

Prevalência das complicações pós-operatórias decorrentes da mastectomia radical modificada com linfadenectomia axilar

Prevalence of postoperative complications resulting from the modified radical mastectomy with axillary lymphadenectomy

Mariana Carlos de Góis¹, Karynne Maria Oliveira da Trindade¹, Ricardo Ney Oliveira Cobucci², Maria Thereza Albuquerque Barbosa Cabral Micussi³, Myrza Maria Paiva Revoredo⁴

Descritores

Neoplasias da mama
Complicações pós-operatórias
Prevalência

RESUMO

Objetivo: Verificar as complicações mais prevalentes em pacientes submetidas à mastectomia radical modificada com linfadenectomia axilar no período pós-operatório imediato até o 30º dia pós-cirurgia. **Método:** Estudo de corte transversal com 18 mulheres submetidas à mastectomia radical modificada com linfadenectomia axilar. As avaliações ocorreram do pós-operatório imediato até o 30º dia após a mastectomia. Os critérios de avaliação usados foram, principalmente, a presença dos sintomas subjetivos de edema e dor, a amplitude de movimento (ADM) dos ombros direito e esquerdo e a presença de complicações transoperatórias e imediatas. **Resultados:** A idade das participantes da pesquisa variou de 38 a 81 anos (60,7±12,6). Com relação às complicações pós-mastectomia, observou-se que os achados mais frequentes foram os sintomas subjetivos de edema (50%), os sintomas relacionados a alterações do nervo intercostobraquial (44,4%) e a limitação na ADM do ombro (50%). **Conclusões:** Faz-se necessário que as alterações identificadas sejam conhecidas por profissionais da saúde, pois, assim, buscar-se-á prevenir ou minimizar possíveis complicações físico-funcionais que venham a dificultar a recuperação das mulheres no pós-operatório de câncer de mama.

Keywords

Breast neoplasms
Postoperative complications
Prevalence

ABSTRACT

Objective: To determine the most prevalent complications in patients undergoing modified radical mastectomy with axillary dissection in the immediate postoperative period until the 30th day after surgery. **Methods:** Cross-sectional study with 18 women who underwent modified radical mastectomy with axillary dissection. Assessments were made of the immediate postoperative period until the 30th day after the mastectomy. The evaluation criteria used were mainly the presence of subjective symptoms of edema and pain, range of motion (ROM) of the right and left shoulders and the presence of trans-operative and immediate post-operative complications. **Results:** The age of the study participants ranged from 38 to 81 years (60.7±12.6). With regard to complications post-mastectomy, it was observed that the most frequent findings were subjective symptoms of edema (50%), symptoms

Trabalho realizado no Hospital Luís Antônio da Liga Norterio-grandense contra o câncer – Natal (RN), Brasil.

¹Graduandas do curso de Medicina da Universidade Potiguar (UnP) – Natal (RN), Brasil.

²Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Professor de Ginecologia e Obstetria da UnP – Natal (RN), Brasil.

³Mestre em Ciências da Saúde pela UFRN; Professora do Departamento de Fisioterapia da UFRN – Natal (RN), Brasil.

⁴Fisioterapeuta do Hospital Luís Antônio da Liga Norterio-grandense contra o câncer – Natal (RN), Brasil.

Endereço para correspondência: Mariana Carlos de Góis – Avenida Salgado Filho, 3000 – Campus Universitário – CEP 59078-970 – Natal (RN), Brasil – E-mail: marianacarlos_111@hotmail.com

Recebido em: 09/08/2012. Aceito em: 15/08/2012

related to changes in the intercostal nerve (44.4%) and limitation in ROM of the shoulder (50%).

