebraço de ambos membros.

Tabela 2 – Amplitude de movimento pré e pós-intervenção

Ombro	Avaliação Direito	Reavaliação Direito	Avaliação Esquerdo	Reavaliação Esquerdo
Flexão	110°	125°	150°	150°
Extensão	40°	50°	50°	50°
Abdução	110°	125°	140°	150°
Adução	Retorno 0°	Retorno 0°	Retorno 0°	Retorno 0°
Rotação Interna	90°	90°	90°	90°
Rotação Externa	42°	55°	62°	80°

Fonte: elaboração dos autores.

[\(clique para voltar ao texto\)](#)

Conclusão – Tabela 2: Aumento da amplitude de articular em todos os movimentos de MSD.