

DRENAGEM LINFÁTICA MANUAL NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE MAMOPLASTIA DE AUMENTO

LUDWIG, Ana Caroline de Jesus ¹
KUNIMATSU, Lucia Helena Queiroz ¹
JAQUES, Stephanie Vargas ¹
FORNAZARI, Patrícia Dalsasso ²

RESUMO

A mamoplastia de aumento é uma cirurgia plástica com o objetivo estético visando o aumento da mama através da inclusão da prótese de silicone para maior harmonia do corpo, e a auto-estima da mulher. As técnicas utilizadas podem variar de acordo com o biotipo da paciente, determinando assim a localização da incisão, plano de alocação da prótese e tipo de implante. Porém, após a realização da cirurgia, surgem edemas, hematomas, desconfortos e até mesmo problemas na cicatrização. Para minimizar os efeitos da cirurgia é aplicada a técnica de drenagem linfática manual, que diminui os riscos no pós-operatório. A drenagem linfática manual (DLM) é uma técnica específica de massagem com manobras rítmicas, lentas, suaves, intermitentes e relaxantes, que acompanham o trajeto do sistema linfático. Esta técnica drena os líquidos excedentes que banham as células, mantendo, desta forma, o equilíbrio hídrico dos espaços intersticiais, ela também é responsável pela evacuação dos dejetos provenientes do metabolismo celular. O objetivo deste trabalho é por meio de uma revisão bibliográfica verificar o efeito da drenagem linfática manual na redução de edemas e melhora da cicatrização.

PALAVRAS-CHAVE: Drenagem Linfática, Mamoplastia, Edema.

1. INTRODUÇÃO

A busca pela harmonia corporal vem sendo cada vez mais importante para as mulheres. Com o objetivo de elevar a auto-estima, muitas procuram pela cirurgia de aumento de mamas, chamada mamoplastia de aumento.

A Mamoplastia de Aumento é uma técnica cirúrgica para aumentar o tamanho das mamas. Também permite a correção de uma ptose e aumentar um pouco a firmeza das mesmas. Porém, após a realização da cirurgia, surgem edemas, desconfortos e até mesmo problemas na cicatrização, em contra partida, existe um método de massagem para diminuir ou eliminar esses problemas pós-operatórios.

A Drenagem Linfática Manual é o tratamento mais utilizado em pós-operatório de mamoplastia de aumento, é uma técnica que pode ser aplicada para diminuir as complicações causadas pelo procedimento e melhorar o processo de recuperação tecidual por meio da

diminuição de edema. É uma massagem com movimentos específicos, levando a linfa para os gânglios linfáticos com o objetivo de eliminar todas as toxinas.

Segundo Lange (2012), a drenagem linfática é indispensável no pós-operatório de cirurgias plásticas, incluindo mamoplastia de aumento, de preferência o mais precoce possível para ajudar na penetração do líquido excedente nos capilares sanguíneos e linfáticos intactos da região adjacente a lesão.

O objetivo principal desse artigo é verificar o resultado da Drenagem Linfática Manual no pós-operatório da Mamoplastia de Aumento.

Este artigo tem grande importância para aprimoramento do conhecimento geral sobre a cirurgia de mamoplastia de aumento e a técnica de drenagem linfática em seu pós-operatório. O presente trabalho é um artigo de revisão bibliográfica, realizado com auxílio de outros artigos já publicados.¹

¹Acadêmica do Curso Superior de Estética e Cosmética da Faculdade Dom Bosco - Cascavel/PR. Email: anacarolineludwig@hotmail.com

¹Acadêmica do Curso Superior de Estética e Cosmética da Faculdade Dom Bosco - Cascavel/PR Email: lucynha_nany@hotmail.com

¹Acadêmica do Curso Superior de Estética e Cosmética da Faculdade Dom Bosco - Cascavel/PR. Email: te-phi-nha@hotmail.com

²Fisioterapeuta Dermato-funcional. Email: patriciadalsasso@hotmail.com

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A mama da mulher sempre foi retratada como a principal característica feminina, o símbolo da sexualidade, ela representa a maternidade e a sensualidade.

