

Clínica e evolução na abordagem terapêutica interdisciplinar em 640 pacientes com linfedema durante 20 anos

Changes in clinical management and the evolution of an interdisciplinary therapeutic approach: 640 lymphedema patients over 20 years

José Luis Ciucci¹, Juan Carlos Krapp², Jorge E. Soraccco², Julio Ayguavella², Luis Daniel Marcovecchio², Carmen Salvia², Sandra Gerez², Cristina Felicia², Cleusa Ema Quilici Belczak², Mirta Critelli Isola³, Inés Lamuedra³, Silvina Rosales⁴

O linfedema é uma enfermidade cuja evolução não permite esperar êxito de cura total, o que constitui um desafio para o especialista, que deve estar consciente de que não poderá obter resultados definitivos. No entanto, quando se estabelece o tratamento correto nos estadiamentos iniciais, pode-se obter resultados bastante compensadores¹⁻⁴.

Está demonstrado que, nos pacientes linfedematosos, a cronicidade da estase linfática com acúmulo de líquido de alto conteúdo protéico produz uma modificação histopatológica no tecido celular subcutâneo, a qual compromete a pele e os próprios vasos linfáticos⁵⁻⁷.

Os fibroblastos vão substituindo progressivamente os tecidos nobres, com a formação de colágeno de intensidade crescente, do tipo irreversível^{6,8,9}. Observam-se mudanças fibróticas no tecido celular subcutâneo e engrossamento com paquidermização da pele; nos vasos linfáticos, produzem-se alterações em sua morfologia e funcionalidade por avalvulação e perda da contratilidade¹⁰⁻¹².

O linfedema, enfermidade de fácil diagnóstico e de difícil tratamento, apresenta uma cronicidade própria da doença, com abrangência de muitos problemas encontrados concomitantemente. As dificuldades apresentadas sugerem a integração de um grupo interdisciplinar, que trate dos pacientes em um lugar físico único, onde se resolvam todos os seus problemas de forma conjugada, podendo-se, assim, obter melhores resultados^{3,13,14}.

O objetivo deste trabalho é chamar a atenção para a terapia atual do paciente com linfedema e para a evolução da abordagem no tratamento desta enfermidade ao longo de 20 anos no serviço.

Método

Foram avaliados em estudo retrospectivo o diagnóstico e a evolução na conduta no tratamento do linfedema em 640 pacientes acompanhados no Hospital Militar Central de Buenos Aires, durante o período de 1980 a 2000. Os pacientes realizaram a linfografia radioisotópica.

-
1. Doutor. Chefe do Serviço de Flebologia e Linfologia, Hospital Militar Central de Buenos Aires. Diretor da Escola Argentina de Linfologia (Associação Médica Argentina - AMA). Professor e chefe do Serviço de Anatomia Linfática e Venosa, Universidade de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
 2. Médico(a) e/ou Professor(a), Escola Argentina de Flebologia e Linfologia, AMA, Buenos Aires, Argentina.
 3. Psicóloga, Hospital Militar Central de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
 4. Fisioterapeuta do Serviço de Flebologia e Linfologia, Hospital Militar Central de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

Para análise estatística, foi utilizado o teste de Fisher e admitiu-se erro á igual a 5%, com nível de significância para $P \leq 0,05$.

A idade dos pacientes oscilou dos 2 aos 89 anos; 65% pertenciam ao sexo feminino e 35% ao masculino, sendo essa diferença significativa ($P < 0,0001$).

Resultados

Dos pacientes tratados, 322 (50,3%) eram portadores de linfedema de membro superior e 318 (49,7%) padeciam de linfedema de membro inferior. Destes últimos, 211 pacientes foram primários e 107 secundários (33% e 16,7%, respectivamente, em relação ao número total de pacientes tratados), sendo essa diferença significativa ($P < 0,0001$).

