

A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA MINIMIZAÇÃO DO EDEMA NOS CASOS DE PÓS-OPERATÓRIO DE ABDOMINOPLASTIA ASSOCIADA À LIPOASPIRAÇÃO DE FLANCOS.

THE IMPORTANCE OF THE PHYSICAL THERAPY TREATMENT ON THE MINIMIZATION OF THE EDEMAS RELATED TO POST- OPERATIVE OF ABDOMINOPLASTY ASSOCIATED TO LIPOSUCTION IN THE FLANKS.

Revista Fisioterapia Ser – Ano 1 – nr 4 – out/nov/dez 2006

¹Mariana de Moraes Coutinho, ¹Rafaela Barbosa Dantas, ²Fábio dos Santos Borges, ³Inês Cristina da Silva

¹Programa de pós-graduação em Fisioterapia Dermato-Funcional pela Universidade Gama Filho-JP

²Fisioterapeuta do Hospital Central do Exército, mestre em Ciências Pedagógicas; docente da Universidade Estácio de Sá-RJ e Universidade Iguazu-RJ

³Fisioterapeuta do Hospital Naval Marcílio Dias (Marinha do Brasil); docente do curso de pós-graduação em Fisioterapia Dermato-Funcional da Universidade Gama Filho

Endereço para correspondência: Rafaela B. Dantas: Avenida Gov. Argemiro de Figueiredo, 1645, ap.505, Bessa, CEP. 58036-030 João Pessoa-PB; tel. 0xx83-32461463/88490012; email: rafaeldantant@bol.com.br.

RESUMO

O referido artigo trata de enfatizar a importância da Fisioterapia Dermato- funcional nos casos de pós-operatórios de abdominoplastias associadas à lipoaspiração de flancos. Doze pacientes foram avaliadas e submetidas a um programa de atendimento de vinte sessões, sendo a metade (seis) encaminhada para fazerem o tratamento após o sétimo dia de ocorrido a cirurgia e a outra metade (seis) encaminhada após o quadragésimo segundo dia. Com o uso de uma fita métrica foi observada a evolução da diminuição do perímetro da região abdominal das pacientes operadas a 30cm e a 40cm distantes da incisura jugular. Nas pacientes atendidas precocemente, notou-se uma diferença média de 6,58cm e 6,83cm na redução das medidas e, as atendidas tardiamente apresentaram redução de 1,83 e 1,75cm da região abdominal analisada. Portanto, se fez evidente que os recursos fisioterapêuticos foram imprescindíveis na minimização do edema conseqüente ao ato cirúrgico e mesmo nos casos encaminhados mais tardiamente foram observadas melhoras.

Palavras-chave: Fisioterapia, abdominoplastia, edema.

ABSTRACT

The aim of this text is to emphasize the importance of the Dermato- functional physical therapy related to post-operative abdominal surgery associated to liposuction in the flanks. Twelve patients were evaluated and submitted to a program of assistance of twenty sessions. It has been evaluated half (six) of this patients that were guided to make a treatment on the 7^o day after the surgery and the other half (six) was guided to make this same treatment after the 42^o day of the surgery. With the use of a tape measure it was observed a diminution of the perimeter on the

abdominal region of the surgical patients on the 30cm and 40cm distance of the jugular incision. At the first group, it was observed the average was 6,58 to 6,83 cm in the reduction of the measures as in the second group presented reduction between 1,83 and 1,75 cm of the abdominal region analyzed. Therefore, it was evident that the physical therapy used method was indispensable on to the minimization of the edemas caused by the surgical act and even in the cases guided lately it was observed improvements.

Key words: Physical therapy, abdominoplasty, edema.

INTRODUÇÃO

Na atualidade, existe uma constante busca por um corpo perfeito. As cirurgias plásticas podem propiciar esta transformação, levando as pessoas que se submetem a tal procedimento a melhorarem sua auto-estima e bem-estar. É verdade que possam existir as intercorrências, porém quando realizados cuidados como os pré-operatórios (exames laboratoriais, risco cirúrgico, dentre outros) e também os pós-operatórios (obedecer às indicações e aos cuidados recomendados pelos cirurgiões), diminuem as possibilidades de complicações e/ou resultados inestéticos^{1,2}.