A cirurgia plástica surgiu com a necessidade de satisfazer estética e psicologicamente mulheres que possuíam mamas pequenas ou flácidas, e também mamas sem simetria.

O ser humano possui duas glândulas mamárias, localizadas em posição simétrica na face anterior do tórax. Somente glândulas femininas se desenvolvem por completo, sendo chamadas de mamas ou seios. A mama é uma glândula secretora alveolar apócrina, constituída de lóbulos mamários irregulares, intervalado por tecido fibroso e adiposo, e vasos sanguíneos que, associados, formam os lobos mamários. Exibem em sua porção mais proeminente a aréola mamária, de forma circular, a qual no centro possui uma saliência com nome de mamilo.

Com a supressão de desenvolvimento ou alterações fisiológicas que as mamas são subjugadas em decorrência dos ciclos hormonais, do estado de gravidez e mudança de peso corporal, podem acabar provocando modificações no volume e na forma, resultando em mamas pequenas, volumosas, ou flácidas e caídas.

A busca por mamas maiores ultrapassa o aspecto físico, muitas mulheres tem autoestima baixa, distúrbios no convívio social e, até mesmo, insegurança na relação sexual.

Historicamente, o primeiro implante de silicone foi empregado no Japão, por Akiyama, em 1949. Já no Ocidente, os pioneiros foram os plásticos Cronin e Gerow, norte-americanos, em 1962, a partir disso a cirurgia de mamoplastia de aumento teve uma evolução crescente.

Para a realização da cirurgia de prótese mamária, é necessário analisar três fatores importantes, o tipo de implante, plano de colocação da prótese e localização da incisão.

Em relação ao tipo de implante, existem três modelos de próteses no mercado, formato cone, formato redondo e formato gota (natural). Escolher entre esses três modelos irá influenciar diretamente no formato final das mamas. Ainda dentro desses modelos, existem os perfis do implante, o perfil de um implante é a medida de sua altura, ou seja, sua projeção a partir da base da prótese. Essa medida é responsável na paciente pela projeção da mama para frente. A escolha entre os perfis é influenciada pela quantidade de flacidez da mama, dentre outros fatores. Algumas marcas disponibilizam quatro perfis diferentes: perfil baixo, perfil moderado, perfil alto e perfil extra alto para volumes semelhantes.

Sobre o plano de colocação, a prótese pode ser inserida por baixo do músculo (submuscular), ou por cima do músculo (subglandular). Prótese por baixo do músculo (submuscular), a prótese é colocada entre os músculos mamários e contra a parede do tórax. É pouco utilizada, pois é indicada para mulheres muito magras e que não possuem sobra de pele para cobrir o implante – ficando um efeito mais natural do que a técnica subglandular. É uma cirurgia mais demorada e tende a doer mais. Prótese por cima do músculo (subglandular), a prótese é colocada logo abaixo das glândulas mamárias. É a técnica mais solicitada pelas pacientes, pois funciona para quase todos os biótipos físicos e por causar menos incômodo durante o pós-operatório, já que o inchaço é menor. Permite fácil acesso ao local de implantação, diminuindo o tempo de cirurgia e minimizando complicações como a formação de hematoma e movimentação das próteses com a contração da musculatura peitoral. Após a incisão na pele, a glândula é separada do músculo, dando um espaço do tamanho da prótese. É indicada quando há espaço para preencher com a prótese e o implante fica mais evidente, deixando o colo com uma projeção saliente.

Existem três tipos de localização para incisão da prótese.

Incisão Inframamária, é uma incisão que é feita abaixo da mama, na prega inframamária. Esta incisão é a abordagem mundialmente mais realizada e proporciona o máximo de acesso para dissecação precisa e colocação de um implante mamário. Muitas vezes, é a técnica preferida para introdução de implantes de silicone em gel, devido à incisão ser mais favorável.

Incisão Perioareolar, nesta técnica, uma incisão é colocada ao longo da metade da borda inferior ou superior da aréola. Esta incisão oferece uma abordagem ideal quando necessita-se ajustes para a reposição superior das aréolas ou em uma mastopexia (quando deseja-se elevar as aréolas). Pode ser difícil colocar implantes de gel de silicone através desta incisão, devido ao tamanho da incisão necessária (cerca de 4-5 cm) para o acesso, principalmente em próteses de grandes volumes. As pacientes que podem ser submetidas a esta técnica, têm que ter uma aréola de tamanho adequado, proporcionando uma incisão com tamanho adequado.