Esses pacientes foram conduzidos segundo influência de três escolas, em três períodos: a primeira fase envolveu a influência da Escola Brasileira Degni, Cordeiro e Mayall (1980 a 1989); a segunda fase teve a interferência das escolas Földi, Leduc, Casley-Smith (1990 a 1995); a terceira fase teve como base o conceito de abordagem interdisciplinar (1995 a 2000) desenvolvido pelo próprio grupo, em que melhores resultados têm sido observados.

A maior prevalência ocorreu nos pacientes do sexo feminino, e o envolvimento dos membros superiores e inferiores foi semelhante no grupo.

Discussão

Verifica-se que a experiência obtida entre 1980 e 2000, com o tratamento de 640 pacientes selecionados no serviço com linfedema primário e secundário, permitiu a influência de diferentes escolas na terapia adotada. Em um primeiro período, que compreendeu desde o início até aproximadamente 1989, influenciados pela Escola Brasileira dos Professores Degni, Cordeiro e Mayall, que tratavam os linfedemas por meio de cirurgias do tipo ressectivas, fisiológico-ressectivas ou fisiológicas (como as anastomoses linfático-venosas pelas técnicas de Cordeiro, que estavam vigentes até o momento^{8,9}), agregadas a tratamento médico-farmacológico e medidas higiênico-dietéticas, obtivemos resultados satisfatórios para a época.

No segundo período, a influência veio das escolas européias, com a terapia física complexa descongestiva de Földi (drenagem linfática manual, cuida-

dos higiênicos e terapia compressiva)^{10,15} e a proposta de Leduc^{16,17} (drenagem linfática manual, cuidados higiênicos, terapia compressiva e a compressoterapia seqüencial pneumática)¹⁸. A partir disso, revisou-se a sistemática terapêutica e passou-se a utilizar o tratamento fisioterápico com o acréscimo de fármacos derivados das benzopironas em altas doses, como propunha Casley-Smith^{5,19,20}.

Após aproximadamente 5 anos, iniciou-se o terceiro período, devido à insatisfação com o nível de resultados obtidos. Com isso, acredita-se que o êxito no combate a essa doença deva ser mais abrangente por parte das equipes de atendimento. A abordagem interdisciplinar¹³, incluindo especialidades não tradicionais em uma mesma planta física, como linfologistas, dermatologistas, nutricionistas, especialistas em tratamento da dor, psicólogos e fisioterapeutas, deu nova sistemática ao atendimento desses pacientes, possibilitando melhores resultados. Os pacientes tomaram consciência de que o linfedema era somente uma parte de sua afecção, e que a equipe de trabalho dava resposta às suas necessidades²¹, reduzindo complicações secundárias da pele, adequando o peso por meio de uma planificação nutricional, tratando a dor²² de forma efetiva e incluindo os aspectos psicológicos¹⁴ da própria enfermidade.

O estabelecimento do diagnóstico etiológico correto (dada a complexidade da doença), permitiu orientar de forma mais adequada a equipe interdisciplinar, que enfocou, em cada caso, as conseqüências que o edema provocava.

As medidas higiênico-dietéticas mantêm o trofismo cutâneo, assim como ajudam a evitar complicações infecciosas e/ou inflamatórias. Também é preciso evitar os traumatismos ou microtraumatismos que possam passar despercebidos e servir como porta de entrada de germes patogênicos. Uma dieta balanceada, de acordo com as necessidades do paciente, permite corrigir as doenças nutricionais que mais freqüentemente acometem o enfermo: obesidade, lipodistrofias, diabetes melito e hiperlipoproteinemia. É importante destacar a associação muito freqüente do linfedema com a obesidade, que, em muitos dos casos, é de caráter mórbido e impõe sérias dificuldades ao tratamento. Aqui o papel da psicoterapia^{14,21} é fundamental.

