

ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA EM QUADRO DE RUPTURA DO TENDÃO SUPRAESPINHOSO ASSOCIADO COM LINFEDEMA DE MEMBRO SUPERIOR

Alenia Varela Finger¹
Priscila Boschett²
Morgana Argenta Bertagnall²
Natália Oliveira dos Santos²
Jordana Pagnoncell²
Joana Dayne da Silva²
Angélica Quadros da Silva²
Giovan Amarante²
Bruna Pieri dos Santos²
Camila Dallemole²
Márcia de Almeida²

RESUMO

O linfedema caracteriza-se por um acúmulo de linfa nos espaços intersticiais devido à agressão dos canais linfáticos. O aumento excessivo de linfa torna o membro superior mais volumoso e pesado. Este peso pode gerar tensões musculares exageradas e posturas compensatórias da cintura escapular. Nessas condições, este estudo tem como objetivo apresentar um caso em que o linfedema está associado com uma ruptura do manguito rotador, bem como propor estratégias para intervenção fisioterapêutica neste contexto. Na avaliação a perímetria revelou um linfedema severo; a goniometria acusou uma diminuição da ADM do ombro acometido; na EVA a paciente relatou grau 8 de dor. Após 6 sessões de fisioterapia realizou-se a reavaliação. Houve 1,5 cm de redução do edema; até 40 graus de melhora na ADM; e conforme EVA a dor passou para grau 3. Conclui-se que a fisioterapia é essencial para evitar morbidades e prevenir quadros complexos como este apresentado.

Palavras-chave: Linfedema; Ruptura; Manguito Rotador; Fisioterapia

¹ Professora e coordenadora do projeto de extensão “Atenção à saúde de mulheres submetidas à mastectomia” da Faculdade da Serra Gaúcha – Caxias do Sul, RS.

² Acadêmicas e participantes do projeto de extensão “Atenção à saúde de mulheres submetidas à mastectomia” da Faculdade da Serra Gaúcha – Caxias do Sul, RS. E-mail: priscilacx@gmail.com

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é um importante problema de saúde pública no Brasil, sendo a neoplasia mais frequente entre as mulheres e correspondendo à principal causa de óbitos por câncer nesse grupo populacional (BERGMANN, MATTOS e KOIFMAN, 2004).

A intervenção cirúrgica é a terapêutica mais utilizada como forma de tratamento e tem como objetivo a remoção mecânica de todas as células malignas presentes (CAMARGO e MARX, 2000). Em contrapartida, a cirurgia pode acarretar grandes limitações, dentre as principais estão a dor, a diminuição da amplitude de movimento e o linfedema no membro superior afetado.

O linfedema é uma complicação que pode aparecer em qualquer período pós-operatório em mulheres que realizaram o ressecamento dos linfonodos axilares. Segundo Camargo e Marx (2000), trata-se de uma patologia crônica e complexa que se caracteriza por um acúmulo de linfa nos espaços intersticiais devido à agressão dos canais linfáticos provocados pelo procedimento cirúrgico.

De acordo com Petrek e Heelan (1998), de aproximadamente dois milhões de mulheres no mundo que sobreviveram ao câncer de mama, 15 a 20% estão vivendo atualmente com o linfedema. Este distúrbio causa para a paciente, não somente o dano estético, mas também um importante prejuízo funcional do membro afetado.

O aumento excessivo de linfa torna o membro superior mais volumoso e pesado. Este peso pode gerar tensões musculares exageradas e posturas compensatórias da cintura escapular, podendo evoluir para outras lesões musculotendíneas.

Com base nessas considerações, realizou-se um estudo com uma participante do projeto de extensão “Atenção à saúde de mulheres submetidas à mastectomia”, a qual apresentou ruptura parcial do tendão do músculo supraespinhoso de provável decorrência da sobrecarga gerada pelo linfedema.