Incisão Axilar, esta técnica coloca a incisão na região axilar, realiza-se túneis de dissecação para região medial, preparando o espaço suficiente para a colocação dos implantes mamários.

No pós-operatório da mamoplastia de aumento, o edema é um dos principais desconfortos que pode afetar a paciente. Edema é excesso de fluido existente nos tecidos extravasculares, ou seja, fora do sangue e dos vasos linfáticos. O acúmulo pode ser intracelular e/ou extracelular e ser localizado ou generalizado.

Segundo Leduc e Leduc (2007), o edema é resultado do desequilíbrio entre o aporte de líquido retirado dos capilares sanguíneos pela filtração e a drenagem deste líquido. O equilíbrio é atingido quando as vias de drenagem são suficientes para evacuar o líquido trazido pela filtração

A drenagem linfática facilita o escoamento do líquido intersticial excedente, gerando benefícios ao organismo, como a melhora da cicatrização, onde o excesso de líquido intersticial é prejudicial à cicatrização, já que dificulta a proliferação celular e a síntese protéica por conta do baixo pH, alta tensão de CO₂ e baixa concentração de O₂. Isso leva ao aumento do índice de infecção, possibilitando a formação de tecido cicatricial. (Maio, 2011).

O sistema linfático corresponde a uma rede de vasos, cuja função é a drenagem do excesso de líquido intersticial, transporte de lipídeos alimentares e a realização das respostas imunes. Ele é composto de linfa, vasos linfáticos, estruturas e órgãos que contêm tecido linfático e medula óssea vermelha.

A rede linfática é formada por um plexo superficial e um plexo profundo. O plexo superficial drena a linfa das áreas centrais da mama, da aréola, da pele e da papila mamária em direção à axila, o que corresponde cerca de 97% da drenagem linfática da mama. O plexo profundo vai drenar a linfa da região entre os músculos peitoral maior e menor, para os linfonodos, subclávios e mamários internos. (Tiezzi et al, 2006).

A Drenagem Linfática Manual é uma técnica criada pelo casal dinamarquês Emil Vodder, filósofo, e sua esposa Estrid Vodder, naturopata, no final dos anos 1920. A técnica foi considerada por muitos anos um método alternativo, ou seja, sem base científica, mas atualmente já existe uma base muito estruturada devido ao trabalho de pesquisa de vários médicos, professores e universitários. Hoje é mundialmente conhecida como uma terapia complementar no alívio de patologias que causam edemas, com comprovação científica da sua eficiência.

Para Leduc e Leduc (2007), a drenagem linfática é responsável por drenar os líquidos excedentes que banham as células, mantendo o equilíbrio hídrico dos espaços intersticiais. Ela também é responsável pela evacuação dos dejetos vindos do metabolismo celular.

Guirro e Guirro (2004, apud Meireles, 2016) afirmam que as manobras de drenagem linfática manual são baseadas nos trajetos coletores linfáticos e linfonodos, associando basicamente três categorias de manobras: captação, reabsorção e evacuação, de maneira que o movimento de captação realizado diretamente sobre o segmento edemaciado, visando

aumentar a captação da linfa pelos linfocapilares. Na reabsorção, as manobras se dão nos pré-coletores e nos coletores linfáticos, os quais transportarão a linfa captada pelos linfocapilares.

Porém, para Ribeiro (2004, apud Meireles, 2016), as manobras de DLM seguem apenas dois princípios básicos: a evacuação (remoção) e a captação (absorção). A evacuação tem como objetivo auxiliar a remoção da linfa dos pré-coletores e coletores linfáticos e desobstruir os pontos proximais (linfonodos regionais). Portanto, a DLM deve ser sempre iniciada pelas manobras que facilitem a evacuação, feitas nos linfonodos regionais, e só efetuar as manobras de captação ao longo das vias linfáticas e nas regiões de edema.