A terapia física aplicada aos pacientes inspira-se nas técnicas da drenagem linfática manual (DLM) de Földi^{10,15} e Leduc^{16,17}. Elas consistem em orientar o líquido do espaço intersticial para os centros de drena-

gem mediante manobras cinésicas especializadas denominadas “drenagem linfática manual”, estimulando as correntes derivativas do setor afetado^{2,23-27}. Para esse procedimento, é fundamental que se conheça em profundidade a complexa anatomia linfática, com suas vertentes e estações linfonodais^{11,23-25}, e que se tenha um diagnóstico correto⁷. Também utilizam-se medidas fisioterapêuticas, como a compressoterapia pneumática seqüencial (CPS)^{17,18}, com equipamentos de 12 câmaras imbricadas como tetos de telha. Em seguida, aplica-se uma bandagem multiextrato e indica-se a realização de exercícios miolinfocinéticos personalizados^{3,20,26,27}. Tão logo o paciente deixe a bandagem, indicam-se meias ou mangas elásticas de compressão graduada para o tratamento de manutenção.

Os pacientes com linfedema são portadores, além de uma deformidade física, de frustrações por fracassos em múltiplos tratamentos prévios, de crises depressivas, de complexos de indiferença e de falta de confiança no médico. O trabalho do psicoterapeuta^{14,21} é vital para ajudar o paciente a interpretar e aceitar sua afecção e, conseqüentemente, aderir ao tratamento médico a ser estabelecido, que será de longa duração e do qual não se devem esperar resultados completamente resolutivos.

É muito freqüente, especialmente em pacientes com linfedema de membro superior^{2,27}, deparar-se lesão do plexo braquial, infligida por outros tratamentos e/ou pela tração que exerce o peso do membro enfermo, produzindo forte dor neuropática. Para este tratamento, conta-se com o serviço de anestesistas especializados no tratamento da dor²². Em graus avançados, deve-se, primeiro, tratar a dor, para depois continuar com o plano terapêutico restante. A dor pode ser crônica, causada por processo patológico de longa data em estruturas somáticas ou viscerais ou por permanente disfunção do sistema nervoso periférico, central ou ambos, podendo, além disso, ter sido provocada primariamente por mecanismos psicológicos e/ou por fatores ambientais. A confluência da dor (pela enfermidade, por tratamentos ou por outros sintomas), ódio (por falta de comunicação médica, atraso no diagnóstico, etc.), ansiedade (medo do hospital, da dor, da morte) e depressão (por perda do papel familiar e laboral, mudanças no esquema corporal, desesperança, etc.) dá lugar ao que se chama de “dor total”^{14,21}. Diante da presença de dor somática, que evolui de forma profunda e contínua para o membro afetado pela tensão a que estão submetidos os tecidos pela presença do linfedema, indica-se a escada analgésica da OMS: AINE (opiáceo

débil) + AINE (opiáceo forte) + AINE, em qualquer escalão, com ou sem coadjuvantes. Quando a dor se deve a uma plexopatia por tração (neuropática ou neurogênica), as zonas afetadas geram impulsos nervosos espontâneos ou produzidos que conduzirão à sensação dolorosa anormal desagradável (disestesia), acompanhada de “pontadas ou descargas de corrente”. Começa-se com antidepressivos (amitriptilina, fluoxetina, imipramina) e anticonvulsivantes (carbamazepina, ácido valpróico, difenilhidantoína), e pode ser necessária a aplicação de anestésicos locais (gotejamento de lidocaína endovenosa, mexiletin, bloqueios plexuais) ou bloqueios simpáticos (gânglio estrelado)²².

Um exaustivo exame dermatológico⁶ permite ao especialista o diagnóstico e tratamento das afecções cutâneas, tais como eczema, dermatoses, vesículas e verrucosos linfostáticos com ou sem linforragias, que comprometem o êxito do tratamento do paciente linfedematoso.