Conclusions: *It is necessary that the complications identified are known to health professionals. Then, it will seek to prevent or minimize possible physical and functional complications that may hinder the recovery of women after surgery for breast cancer.*

Introdução

O câncer de mama é derivado da multiplicação desordenada e em alta velocidade de células mamárias, em uma determinada região da mama, dando origem ao aparecimento de neoplasias malignas, as quais podem atingir tecidos circunjacentes e desencadear metástases¹. As neoplasias epiteliais da mama são a causa mais comum de câncer em mulheres (excluindo o câncer de pele), sendo responsáveis por cerca de 33% de todos os cânceres em mulheres². Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimam-se, para o ano de 2012, 52.680 novos casos de carcinoma mamário³.

De acordo com o Documento de Consenso para o Controle do Câncer de Mama, a indicação de diferentes tipos de cirurgia depende do estadiamento clínico e do tipo histológico, sendo uma delas do tipo não conservadora (mastectomia)⁴. A mastectomia radical clássica, descrita por Halsted⁵, permaneceu como tratamento de escolha por aproximadamente 60 anos, sendo que as técnicas com preservação do músculo peitoral maior ou de ambos os peitorais, descritas por Patey e Dyson⁶ e por Madden⁷, respectivamente, passaram a ser conhecidas como mastectomia radical modificada.

A eleição de tais procedimentos cirúrgicos tem levado ao desenvolvimento de várias complicações pós-operatórias. Dentre elas, as principais são: seroma, deiscência e fibrose cicatricial, sintomas intercostobraquiais como a parestesia, dor, amplitude incompleta de movimento, alteração postural, alterações respiratórias, escápula alada, trombose linfática superficial, hipotrofia e fibrose do músculo peitoral maior, estiramento do plexo braquial e edema na mama residual⁸.

Diante disso, essa pesquisa teve como objetivo verificar as complicações mais prevalentes em pacientes submetidas à mastectomia radical modificada com linfadenectomia axilar no período pós-operatório imediato até o 30º dia pós-cirurgia.

Métodos

Foi feito um estudo de corte transversal, realizado entre setembro de 2010 a março de 2011, no Hospital Dr. Luiz Antônio, Unidade da Liga Norterio-grandense Contra o Câncer, Natal (RN), Brasil, com amostra constituída de 18 mulheres submetidas à mastectomia radical modificada com linfadenectomia axilar.

A pesquisa foi desenvolvida após análise e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital, sob parecer nº 067/2010.

Foram incluídas mulheres com diagnóstico de carcinoma mamário (ductais e lobulares) infiltrantes ou *in situ*, submetidas à cirurgia citada. Foram excluídas as pacientes que apresentaram disfunções orto-reumatológicas na articulação do ombro, diagnosticadas previamente à cirurgia, os casos de mastectomia bilateral, tratamentos neoadjuvantes e reconstrução mamária imediata (expansor, silicone, retalho miocutâneo do grande dorsal e abdominal).

As avaliações ocorreram do pós-operatório imediato até o 30º dia após a mastectomia e foram realizadas através da utilização das fichas pré-operatória, pós-operatória imediata e pós-operatória tardia, publicadas na Revista Brasileira de Cancerologia, adotadas pelo INCA. Os critérios de avaliação usados foram o histórico pessoal patológico, o lado dominante, a queixa principal, a presença dos sintomas subjetivos de edema e dor, a amplitude de movimento (ADM) dos ombros direito e esquerdo através dos movimentos de flexão, abdução e rotação externa, o local da realização da cirurgia e o tipo de cirurgia. A presença ou ausência de complicações transoperatórias e imediatas também foram avaliadas, além da avaliação do retorno às atividades de vida diária (AVD) através das atividades domésticas, físicas e profissionais, bem como a realização de atividades como vestir-se sozinha, abotoar o sutiã por trás e colocar a mão na cabeça.

Os resultados foram analisados através do programa para análise estatística PSPP 0.7.8.

Resultados

Durante o período de setembro de 2010 a março de 2011, foram avaliadas 18 mulheres, das quais 17 realizaram cirurgia de mastectomia radical modificada (MRM) a Madden⁷ e uma realizou mastectomia radical modificada a Halsted⁵, ambas com linfadenectomia axilar.