O objetivo deste estudo é apresentar um caso em que o linfedema está associado com uma ruptura do manguito rotador, bem como propor estratégias para intervenção fisioterapêutica neste contexto.

MÉTODOS

Este trabalho caracteriza-se como um estudo de caso. A paciente estudada é participante do projeto de extensão “Atenção à saúde de mulheres submetidas à mastectomia”, atendida em ambulatório de fisioterapia no Instituto Integrado à Saúde da Faculdade da Serra Gaúcha, na cidade de Caxias do Sul (RS).

A voluntária tem 50 anos, casada e com dois filhos. Realizou a mastectomia total com esvaziamento axilar há 3 anos (maio de 2008). Desenvolveu o linfedema em seguida ao procedimento cirúrgico. Procurou o projeto de extensão há 2 meses (maio de 2011), com queixa principal de dor no ombro homolateral a cirurgia e com dificuldade para execução das atividades de vida diária que precisassem elevar o membro.

A paciente apresentou o exame complementar de imagem (ecografia do ombro), realizado em abril deste ano, o qual revelou o diagnóstico de ruptura tendínea do manguito rotador, comprometendo mais de 50% da espessura do tendão supra espinhal.

A avaliação fisioterapêutica compreendeu, primeiramente, a anamnese. Em seguida, no exame físico, avaliou-se o edema através da perimetria. Foram marcados bilateralmente pontos 5, 10 e 15 cm acima do olécrano e 5 e 10 cm abaixo do olécrano para posterior medição com fita métrica.

A amplitude de movimento (ADM) foi verificada bilateralmente por meio da goniometria, para os movimentos ativos de flexão, extensão, abdução e rotações do ombro.

Além disso, foram aplicados testes de força muscular, conforme classificação de Kendall (1995), para os principais grupos musculares do ombro. E para a mensuração da dor utilizou-se a Escala Visual Analógica (EVA).

Os atendimentos fisioterapêuticos aconteceram uma vez por semana com duração de 45 minutos. O programa de tratamento da fisioterapia teve como objetivos principais a redução do linfedema, a diminuição da dor, a manutenção e melhora da ADM e o reforço muscular. As condutas envolveram a drenagem linfática manual, exercícios metabólicos, drenagem postural associada com exercícios ativos, reforço isométrico para manguito rotador, pompagens, massoterapia e alongamentos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A perimetria mostrou uma diferença em relação ao braço contralateral de até 5,5 cm em pelo menos um ponto mensurado, o que caracteriza a presença de um linfedema grave. Panobianco e Mamede (2002), alegam que uma diferença inferior a 3 cm, o linfedema pode ser considerado leve, de 3 a 5 cm, moderado e uma diferença superior a 5 cm é considerado linfedema severo.

Na avaliação do movimento identificou-se diminuição de ADM no membro superior acometido. As principais limitações encontradas foram na flexão, com 22 graus de diferença, na abdução, 50 graus, e na rotação externa, 30 graus, sempre se levando em conta a comparação dos movimentos em ambos os ombros.

Quanto ao teste de força muscular, os grupos dos músculos flexores, abdutores e rotadores do lado operado apresentaram grau 4 de força muscular, ou seja, são capazes de vencer uma resistência leve a moderada. Os demais grupos musculares apresentaram grau 5, capazes de vencer uma maior resistência.

Esses achados concordam com o estudo de Baraúna et al (2003), o qual refere que o linfedema de membro superior pós mastectomia acarreta inúmeras consequências, como a diminuição de força muscular e da amplitude de movimento das articulações envolvidas. Além disso, a redução da ADM do ombro gera fraqueza tecidual (rigidez tendínea), aumentando ainda mais a tendência a rupturas tendinosas da musculatura atingida.

A lesão de mais da metade das fibras do tendão do músculo supraespinhoso pode estar estreitamente interligada com a carga imposta pelo linfedema. É como se a paciente carregasse um peso adicional em tempo integral. Pakenas e Serrão (2002) afirmam que as sobrecargas mecânicas aplicadas às estruturas da articulação gleno-umeral são consideradas como fator de risco para o comprometimento do manguito rotador.