Uma das intervenções cirúrgicas comumente realizadas é a abdominoplastia, apesar de proporcionar uma seqüela cicatricial extremamente agressiva e antiestética. A abdominoplastia consiste na retirada de tecido subcutâneo excedente na região do abdome, através de uma incisão supra-púbica com transposição do umbigo e com plicatura dos músculos reto-abdominais. Esta por sua vez, vem sendo associada a uma lipoaspiração, com a intenção de proporcionar retirada de excesso de gordura através de finas cânulas, possibilitando uma redefinição global do tronco^{2,3}.

A abdominoplastia é indicada para indivíduos que apresentam gordura localizada abdominal, flacidez decorrente de emagrecimento ou gravidez, flacidez aponeurótica, diástase abdominal, abaulamentos e hérnias^{3,4}.

Dentre as complicações pós-cirúrgicas locais mais comuns temos: hematomas, seromas, infecções na cicatriz cirúrgica, deiscência, necrose cutâneo-gordurosa, alterações cicatriciais, assimetrias, retrações, desvios laterais do umbigo, elevação dos pelos pubianos, irregularidades da parede abdominal, etc⁴.

A Fisioterapia dermato-funcional tem sido amplamente recomendada pelos cirurgiões plásticos como forma de procedimento de tratamento para as cirurgias plásticas, especialmente nos casos de abdominoplastias associadas à lipoaspiração. O tratamento fisioterapêutico no pós-cirúrgico possibilita: melhora significativa na textura da pele, ausência de nodulações fibróticas no tecido subcutâneo, redução do edema, minimização de possíveis aderências teciduais, bem como maior rapidez na recuperação das áreas com hipoestésias, ou seja, não só possibilita uma redução das prováveis complicações, como também retorna o paciente mais rapidamente ao exercício das suas atividades de vida diária^{4,5}.

Dentre os recursos indicados para possibilitar a melhora na recuperação do ato cirúrgico temos a crioterapia, cuja utilização promove resfriamento do local aplicado, ocasionando vasoconstrição, minimizando o extravasamento sanguíneo e reduzindo a dor. A endermoterapia é também utilizada, pois desagrega as fibras promovendo com isso um tecido mais uniforme^{4,5}.

O ultra-som terapêutico, na frequência de 3MHz, é bastante usado na fase inflamatória para reabsorção de hematomas, diminuindo as chances de formações fibróticas e ainda melhoram a nutrição celular, reduzindo o edema e a dor, conseqüências da melhora na circulação sanguínea e linfática. A drenagem linfática manual atua no deslocamento de proteínas extravasadas para serem reabsorvidas, equilibrando as pressões hidrostáticas e tissulares, diminuindo o edema e pode ser iniciada após 48 horas de ocorrido a cirurgia^{6,7,8}.

A massagem clássica também é um tipo de massagem que pode ser usada no sentido de mobilizar estruturas variadas, bem como para aliviar a dor e diminuir o edema, uma vez que ela

produz um aumento do fluxo sanguíneo, melhorando a nutrição celular e conseqüentemente proporcionando benefícios ao organismo, podendo ser realizada depois do trigésimo dia de pós-cirúrgico⁹.

Devido a Fisioterapia dermato-funcional vir desempenhando notável papel no tratamento pós-cirúrgico deste tipo de afecção, despertou-se o interesse em pesquisar as peculiaridades de sua atuação. O referido trabalho vem então, enfatizar a importância da Fisioterapia no contexto dos tratamentos pós-operatórios das cirurgias plásticas de abdome na minimização do edema pós-cirúrgico.

METODOLOGIA

O presente trabalho constitui uma pesquisa descritiva realizada a partir da observação, do registro, da análise e da correlação dos objetos da pesquisa.

Doze pacientes submetidas à cirurgia plástica de abdominoplastia associada à lipoaspiração de flancos foram avaliadas e acompanhadas durante vinte sessões de atendimento fisioterapêutico cada uma delas, tendo seus dados registrados pelos autores. Portanto a amostragem foi colhida das fichas de avaliação utilizadas pelos autores, em consultório. Cada sessão tinha duração de uma hora e vinte minutos e por semana eram realizadas três sessões compostas dos seguintes recursos terapêuticos: Drenagem linfática manual, crioterapia, ultra-som, endermologia e massagem clássica manual.

As pacientes foram divididas em dois grupos eqüitativos denominados 1 e 2. As seis pacientes do grupo 1 foram encaminhadas para fazerem o tratamento pós-operatório precocemente, entre o sétimo e o nono dia de ocorrido a cirurgia, já as outras pacientes do grupo 2 foram encaminhadas mais tardiamente, entre o quadragésimo segundo e o sexagésimo nono dia.