A idade das participantes da pesquisa variou de 38 a 81 anos (60,7±12,6). Quanto à escolaridade, 61,1% têm o ensino fundamental incompleto, 11,1% ensino fundamental completo, 22,2% são analfabetas e 5,5% concluíram o Ensino de Jovens e Adultos (EJA). Com relação ao estado civil, 33,3% são casadas, 55,5% são solteiras e 11,1% viúvas (Tabela 1).

A respeito das complicações pós-mastectomia foram verificados que 5,5% apresentaram fadiga, 50% manifestaram tosse, 27,7% relataram sentir dor, 50% tiveram sintomas subjetivos de edema, 44,4% tiveram sintomas relacionados a alterações do nervo intercostobraquial, 11,1% apresentaram deiscência, 16,7% tiveram seroma e 50% apresentaram limitação na amplitude de movimento do ombro ipsilateral à cirurgia (Tabela 2).

Discussão

O presente estudo avaliou as complicações pós-operatórias decorrentes da MRM com linfadenectomia axilar, no período do pós-operatório imediato até o 30º dia pós-cirurgia. Dentre as alterações mais comumente encontradas na literatura estão estimativas de dor ou déficit sensorial variando de 9 a 68%, linfedema de 2 a 17%, e redução na amplitude de movimento de 3,8 a 73%. Além desses déficits físicos, a influência dessas morbidades no bem-estar psicossocial também tem sido documentada com muita frequência, com evidências empíricas mostrando que as mulheres que possuem tais morbidades no braço em comparação com aquelas que não a têm, relatam significativamente índices mais baixos na qualidade de vida e mais altos estresses psicológicos⁹.

Tabela 1. Perfil das pacientes submetidas à mastectomia radical modificada com linfadenectomia axilar, Natal (RN), 2011

Dados	Pacientes submetidas à MRM
Média etária	60,7±12,6
Escolaridade (%)	
Ensino fundamental incompleto	61,1
Ensino fundamental completo	11,1
Analfabeta	22,2
Ensino de jovens e adultos (EJA)	5,5
Estado civil (%)	
Casadas	33,3
Solteiras	55,5
Viúvas	11,1

MRM: mastectomia radical modificada

Tabela 2. Prevalência de complicações pós-mastectomia, Natal (RN), 2011

Complicações	Prevalência (%)
Dor	27,7
Sintomas subjetivos de edema	50,0
Alterações no nervo intercostobraquial	44,4
Deiscência da ferida cirúrgica	11,1
Seroma	16,7
ADM incompleta do ombro	50,0

ADM: amplitude de movimento

Em um estudo de coorte com 223 pacientes que realizaram cirurgia de câncer de mama com dissecação axilar, foi encontrado uma incidência de morbidades do braço nos 3 meses seguintes à cirurgia, sendo que as principais foram linfedema em 25% das mulheres, dor em 56% das mulheres, dormência em 62%, fraqueza em 26%, limitação de movimento do ombro em 33% e interferência nas AVD em 42%, todos esses fatores influenciando negativamente na qualidade de vida dessas mulheres¹⁰. A complicação mais prevalente em nosso estudo foi a limitação da amplitude de movimento do ombro (50%).

Panobianco e Mamede¹¹, em um estudo descritivo, prospectivo e de abordagem quantitativa realizado com 17 mulheres submetidas à cirurgia unilateral por câncer de mama, encontraram prevalência de 64,7% para limitação de amplitude de movimento de braço e ombro. As características do procedimento cirúrgico podem trazer complicações funcionais para a articulação do ombro ipsilateral à mama e para o braço que receberam o tratamento. Quanto mais extensa for a cirurgia, maiores serão as chances de morbidades¹².

