

INTERVENÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE LINFEDEMA: RELATO DE CASO

Marcia Aparecida de Oliveira *

Cleusa Ema Quilici Belczak**

Sônia Maria Marques Gomes Bertolini ***

OLIVEIRA, Marcia Aparecida de; BELEZAK, Cleusa Ema Quilici; BERTOLINI, Sônia Maria Marques Gomes. Intervenção da Fisioterapia no Tratamento de Linfedema: Relato de Caso. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 5 (2): 155-160., 2001.

RESUMO: O linfedema é um quadro patológico de desordem vascular, onde se observa um déficit no equilíbrio das trocas de líquidos a nível de interstício. O papel do sistema linfático é de suma importância devido a suas funções na formação, transporte, e filtração de células linfóides, (anticorpos-ação imunológica), e no equilíbrio circulatório, como reabsorção, e transporte do líquido e da carga protéica excedente do espaço intersticial (COSSÍO, 1987). Um distúrbio neste sistema, leva a um quadro disfuncional que varia de acordo com o fator desencadeante. O método usado pela fisioterapia, atua sobre os trajetos dos vasos linfáticos, seguindo suas correntes derivativas, e promovendo a reabsorção e condução do acúmulo de líquido da área edemaciada, para as áreas normais. Utilizam-se manobras específicas descongestivas manuais (Drenagem Linfática Manual) e mecânicas, seguidas de uma técnica de compressão externa, constituída por bandagens de baixa elasticidade, após a aplicação de pressoterapia pneumática seqüencial, com bota de três ou mais câmaras a 30 mmHg de pressão, na direção de distal a proximal do membro (LEDUC, 1992). Os resultados obtidos com este método são de evolução bem satisfatória, principalmente se for feito o diagnóstico precoce, iniciando-se prontamente a terapia adequada. Conclui-se que com conhecimento específico da complexa anatomia linfática, (inclusive das importantes vias derivativas), da fisiologia da macro e microcirculação, e sabendo-se mais recentemente que os vasos linfáticos perfurantes atuam como um sistema de segurança em casos de obstrução (CIUCCI, 1997), podemos com base nestes dados, reequilibrar e reduzir o edema. Confirmando então, que a intervenção da fisioterapia se torna indispensável sob o aspecto reabilitador e preventivo nestes casos de patologia circulatória linfática.

PALAVRAS CHAVE: fisioterapia; linfedema; sistema linfático.

PHYSIOTHERAPY INTERVENTION IN THE LYMPHEDEMA TREATMENT CASE REPORT

OLIVEIRA, Marcia Aparecida de; BELEZAK, Cleusa Ema Quilici; BERTOLINI, Sônia Maria Marques Gomes. Physiotherapy Intervention in the Lymphedema Treatment. Case Report. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 5 (2): 155-160., 2001.

ABSTRACT: The lymphedema is a pathologic status of vassel system disorder in which is observed a decrease in the liquid exchange balance in the intertissue level. The lymphatic system's role is extremely important due to its functions in formation, transportation and lymph glands filtering of the cells (imunologic action-antibodies), and in the circulatory balance, such as reabsorption and liquid transportation and of exceeding protein supply of the intertissue gap (COSSIO, 1987). An error in this system leads to a dysfunctional result that varies according to a set off factor. The method used by physiotherapy acts on the lymphatic vassels trajectory, following its derivatives, currents and promoting a reabsorption and conduction of liquid accumulation of the damaged area to the normal ones. It is used specific manual and mechanical descongestioning procedures (manual lymphatic drainage) followed by an external compression technique by bandages of low extensibility, after an amplification of sequential pneumatic pressotherapy with boot of three or more cameras, at a pressure level of 30 mmHg, from the distal to the proximal direction (LEDUC, 1992). The results obtained with this method are of extremely satisfactory evolution, especially if earlier diagnosis registered, starting right away an adequate therapy. It leads us to the conclusion that, with specific knowledge of the complex lymphatic anatomy, macro and microcirculation physiology, and knowing earlier that perfuring lymphatic vassels act as a security system in cases of obstruction (CIUCCI, 1997), We can rebalance and reduce the edema. Confirming, then, that the physiotherapy intervention turns to be indispensable when looking at the preventing and reconditioning aspect in these cases of lymphatic circulatory pathology.