As fichas de avaliação apresentavam a identificação da paciente abrangendo o nome, a data em que ocorreu a avaliação, endereço, telefone, data de nascimento, idade, estado civil, nº. de filhos e profissão. Na anamnese destacamos a queixa principal, nome do médico, medicamentos em uso e enfermidades anteriores, altura e peso. Ao exame físico, através da inspeção, observamos o tipo de cirurgia, localização e aspecto da cicatriz, possíveis complicações e medidas.

Essas medidas foram verificadas com o auxílio de fita métrica, onde se observava a perimetria da região abdominal das pacientes. Adotamos como ponto de referência a incisura jugular, daí com uma caneta dermatográfica se traçavam dois pontos, a trinta e a quarenta centímetros distantes da incisura. A análise das medidas foi feita no momento da avaliação e quando se completaram vinte sessões. A verificação dessas foi feita com o intuito de demonstrar a redução das medidas conseqüente à minimização mais rápida do edema.

Intencionamos registrar a evolução por meio de fotografias, porém das pacientes pesquisadas sete rejeitaram o recurso.

Objetivos do Tratamento:

Como objetivos para o tratamento fisioterapêutico foram traçados os seguintes:

- Alívio da dor e do edema;
- Melhora da circulação veno-linfática;
- Prevenção de possíveis complicações (seromas, fibroses, aderências, etc);
- Favorecimento da reestruturação tecidual e aceleração do processo de cicatrização;
- Promover recomendações com a intenção de ajudar no tratamento e favorecer uma recuperação mais rápida.

Programa de Tratamento:

A) 7º dia do pós-operatório (DPO)

- Crioterapia nas áreas dos flancos que apresentavam equimoses, por 20 min;
- Ultra-som 3MHz; 0,5 W/cm² por 10 min. na cicatriz cirúrgica (fechada); o cabeçote foi limpo com álcool a 70% antes da aplicação.
- Drenagem linfática manual no abdome, costas e membros inferiores, feita nos decúbitos dorsal e lateral por 50 min (preservação da postura cirúrgica).

B) 30º dia do pós-operatório (DPO) em diante

- Ultra-som 3MHz; 0,5w/cm² por 10 min. na cicatriz cirúrgica;
- Vacuoterapia: depressomassagem pulsátil com pulso de 25 realizada 05 minutos em cada flanco e depressomassagem contínua com a pressão suportável pela paciente (entre 100 e 200 mmHg) por 05 minutos em cada flanco. A primeira realizada para a desfibrosagem e a segunda realizada para favorecer o remodelamento corporal.
- Massagem clássica por 10 min nos flancos e abdome;
- Drenagem manual linfática no abdome, costas e membros inferiores por 40 min nos decúbitos dorsal e ventral.

C) Recomendações

- Hidratar a pele com óleo de amêndoas doces e fazer uma ingestão de oito copos de água/dia;
- Fazer uso da cinta compressiva por 60 dias;
- Não se expor ao sol;
- Não utilizar vestimentas apertadas;
- Não tomar banhos quentes;
- Evitar atividades que necessitam esforço físico.

RESULTADOS**TABELA 1** - Grupo de pacientes que realizaram a cirurgia entre o 7º e o 9º DPO (GRUPO 1)

PACIENTES	MEDIDAS DA CIRCUNFERÊNCIA DO ABDOME À	NA 1ª SESSÃO	NA 20ª SESSÃO	REDUÇÃO DA CIRCUNFERÊNCIA DO ABDOME
PACIENTE 1	30 cm	65,0 cm	61,0 cm	4,0 cm
	40 cm	76,5 cm	72,0 cm	4,5 cm
PACIENTE 2	30 cm	76,0 cm	67,0 cm	9,0 cm
	40 cm	88,0 cm	76,0 cm	12,0 cm

PACIENTE 3	30 cm	72,5 cm	64,0 cm	8,5 cm
	40 cm	82,0 cm	75,0 cm	7,0 cm
PACIENTE 4	30 cm	66,0 cm	62,0 cm	4,0 cm
	40 cm	82,0 cm	77,0 cm	5,0 cm
PACIENTE 5	30 cm	72,0 cm	66,0 cm	6,0 cm
	40 cm	78,0 cm	74,0 cm	4,0 cm
PACIENTE 6	30 cm	74,0 cm	66,0 cm	8,0 cm
	40 cm	86,5 cm	78,0 cm	8,5 cm

TABELA 2 - Média da redução do perímetro abdominal entre a 1ª e 20ª sessão a trinta centímetros distante da incisura jugular (GRUPO 1)