É importante ressaltar que para Lange (2012), as manobras são lentas e devem ser repetidas por cinco a sete vezes, no mesmo lugar a pressão deve ser suave, e quanto maior o edema, mais leve deve ser a pressão. O paciente não pode sentir dor e a pele não pode apresentar hiperemia em decorrência das manobras, o sentido da manobra depende sempre do sentido do fluxo sanguíneo.

3. METODOLOGIA

A metodologia aplicada para a realização desse trabalho foi de uma revisão baseada em levantamentos bibliográficos com pesquisa em artigos científicos em livros já publicados anteriormente. O objetivo deste trabalho é por meio dessa revisão de literatura verificar o efeito da drenagem linfática manual no pós-operatório imediato da cirurgia de mamoplastia de aumento.

4. ANÁLISES E DISCUSSÕES

Para Meireles (2016), os pacientes que realizam a drenagem nos primeiros dias de pós-operatório, apresentam uma recuperação mais rápida em relação aos outros, com menos desconforto, diminuição do edema e dos casos de fibroses.

Segundo Verner e Souza (2017), através do procedimento de drenagem linfática manual, o profissional tecnólogo em estética consegue ajudar na diminuição de complicações clínicas como edema, hematomas e fibroses, acelerando o processo de recuperação no pós-operatório e controlando demais complicações.

Lange (2012, apud Bogeo 2012), afirma que a técnica pode ser realizada com o paciente ainda internado, assim que terminar a cirurgia, mas as manobras se limitam a bombeamento nas áreas próximas da região operada.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da análise da revisão bibliográfica presente neste trabalho conclui-se que a aplicação da Drenagem Linfática Manual no pós-operatório de cirurgia plástica de mamoplastia de aumento pode trazer grandes benefícios se aplicada de forma correta, contribuindo para o reparo da cicatrização, melhorando a textura e elasticidade da pele, reduzindo e prevenindo aderências, diminuindo os edemas causados pela cirurgia, restabelecendo a corrente circulatória periférica da lesão, agindo de maneira reabilitadora e preventiva para demais complicações.

REFERÊNCIAS

BOGEO, Pamela Thais B. **A Utilização Da Drenagem Linfática No Pós Operatório Imediato De Mamoplastia De Aumento**. Universidade Tuiuti do Paraná, Brasil, 2012.

BRANDÃO, Daniele Silva Martins, et al. **Avaliação Técnica De Drenagem Linfática Manual No Tratamento Do Fibro Edema Gelóide Em Mulheres**. UPE Campus Petrolina, PE – Brasil, 2010.

GUIRRO, Elaine C. O.; GUIRRO, Rinaldo R. J. **Fisioterapia Dermato-Funcional: Fundamentos, Recursos E Patologias**. 3ª Ed. São Paulo: Manole, 2004.

LANGE, A. **Drenagem Linfática Manual no Pós Operatório das Cirurgias Plásticas**. Curitiba, Vitória Gráfica, 2012.

LEDUC, Albert e LEDUC, Oliver. **Drenagem Linfática Teórica E Prática**. 3ª Edição. Barueri, SP. Editora Manole, 2007.

MAIO, M. **Tratado de Medicina Estética**. 2ª Edição. São Paulo, Roca, 2011.

MEIRELES, Dhayse Mayara da Silva. **Drenagem Linfática no Pós-Operatório de Mamoplastia de Aumento**. Universidade Facoph do Centro Oeste Pinele Henriquer, Manaus, 2016.

OLIVEIRA, Tiele Pierobom. **Os benefícios da Drenagem Linfática Manual no Pós-Operatório de Mamoplastia de Aumento**. Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2015.

RIBEIRO, Denise R. **Drenagem Linfática Manual Corporal**. 6ª Ed. São Paulo, Editora Senac, 2004.

TIEZZI, D. G.; VALEJO, F. A.M.; NAI, G. A.; TIEZZI, M. G. **Linfonodo sentinela no câncer de mama acessória: relato de caso** Disponível em *Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. vol. 28, nº1, p. 50-53, Rio de Janeiro, Jan. 2006.

VERNER, Renatha Mara Pereira Machado; SOUZA, Alison. **Drenagem Linfática Manual Pós Mamoplastia de Aumento**. Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2017.