KEY WORDS: linfedema; lymphatic system; physiotherapy.

*Fisioterapeuta e docente do Centro Universitário de Maringá.

** Médica e docente da "Escuela Superior Argentino-Americana de Flebologia y Linfologia da Asociación Médica Argentina"; Representante da Regional Paraná da Sociedade Brasileira de Flebologia e Linfologia.

***Fisioterapeuta e docente da Universidade Estadual de Maringá e do Centro Universitário de Maringá.

Endereço: CENTRO VASCULAR. Av. Tiradentes, n.º 1081 Maringá - PR F:44-225-5332, E-Mail: oliveira_marcia@uol.com.br

Introdução

Dentre os diversos distúrbios circulatórios causadores de edemas das extremidades, encontra-se o linfedema caracterizado pelo acúmulo de líquido intersticial, resultante de desordens no sistema linfático. Este sistema disposto anatomicamente em toda a região do corpo, com seus coletores, pré-coletores e gânglios ou linfonodos, capta e drena líquidos do meio intersticial, e em média conduz 100 gramas de proteínas ao dia. O fluxo a nível do conduto torácico, é ao redor de dois litros ao dia. Em condições extremas da sua função, o ducto torácico que é o principal condutor do fluxo de retorno linfático, pode evacuar de 20 a 30 litros de linfa ao dia (COSSÍO, 1987). O sistema linfático atua por meio da diferença das pressões oncóticas e hidrostáticas, que resulta no equilíbrio metabólico do interstício (GUYTON, 1996).

O edema linfático ou linfedema pode ser : 1) primário- a) congênito, b) precoce ou c) tardio; ou 2) secundário- a) adquirido por recidivas de infecções, b) pós-cirúrgicos, c) pós-radioterapia (ESCORIHUELA, 1997). Em geral o linfedema provoca transtornos físicos deformantes, alterando intensamente o aspecto emocional e psicológico do paciente. Especialistas no tema como médicos, fisioterapeutas e psicólogos vem estudando, aplicando métodos, e desenvolvendo tratamento para minimizar e tentar compensar os desarranjos de tais afecções. Nesse sentido atua o profissional no papel fisioterápico, no caso reabilitativo e preventivo, usando tratamento de drenagem linfática manual (DLM), pressoterapia pneumática seqüencial com botas de 3 a doze câmaras, com aplicação posterior de bandagens externas, e exercícios direcionados miolinfocinéticos (NIETO, 1997), como preconiza o método Leduc (LEDUC, 1992). Em vista do exposto e diante dos resultados obtidos com o referido método fisioterápico, realizou-se este trabalho que teve como objetivo relatar o caso da paciente M.J.D.

Relato de Caso

A paciente com 49 anos, do sexo feminino, solteira, bancária, foi encaminhada para a avaliação fisioterápica por apresentar um linfedema no MID (Membro Inferior Direito).

Há 6 anos foi diagnosticado na paciente um câncer no endométrio uterino, descoberto já em estado avançado devido a sua localização. Sendo assim, a mesma foi submetida a uma histerectomia radical com extirpação dos gânglios linfáticos ou linfonodos inguiniais do antímero direito. Foi submetida à quimioterapia e radioterapia intensiva intra-uterina. Depois de um ano de finalizado o tratamento oncológico, começou a observar que sua perna direita aumentava de volume, quando foi orientada a conviver com o problema, usando apenas a pressoterapia (com bota de uma câmara).

A paciente foi encaminhada ao tratamento fisioterápico com um quadro severo de linfedema secundário do membro inferior direito, convivendo há 5 anos com o edema progressivo a cada dia. Como queixa principal foi relatada a dificuldade de caminhar e vestir, com aumento constante do peso e do volume no membro inferior direito.