PACIENTES	REDUÇÃO MÉDIA DO PERÍMETRO ABDOMINAL
PACIENTE 1	4,0 cm
PACIENTE 2	9,0 cm
PACIENTE 3	8,5 cm
PACIENTE 4	4,0 cm
PACIENTE 5	6,0 cm
PACIENTE 6	8,0 cm
MÉDIA	6,58 cm

TABELA 3 - Média da redução do perímetro abdominal entre a 1ª e a 20ª sessão a quarenta centímetros distante da incisura jugular (GRUPO 1)

PACIENTES	REDUÇÃO MÉDIA DO PERÍMETRO ABDOMINAL
PACIENTE 1	4,5 cm
PACIENTE 2	12,0 cm
PACIENTE 3	7,0 cm
PACIENTE 4	5,0 cm
PACIENTE 5	4,0 cm
PACIENTE 6	8,5 cm
MÉDIA	6,83 cm

TABELA 4 - Grupo de pacientes que realizaram o tratamento entre o 42º e o 69º DPO (GRUPO 2)

PACIENTES	MEDIDAS DA CIRCUNFERÊNCIA DO ABDOME À	NA 1ª SESSÃO	NA 20ª SESSÃO	REDUÇÃO DA CIRCUNFERÊNCIA DO ABDOME
PACIENTE 7	30 cm	67,0 cm	65,0 cm	2,0 cm
	40 cm	80,0 cm	78,0 cm	2,0 cm
PACIENTE 8	30 cm	76,0 cm	74,5 cm	1,5 cm
	40 cm	88,0 cm	87,0 cm	1,0 cm
PACIENTE 9	30 cm	86,0 cm	85,0 cm	1,0 cm
	40 cm	92,0 cm	90,5 cm	1,5 cm
PACIENTE 10	30 cm	74,0 cm	71,5 cm	2,5 cm
	40 cm	83,0 cm	81,0 cm	2,0 cm
PACIENTE 11	30 cm	65,0 cm	62,0 cm	3,0 cm
	40 cm	78,0 cm	75,0 cm	3,0 cm
PACIENTE 12	30 cm	68,0 cm	67,0 cm	1,0 cm
	40 cm	74,0 cm	73,0 cm	1,0 cm

TABELA 5 - Média da redução do perímetro abdominal entre a 1ª e a 20ª sessão a trinta centímetros distante da incisura jugular (GRUPO 2)

PACIENTES	REDUÇÃO MÉDIA DO PERÍMETRO ABDOMINAL
PACIENTE 7	2,0 cm
PACIENTE 8	1,5 cm
PACIENTE 9	1,0 cm
PACIENTE 10	2,5 cm
PACIENTE 11	3,0 cm
PACIENTE 12	1,0 cm
MÉDIA	1,83 cm

TABELA 6 - Média da redução do perímetro abdominal entre a 1ª e a 20ª sessão a quarenta centímetros distante da incisura jugular (GRUPO 2)

PACIENTES	REDUÇÃO MÉDIA DO PERÍMETRO ABDOMINAL
PACIENTE 7	2,0 cm
PACIENTE 8	1,0 cm
PACIENTE 9	1,5 cm
PACIENTE 10	2,0 cm
PACIENTE 11	3,0 cm
PACIENTE 12	1,0 cm
MÉDIA	1,75 cm

DISCUSSÃO

As mulheres submetidas à cirurgia plástica de abdominoplastia associada à lipoaspiração de flancos constituem um grupo sujeito a desenvolverem complicações pós-operatórias, o que pode contribuir para resultados cirúrgicos não satisfatórios^{10, 11, 12}.

Segundo estudo realizado, na região do ABC de São Paulo, com 28 médicos cirurgiões plásticos foi referido o encaminhamento pós-cirúrgico por parte de 10,7% dos entrevistados entre o 1º e o 2º dia de pós-operatório; 21,6% deles entre o 3º e 5º DPO; 3,5% recomendavam o início do tratamento por volta do 25º e 30º DPO, ou seja, na fase tardia e 64,2% da amostra afirmou encaminhar seus pacientes entre o 6º e 15º DPO¹³.

Para os autores que realizaram a pesquisa supracitada, o período de pós-operatório interfere diretamente na efetividade das condutas fisioterapêuticas para a recuperação dos pacientes submetidos a cirurgias plásticas, uma vez que estes estão propensos a complicações. Portanto, o encaminhamento mais tardio pode privar o paciente de obter uma recuperação mais saudável, mais curta, com menos sofrimento, além de muitas vezes comprometer o resultado final da cirurgia.