Alterações sensitivas por lesão do nervo intercostobraquial (NICB) foram encontradas entre 44% das mulheres que realizaram a linfadenectomia axilar (LA). Pesquisadores brasileiros relataram que o motivo do elevado percentual de lesão do NICB é justificado pelo fato de a proposta de preservação do NICB durante a cirurgia ser recente e concordam que a maior parte dos cirurgiões secciona o nervo por dificuldades técnicas e por desconhecer os benefícios da sua preservação^{13,14}.

Com relação ao edema de braço, 50% das pacientes do nosso estudo relataram sentir algum sintoma subjetivo de edema como sensação de peso no braço, dificuldades de movimentar a mão e/ou sensação de braço inchado. Rezende et al.¹⁵, em um estudo realizado com 50 mulheres que fizeram cirurgia por câncer de mama há pelo menos 1 ano, observaram que 32% das pacientes queixaram-se de edema do braço.

Outra complicação frequente, e de grande importância clínica, é o relato subjetivo da presença de dor decorrente do tratamento cirúrgico. Na nossa pesquisa, observou-se que 27,7% das pacientes queixaram-se de dor eventual, contínua e/ou aos movimentos. Segundo Silva et al.¹⁶, a dor pode estar associada a fatores psicológicos, de posicionamento e tempo cirúrgico, além da própria percepção de dor e sensibilidade da paciente, tornando-se menos relevante ao longo do seguimento destas. Além disso, pode ser adicionado a esse sintoma o medo da maioria das mulheres de não voltarem às suas AVD. A maior frequência de dor não está relacionada ao tipo de procedimento cirúrgico, mas sim à abordagem sobre a axila onde o nervo intercostobraquial, por sua proximidade, pode ser lesado^{14,17}.

Apesar da eficiência da abordagem cirúrgica para o tratamento do câncer de mama, várias complicações têm sido relatadas decorrentes desses procedimentos¹⁸. De acordo com

Lucci et al.¹⁹, após realização de um estudo multicêntrico composto por 821 pacientes que comparou as complicações associadas a pacientes que se submeteram à biópsia do linfonodo sentinela mais linfadenectomia axilar contra pacientes que realizaram apenas a biópsia do linfonodo sentinela, verificou-se que os efeitos adversos da cirurgia foram relatados em 70% das mulheres após a dissecação axilar em comparação com 25% das pacientes que se submeteram apenas à biópsia do linfonodo sentinela. Dentre os efeitos adversos cirúrgicos citados neste estudo, destacam-se a infecção da ferida operatória, o seroma e as parestesias, complicações que também foram prevalentes nas pacientes do nosso estudo e entre 426 pacientes mastectomizadas na Universidade Federal de Goiás¹⁸.

A tendência atual da abordagem terapêutica é oferecer a mínima intervenção que garanta o controle da doença, tomando o cuidado de sempre limitar as morbidades. A opção pela biópsia de linfonodo sentinela (BLS) se baseia na redução da morbidade, sem, no entanto, representar maior mortalidade se comparada ao esvaziamento axilar²⁰.

Com a evolução das técnicas cirúrgicas e a crescente incidência de neoplasia maligna da mama em mulheres do país, se fez necessário verificar as alterações pós-operatórias decorrentes dos procedimentos atuais. É mister que as alterações identificadas pós-cirurgia de mama com linfadenectomia axilar sejam conhecidas e identificadas por profissionais da saúde, pois, assim, buscar-se-á prevenir ou minimizar possíveis complicações físico-funcionais que venham a dificultar a recuperação das mulheres no pós-operatório de câncer de mama.