A paciente linfedematosa foi conduzida a tratamento médico farmacológico com benzopironas, e acompanhamentos especializados durante o período de tratamento fisioterápico.

Avaliação inicial

Ao exame físico, durante a inspeção verificou-se acúmulo intenso de líquido extracelular na perna direita (aspecto gigante), distribuído mais acentuadamente na região do dorso do pé. Sua pele não apresentava formações verrucosas ou ulcerações. A coloração era fosca, com aspecto desidratado (devido ao excesso protéico no interstício), com pêlos grossos e longos. À palpação, devido ao tempo de evolução do edema, observamos o tecido com aspecto mais endurecido e resistente à compressão (não formava fôvea). A temperatura da pele era mais fria (devido ao seu afastamento dos tecidos subjacentes), e sem processos inflamatórios. Não se conseguia formar prega no tecido (sinal de Stemmer) (JAMBON C.; CLUZAN R., 1995) e não apresentava dor local, mas sim limitação articular no joelho e tornozelo direito, devido ao grande edema que gerava a perda da amplitude de movimento normal destas articulações.

Perimetria inicial (Quadro 1 e figuras: 1 e 2).

Quadro 1 - Perimetria inicial realizada na paciente.

Umbigo -> 1/3 Superior coxa direita e esquerda		25 cm	
Membro inferior direito (edema)		Membro inferior esquerdo	
Coxa		Coxa	
1/3 superior	63,5 cm	1/3 superior	50,5 cm
1/3 médio	58,5 cm	1/3 médio	47,5 cm
1/3 inferior	54,0 cm	1/3 inferior	37,5 cm
Joelho	48,5 cm	Joelho	35,0 cm
Perna		Perna	
1/3 superior	56,0 cm	1/3 superior	32,5 cm
1/3 médio	59,0 cm	1/3 médio	27,0 cm
1/3 inferior	46,0 cm	1/3 inferior	19,5 cm
Dorso do pé	29,0 cm	Dorso do pé	21,5 cm

Exames realizados: LINFOCINTILOGRAFIA. Exame realizado com a finalidade de se observar o trajeto do fluxo da linfa. A função linfática pode ser avaliada qualitativamente pela interpretação visual das imagens cintilográficas (NICOLAIDES, 2000).

Resultado: Não se observa ascensão do radiofármaco em todo o membro inferior direito e na região inguinal direita, e nota-se ascensão normal do radiotraçador à esquerda.

Tratamento realizado

Foi proposto à paciente, realizar tratamento conservador do Linfedema (FOLDI E et al, 1985) que se denomina de Terapia Física Complexa (TFC) neste caso ambulatorial, por duas semanas de atendimento diário, com a duração de uma hora cada sessão, totalizando 14(quatorze) sessões. A higiene do membro edemaciado foi feita na própria clínica, após a retirada da bandagem a cada dia. Durante o período do tratamento, a paciente manteve uma vida normal em relação às suas atividades cotidianas.

A. Aplicou-se a Drenagem Linfática Manual (DLM) realizada por 20 a 25 minutos, com manobras segundo a técnica do professor belga Leduc (LEDUC & LEDUC, 1992). Elas favorecem a quebra de macromoléculas, e promovem a condução das mesmas pelos canalículos linfáticos, resultando numa compensação de todo seu trajeto de retorno. Usa-se manobras de "chamada" e de "reabsorção", que atingem toda a extensão dos segmentos linfáticos do membro enfermo, sempre liberando regiões

proximais (gânglios linfáticos ou linfonodos), distribuindo até regiões distais, e depois repete-se as mesmas manobras até quando se achar necessário, isto é, quando se puder sentir uma diminuição da resistência tecidual nas regiões edemaciadas.

B. Pressoterapia seqüencial com equipamento Angiotron com saída para três câmaras (bota); por tempo de aproximadamente 40 min., e com uma pressão de 30 mmHg para cada câmara no sentido distal a proximal do membro.