Desde o início, é indicado o tratamento farmacológico de base, constituído pelas gamabenzopironas ou flavonóides^{19,20} nas doses terapêuticas indicadas. Esses compostos, que apresentam atividade sobre o fluxo linfático, aumentando seu débito, facilitam o transporte da linfa e mobilizam as proteínas do interstício²⁰. Em todos os casos, começa-se com 1.500 mg de diosmina micronizada e se faz o controle a cada 8 ou 10 dias, avaliando, nesse momento, sinais objetivos, tais como volume do membro (controlado por perimetria e volumetria), turgor, consistência e textura da pele, além de sintomas referidos pelo paciente, como diminuição da dor e do peso e maior conforto. Se o paciente não apresenta melhora, aumenta-se a dose em 500 mg a cada 10 dias, até se chegar à titulação, que, em geral, nunca é superior a 3.000 mg. Efetuam-se exames de laboratório para controlar a função hepática antes e durante o tratamento, não se tendo encontrado até o presente nenhum sinal de hepatotoxicidade.

No caso do linfedema genital, o tratamento é sempre cirúrgico. Em todos os outros, pode-se, eventualmente, quando o tratamento conservador não logrou êxito, introduzir um tempo cirúrgico em casos selecionados^{1,28-31}. Esse procedimento, quando realizado oportunamente e bem indicado, permite otimizar os resultados obtidos pela terapia interdisciplinar. A cirurgia deve ser efetuada imediatamente após o tratamento conservador com sobra de tecido redundante, ou quando, apesar da redução significativa do volume do membro obtida com o

tratamento clínico, persistir um bloco endurecido fibrótico, que é irreversível. Também se indicam ressecções cirúrgicas em linfedemas primários graves de membros inferiores, em função do grande volume inicial. Nesses casos, faz-se necessário reduzir primeiramente o membro, para depois continuar com o tratamento conservador. Outra indicação realizada é quando, apesar do tratamento descongestivo intensivo, não se atingiu melhora do quadro clínico e ocorrer um agravamento nas linfocintilografias³²⁻³⁴.

Conclusão

A evolução no tratamento do linfedema partiu de uma conduta mais agressiva (cirúrgica) inicialmente preconizada, passando para uma abordagem conservadora e caminhou para o envolvimento de uma equipe interdisciplinar, onde o tratamento cirúrgico se limita a casos selecionados e o paciente é atendido de forma integral em um mesmo plano físico.