A técnica de drenagem linfática manual vem sendo defendida para ser iniciada logo no primeiro dia pós-operatório com a utilização de manobras de evacuação e captação nas redes ganglionares e vias linfáticas, mas somente realizadas nas áreas distantes da zona edematosa como forma de estimular as anastomoses linfáticas⁸.

Na pesquisa feita com os 28 cirurgiões plásticos no ABC paulista, destes um total de 27 (96,4%) apontaram a drenagem manual linfática como sendo o tratamento mais importante a ser realizado numa reabilitação pós-cirurgia, pois eles a consideram como uma técnica efetiva e capaz de encurtar o tempo de pós-operatório, sendo, portanto uma técnica bastante conhecida por esses profissionais¹³.

A Fisioterapia Dermato-funcional vem sendo para tanto imprescindível no segmento da atenção ao paciente submetido à cirurgia plástica, em virtude não somente da técnica de drenagem linfática manual, como também de sua gama de recursos terapêuticos, como: o ultra-som, crioterapia, endermologia, dentre outros recursos; os quais visam preparar os tecidos para o procedimento cirúrgico, como também aceleram a recuperação pós-operatória, prevenindo e controlando algumas complicações comuns^{5,13}.

CONCLUSÃO

Concluimos diante do exposto, que se faz importante à realização da Fisioterapia Dermato-Funcional nos casos de pós-operatórios de abdominoplastias associadas à lipoaspiração de flancos, por constituir uma terapia potencializadora para a redução não só do edema pós-cirúrgico, como também reduz as chances de complicações.

A redução do edema foi evidenciada pela diminuição do perímetro da região abdominal das pacientes analisadas. Ainda que encaminhadas tardiamente, as pacientes do Grupo 2 responderam também com redução de suas medidas, demonstrando que as técnicas utilizadas surtiram efeitos mesmo nestes casos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Amaral, AB et al. Complicações em abdominoplastias. In: Mélega, JM. Cirurgia plástica fundamentos e artes: cirurgia estética. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 695-705.
- 2- Bozola, R; Bozola, AC. Abdominoplastias. In: Mélega, JM. Cirurgia plástica fundamentos e artes: cirurgia estética. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 609-623.
- 3- Golcman, R; Golcman, B. Abdominoplastias com cicatrizes reduzidas. In: Mélega, JM. Cirurgia plástica fundamentos e artes: cirurgia estética. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 625-628.
- 4- Guirro, E; Guirro, R. Fisioterapia Dermato-Funcional: fundamentos, recursos e patologias. 3. ed. São Paulo: Manole, 2002. p.437-447.
- 5- Silva, DB. A fisioterapia dermatofuncional como potencializadora no pré e pós-operatório de cirurgia plástica. *Fisio&Terapia*. 2001;5(28);13-15.
- 6- Leduc, A; Leduc, O. Drenagem linfática: teoria e prática. 2. ed. São Paulo: Manole, 2000. p. 33-62.
- 7- Young, S. Terapia por ultra-som. In: Kitchen, S; Bazin, S. Eletroterapia de Clayton. 10. ed. São Paulo: Manole, 1998. p. 235-258.
- 8- Camargo, MC.; Marx, AG. Reabilitação física no câncer de mama. São Paulo: Roca, 2000. p. 89-112.
- 9- Wood, EC.; Domenico, G. Técnicas de massagem de Beard. 4 ed. São Paulo: Manole,1998. p. 75-106.
- 10- Pontes, GH. Abdominoplastia em bloco e lipoaspiração. In: Pontes, R. Abdominoplastia: ressecção em bloco e sua aplicação em lifting de coxa e torsoplastia. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. p. 119-138.
- 11- Baroudi, R. Complicações, profilaxia e tratamento. In: Pontes, R. Abdominoplastia: ressecção em bloco e sua aplicação em lifting de coxa e torsoplastia. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. p. 141-152.
- 12-Saldanha, OR.; Pinto, E. Lipoabdominoplastia: Técnica Saldanha. *Rev. Soc. Bras. Cir. Plást.* São Paulo,v.18, n.1,jan./abr.2003. p.37-46
- 13- Tacani, RE.; Alegrance, FC. Investigação do encaminhamento médico a tratamentos fisioterapêuticos de pacientes submetidos à lipoaspiração *Rev. O mundo da saúde.* São Paulo. 29, v.29, n.2, abr./jun.2005. p.192-198.