C. Bandagem ou multicamadas sobrepostas (MOFFAT, 1997). Material em (1) malha tubular (para proteger a pele), (2) faixa com material em espuma acolchoada, para preencher espaços anatômicos e modelar a forma do membro, e (3) faixas com curta extensibilidade. Coloca-se no final de cada sessão e retira-se apenas no próximo atendimento (dia seguinte).

D. Após a fase descongestiva (intensiva), passa a usar contenção contínua através de meia elástica de alta compressão (40 mmHg), com medidas apropriadas ao membro comprometido. (figuras: 7, 8 e 9), para manutenção dos resultados obtidos.

E. Realiza atividade física que é a Ginástica Linfomiocinética (NIETO, 1997), que também auxilia a diminuição do edema, favorecendo a amplitude de movimento normal do tornozelo direito, bem como todo o movimento do membro linfedematoso.

F. Foi orientada para ter cuidado com insetos, evitar exposição ao calor excessivo e traumas, manter higiene com os pés, enfim, qualquer tipo de lesão que pudesse criar uma "porta de entrada" para processo infeccioso e provocar uma

linfangite.

G. É feita a "manutenção", (uma sessão por semana de tratamento no consultório), e o acompanhamento a partir da evolução do linfedema e das necessidades da vida diária da paciente.

Avaliação final

A paciente teve uma evolução satisfatória após o tratamento realizado, onde pela perimetria final (figuras: 4, 5 e 6) demonstra-se visivelmente

esse resultado. O linfedema cedeu em média de 6 a 13 cm em toda a região do membro afetado, houve uma liberação das articulações, melhora da pele, (que mantém uma textura normal e sem alterações), e uma postura mais adequada, devido a diminuição da sobrecarga no membro (Quadro 2). Vale acrescentar a melhora inclusive do quadro psicológico da paciente, pela retomada de suas atividades sociais e laborais.

Quadro 2 - Perimetria final realizada na paciente.

Umbigo → 1/3 Superior coxa direita e esquerda		25 cm	
Membro inferior direito (edema)		Membro inferior esquerdo	
Coxa		Coxa	
1/3 superior	62,0 cm	1/3 superior	50,5 cm
1/3 médio	53,5 cm	1/3 médio	47,5 cm
1/3 inferior	46,5 cm	1/3 inferior	37,5 cm
Joelho	42,0 cm	Joelho	35,0 cm
Perna		Perna	
1/3 superior	49,0 cm	1/3 superior	32,5 cm
1/3 médio	46,0 cm	1/3 médio	27,0 cm
1/3 inferior	33,0 cm	1/3 inferior	19,5 cm
Dorso do pé	25,0 cm	Dorso do pé	21,5 cm

Considerações Finais

O tratamento evoluiu satisfatoriamente, possibilitando que a paciente retornasse à sua vida normal, em relação a caminhar com a mesma facilidade anterior, vestir-se, calçar-se e também notou melhora em seu aspecto psicológico, pois agora faz uma melhor imagem de si mesma. Vale ressaltar, que se faz necessário a princípio, um tratamento intensivo para reduzir ao máximo o edema linfático localizado. Ao chegar ao ponto de maior absorção possível, parte-se para a fase de manutenção, com prevenção contínua, objetivando não se perder os resultados alcançados, uma vez que se trata de uma disfunção permanente. Acreditamos que conscientizando o paciente em relação ao seu problema, consegue-se devolver ao indivíduo, as condições físicas necessárias, para que o mesmo tenha novamente uma vida normal, ou bem próximo dela, que é o objetivo máximo da fisioterapia diante de qualquer processo reabilitativo.