A fisioterapia tem papel fundamental para a redução do linfedema e para o retorno funcional desta paciente. Busca-se, ainda, estabilizar o quadro de ruptura tendinosa e evitar sua progressão. Em concordância com o presente estudo, Bergmann et al (2005) mostrou que a implantação da rotina de atendimentos fisioterapêuticos para pacientes submetidas ao tratamento de câncer de mama deve ser traçada a partir do conhecimento e identificação das principais necessidades da mulher, desempenhando uma importante atuação para promover uma melhor qualidade de vida.

As condutas fisioterapêuticas estabelecidas neste estudo compreende essencialmente a aplicação especializada da cinesioterapia e da terapia manual. Há uma restrição quanto ao uso de eletrotermofototerapia, devido aos riscos que isso pode causar quando se fala em tratamento do câncer e disseminação metastática. Aparelhos fisioterapêuticos que aumentam o metabolismo e a circulação sanguínea local não devem ser usados em pacientes com tumor maligno. Isso porque podem aumentar o tamanho do tumor e até gerar metástases, uma vez que pequenos nódulos possam permanecer despercebidos (PRENTICE, 2004).

Dos dois meses que a paciente iniciou o tratamento fisioterapêutico, foram realizados até o presente momento apenas seis atendimentos, houve duas faltas. Para os resultados preliminares, foi realizado a reavaliação, obtendo-se a diminuição de 1,5 cm do linfedema em pelo menos 2 pontos mensurados. A amplitude de movimento melhorou 20 graus na flexão e 40 graus na abdução, porém houve uma diminuição de 10 graus na rotação externa do ombro. A dor, que era de 8 graus na Escala Visual Analógica, passou para 3, evidenciando uma importante melhora na sua queixa principal. Os aten-

dimentos terão continuidade e os resultados finais serão divulgados no evento o qual este estudo está sendo encaminhado.

CONCLUSÃO

Com base no contexto abordado neste trabalho, fica clara a necessidade primária de reduzir o linfedema, para redução do peso do segmento. Objetivando, desta forma, a manutenção da amplitude de movimento e a minimização do quadro de ruptura tendinosa.

A fisioterapia é essencial para prevenir e tratar complicações pós-operatórias de cirurgias de retirada de tumor mamário, sejam elas de ordem linfática, postural ou funcional. Há muitos estudos que já comprovam a eficácia da intervenção fisioterapêutica, porém ainda precisa-se alcançar uma maior divulgação e conscientização desta área de atuação, tanto por parte das pacientes como dos profissionais.

Assim, preconiza-se uma maior inclusão de programas fisioterapêuticos especializados em ambientes interdisciplinares, a fim de evitar morbidades e prevenir quadros complexos como o caso citado neste estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERGMANN, Anke; et al. Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital do Câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2006.
- BERGMANN, Anke; MATTOS, Inês E.; KOIFMAN, Rosalina J. 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.
- CAMARGO, Márcia C.; MARX, Angela G. Reabilitação física no câncer de mama. São Paulo: Roca, 2000.
- KENDALL, Florence P.; et al. Músculos, provas e funções. São Paulo: Manole, 1995.
- PAKENAS, Antonio; SERRÃO, Júlio C. Relação entre atividade física e sobrecarga mecânica na articulação gleno-umeral. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*. Vol. 2, 2002.
- PANOBIANCO, Marislei S.; MAMADE, Marli V. Complicações e intercorrências associadas ao edema de braço nos três primeiros meses pós mastectomia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 2, 2002.
- PETREK, Jeanne A.; HEELAN, Melissa C. Incidence of breast carcinoma: related lymphedema. New York: 1998.
- PRENTICE, William E. Modalidades terapêuticas para fisioterapeutas. Porto Alegre: Artmed, 2004.