Referências

- Campisi C. Linfedema. Modernos aspectos diagnósticos y terapéuticos. Rev Linfología 2000;15:17-30.
- Ciucci JL, Ayguavella J. Tratamiento médico del linfedema del miembro superior. Rev Linfología 1995;2:27-34.
- Guzman A, Onetto D. Tratamiento médico del linfedema de los miembros. Rev Linfología 2000;16:17-24.
- Schirger A, Harrison EG, Janes JM. Idiopathic lymphoedema review of 131 cases. JAMA 1962;182:14-22.
- Casley-Smith JR, Földi-Borcso E, Földi M. Fine structural aspects of lymphoedema in various tissues and the effects of treatment with coumarin and troxerutin. Br J Exp Pathol 1974;55(1):88-93.
- Ciucci JL, Ayguavella J. Manifestaciones dermatológicas en el linfedema. Rev Linfología 1998;10:39-45.
- Tosatti E. Lymphatiques profonds et lymphoedèmes chroniques des membres. Paris: Masson et Cie; 1974.
- Cordeiro AK, Baracat FF, editores. Linfologia. São Paulo: Fundo Editorial BYK-Prociencx; 1983.
- Cordeiro AK, Bacarat FF, Bolanho E, Brandi AJ. Linfedema: estudo do metabolismo do colágeno. Rev Bras Cardiovasc 1975;10(3):155.
- Földi M. Anatomical and physiological basis for physical therapy of lymphedema. Experientia Suppl 1978;33:15-8.
- Gray JH. Studies on the regeneration of lymphatic vessels. J Anat 1940;74:332.
- Ju DM, Blakemore A, Stevenson TW. A lymphatic function test. Surg Forum 1954-1955;5:607-12.
- Krapp JC, Ciucci JL, Soracco J, Ayguavella J, Marcovecchio LD, Salvia C. Rol de la cirugía en el tratamiento multidisciplinario del linfedema de los miembros. Rev Linfología 1999;13:37-43.
- Lamuedra I, Isola M. Rol de la terapéutica psicológica en el tratamiento multidisciplinario del linfedema. Rev Linfología 2000;17:43-5.
- Földi M, Földi E. Die Komplexen physikalische Entstauungstherapie des Lymphoedems. Phlebologie und Proktologie 1984;1:79-84.
- Leduc A, Caplan I, Lievens P, Leduc O. Le traitement physique de l'œdème du bras. Monographies de Bois-Larris, Masson Editeurs; 1991.
- Leduc A. Le drainage lymphatique. Théorie et pratique. Paris: Masson Editeurs; 1978.
- Gonzales-Viejo MA, Condon-Huerta MJ, Lecuona-Navea M. Eficiencia del tratamiento del linfedema mediante presoterapia secuencial multicompartmental. Rev Linfología 2000;17:35-42.
- Casley-Smith JR, Casley-Smith J. High-protein oedemas and the benzo-pyrones. Philadelphia: Lippincott; 1986.
- Casley-Smith J, Casley-Smith JR. Effects of varying doses of 7-hydroxy-coumarin and coumarin in acute lymphedema and other high-protein oedemas: Progress in Lymphology. In: Casley-Smith JR, Pillers NB. University of Adelaide Press; 1985. p. 194-196.
- Isola M. Algunas consideraciones acerca de los pacientes que padecen de linfedema. Rev Linfología 1996;3:49-51.
- Simeone C. Linfología y dolor. Rev Linfología 1996;5:35-8.
- Caplan I, Marantz M, Barbarelli J, Moguilevsky L. Linfáticos de la mama (investigación anatómica). Revista Argentina de Cirugía 1967;13(4):104.
- Ciucci JL. Grandes Corrientes Linfáticas del Miembro Superior [tese]. Universidad Nacional de Buenos Aires, 1988.
- Kubik ST. Anatomische Grundlagen zur Lymphodemtherapie. Phlebologie und Proktologie 1986;15:149-53.
- Casley-Smith J. Exercises for patients with lymphoedema of the arm. The Lymphoedema Association of Australia. University of Adelaide. II Simposio Internacional sobre Linfedema. Buenos Aires, Outubro, 1990.
- Enrici EA, Krapp JC, Ciucci JL. Linfedema post-mastectomía: Clasificación Clínico-Anatómico-Fisiológica y su relación con las terapéuticas actuales. Sesión Científica. Sociedad Argentina de Flebología y Linfología (AMA), 1988.
- Ciucci JL, Zalazar J, Marcovecchio LD. El sistema linfático de la glándula mamaria en relación con las indicaciones quirúrgicas actuales. Premio Avelino Gutiérrez. Academia Nacional de Medicina, 1993.
- Cordeiro AK, Bacarat FF. Linfedema de miembro superior pós-mastectomía - Tratamiento cirúrgico. Rev Bras Cardiovasc 1973;9(3):173.
- Enrici EA, Ciucci JL, Krapp JC, Soracco JE, Caldevilla H. Evaluación de las derivaciones linfovenosas en el tratamiento de los linfedemas secundarios. Revista Argentina de Flebología 1987;5(3):116-28.
- Kinmonth JB. The lymphatic diseases, lymphography and surgery. London: Edward Arnold Ltd.; 1972.

32. Bruna J. La linfografía en las enfermedades linfáticas. Rev Linfología 2000;16:35-40.
33. Cantoni DE, Nicolini J, Ciucci JL, Caplan I. Linfografía Radioisotópica. Propuesta técnica a partir de un nuevo compuesto. Prensa Medica 1990;77(3):28-37.
34. Krapp JC, Ciucci JL, Soracco J, Cantoni D. Linfedema postmastectomía prognosis evolutiva mediante su análisis con linfografía radioisotópica. X Congreso Argentino de Flebología y Linfología. San Miguel de Tucumán, 1993.

Correspondência:
Cleusa Ema Quilici Belczak
Centro Vascular
Av. Tiradentes, 1081
CEP 87013-260 - Maringá - PR
E-mail: belczak@wnet.com.br