Referências

- CIUCC, J.L. *Drenaje linfático de los Miembros superiores e inferiores*. In: CANESTRI *et al.* Tratado de Flebologia e Linfologia Buenos Aires: Fundación Flebologica Argentina, 1997. p. 339-350.
- COSSÍO, J.A.J. *Diagnóstico y tratamiento de los linfedemas, Fisiología y Fisiopatología*. Madrid: Uriach, 1987. p. 11-37.
- ESCORIHUELA, M. S. *Flebolinfedema Clínica y tratamiento*. Madrid: Faes, 1997. p. 27-33.
- FÖLDI, E; FÖLDI, M; WEISSLEDER, H. Conservative treatment of lymphedema of the limbs. *Angiology*, 36(3): 171-180, 1985.
- GUYTON, A. C. *Tratado de Fisiologia Médica*. 9ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. p. 167-179.
- JANBON, C; CLUZAN, R. *Lymphologie. Le lymphoedème dit primitif ou idiopathique des membres inférieurs*. Paris: Masson, 1995. p. 69-79.
- LEDUC, A.; LEDUC, O. *Drainage de la grosse jambe*. Bruxelas: Universidade de Bruxelas, 1992. 102 p.
- MOFFAT, C.: Know How. Four Layer Bandaging. *Nursing Times*, 16:82-3, 1997.
- NICOLAIDES, A. N. Investigation of chronic Venous Insufficiency: A Consensus Statement *Circulation*, 102(20):19, 2000.
- NIETO, S. *Terapia descongestiva*. In: CANESTRI *et al.* Tratado de Flebologia e Linfologia Buenos Aires: Fundación Flebologica Argentina, 1997. p. 350-51.

Recebido em: 10/11/00

Aceito em: 18/04/01

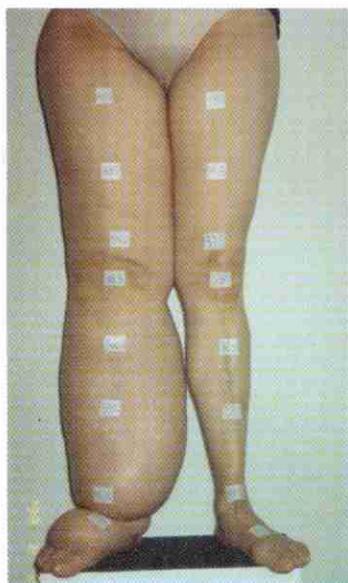


Figura 1: Perimetria inicial. Vista Anterior



Figura 2: Perimetria inicial. Vista Posterior



Figura 3: Perimetria inicial. Vista Lateral



Figura 4: Perimetria final. Vista Anterior

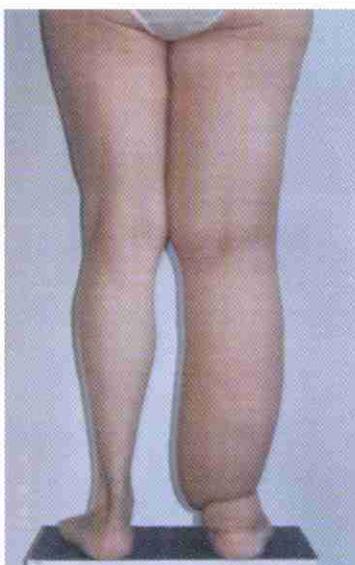


Figura 5: Perimetria final. Vista Posterior



Figura 3: Perimetria fianal. Vista Lateral

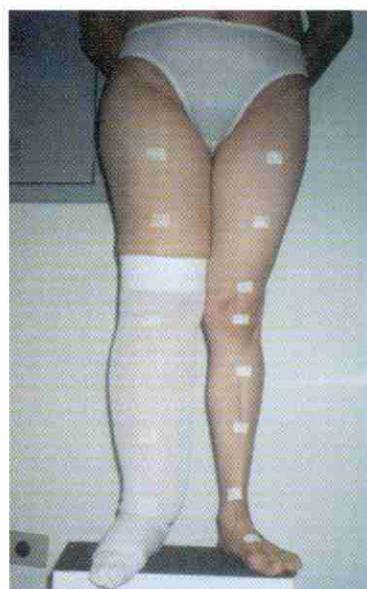


Figura 7: Membro inferior direito com meia de contensão. Vista Anterior



Figura 8: Membro inferior direito com meia de contensão. Vista Posterior



Figura 8: Membro inferior direito com meia de contensão. Vista Lateral