Referências

- Gomes R. Manual de oncologia básica. Campinas: Revinter; 1987.
- Bennet JE. In: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Martin WJB, Kasper DL, Hauser SL. Harrison Medicina Interna. 17a ed. Rio de Janeiro: McGraw – Hill Interamericana do Brasil; 1998. p. 1238-9.
- Instituto Nacional do Câncer. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer [online]. 2012 [cited 2012 May]. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5>
- Costa CRA, Gomes FMP, Silva RM. Controle do câncer de mama: documento de consenso. Rev Bras Cancerol. 2004;50(2):1-39.
- Halsted WS. The results of operations for the cure of cancer of the breast performed at the Johns Hopkins Hospital from June 1889 to January 1894. Ann Surg. 1894;20:496-506.
- Patey DH, Dyson WH. The prognosis of carcinoma of the breast in relation to the type of operation performed. Br J Cancer. 1948;2(1):7-13.
- Madden JL. Modified radical mastectomy. Surg Gynecol Obstet. 1965;121(6):1221-30.
- Bergmann A, Ribeiro MJP, Pedrosa E, Nogueira EA, Oliveira ACG. Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital do Câncer III/ INCA. Rev Bras Cancerol. 2006;52(1):97-109.
- Hack TF, Kwan WB, Thomas-Maclean RL, Towers A, Miedema B, et al. Predictors of arm morbidity following breast cancer surgery. Psycho-oncol. 2010;19(11):1205-12.
- Maunsell E, Brisson J, Deschenes L. Arm problems and psychological distress after surgery for breast cancer. Can J Surg. 1993;36(4):315-20.
- Panobianco MS, Mamede MV. Complicações e intercorrências associadas ao edema do braço nos três primeiros meses pós mastectomia. Rev Latino-am Enferm. 2002;10(4):544-51.
- Velloso FSB, Barra AA, Dias RC. Morbidade de membros superiores e qualidade de vida após a biópsia de linfonodo sentinela para o tratamento do câncer de mama. Rev Bras Cancerol. 2009;55(1):75-85.
- Nogueira EA, Bergmann A, Paixão E, Thuler LCS. Alterações sensitivas, tratamento cirúrgico do câncer de mama e nervo intercostobraquial: revisão da literatura. Rev Bras Cancerol. 2010;56(1):85-91.
- Pimentel MD, Santos LC, Gobbi H. Avaliação clínica da dor e sensibilidade cutânea de pacientes submetidas à dissecação axilar com preservação do nervo intercostobraquial para tratamento cirúrgico do câncer de mama. Rev Bras Ginecol Obstet. 2007;29(6):291-6.
- Rezende LF, Brandino HE, Ciaco EF. Avaliação da eficácia das medidas preventivas do linfedema secundário ao tratamento cirúrgico do câncer de mama. Rev Bras Mastologia. 2008;18(4):140-4.
- Silva MPP, Simioni FC, Oliveira RR, Piassarolli VP, Colucci LV, Lange LD. Comparação das morbidades pós-operatórias em mulheres submetidas à linfadenectomia axilar e biópsia do linfonodo sentinela por câncer de mama – revisão de literatura. Rev Bras Cancerol. 2008;54(2):185-92.
- Miguel R, Kuhn AM, Shons AR, Dyches P, Ebert MD, Peltz ES, et al. The effect of sentinel node selective axillary lymphadenectomy on the incidence of postmastectomy pain syndrome. Cancer Control. 2001;8(5):427-30.
- Freitas-Junior R, Oliveira ELC, Pereira RJ, Silva MAC, Esperidião MD, Zampranha RAC, et al. Mastectomia radical modificada com conservação de um ou de ambos músculos peitorais no tratamento do câncer de mama: complicações intra e pós-operatórias. São Paulo Med J. 2006;124(3):130-4.
- Lucci A, McCall LM, Beitsch PD, Whitworth PW, Reintgen DS, Blumencranz PW, et al. Surgical complications associated with sentinel lymph node dissection (SLND) plus axillary lymph node dissection compared with SLND alone in the American College of Surgeons Oncology Group Trial Z0011. J Clin Oncol. 2007;25(24):3657-63.
- Veronesi U, Zurrada S. Breast conservation: current status and future perspectives at the European Institute of Oncology. Int J Cancer. 2007;120(7):1381-6.