

Revisão

Liberação miofascial em pacientes com mastectomia

Myofascial release in mastectomy patients

Angélica Trevisan De Nardi*, Daniel Dalla Nora*, Gustavo do Nascimento Petter*, Tarciso Silva Dos Santos*,
Melissa Medeiros Braz, Ft., D.Sc.**

.....
*Acadêmico(a) do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria/RS, **Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria/RS

Resumo

Introdução: O câncer de mama é a neoplasia de maior ocorrência entre as mulheres e independente da abordagem cirúrgica, radical ou conservadora, complicações físicas e motoras têm sido relatadas decorrentes desses procedimentos. A fisioterapia pós-operatória no câncer de mama possui várias técnicas, dentre estas a liberação miofascial, a qual visa reduzir o quadro de dor. *Objetivo:* Revisar a literatura no que diz respeito aos efeitos da liberação miofascial sobre a dor de pacientes mastectomizadas. *Material e métodos:* Trata-se de uma pesquisa bibliográfica realizada através das seguintes bibliotecas eletrônicas e/ou portais: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e Periódicos Capes. Foram selecionados artigos nas línguas portuguesa e inglesa, referentes ao período de 2001-2012, utilizando-se a associação dos descritores mastectomia, dor miofascial, fásia e fisioterapia. *Conclusão:* Segundo resultado das bibliografias consultadas, o método é eficiente para amenizar a dor miofascial relatada no pós-operatório de mastectomia.

Palavras-chave: mastectomia, dor miofascial, fásia, fisioterapia.

Abstract

Introduction: Breast cancer is the most frequent cancer among women and independent of the surgical approach, radical or conservative, physical and motor complications have been reported resulting from these procedures. The postoperative physical therapy in breast cancer has several techniques, among these myofascial releases, which aims to reduce the pain condition. *Objective:* To review the literature regarding the effects of myofascial release on pain of mastectomy patients. *Methods:* This is a literature search undertaken through electronic libraries and/or portals: Virtual Health Library (VHL), Scielo (Scientific Electronic Library Online) and Capes periodicals. We selected articles in Portuguese and English, concerning the period 2001-2012, using a combination of descriptors mastectomy, myofascial pain, fascia and physical therapy. *Conclusion:* According to results of the literature review, the method is efficient to alleviate myofascial pain reported postoperative mastectomy.

Key-words: mastectomy, myofascial pain, fascia, physical therapy.

Recebido em 15 de março de 2013; aceito em 23 de maio de 2014.

Endereço para correspondência: Angélica Trevisan de Nardi, Rua Marechal Floriano Peixoto, 1385/804, bloco B, E-mail: angelica_denardi@hotmail.com

Introdução

O câncer de mama é a neoplasia de maior ocorrência entre as mulheres, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento [1].

De acordo com Duarte e Andrade [2], o câncer de mama ou carcinoma mamário é o resultado de multiplicações desordenadas de determinadas células que se reproduzem em grande velocidade, desencadeando o aparecimento de tumores ou neoplasias malignas que podem vir a afetar os tecidos vizinhos e provocar metástases.

A escolha do tratamento depende da avaliação individual e criteriosa de cada caso. Embora as condutas terapêuticas para o tratamento do câncer sejam diversas, as cirurgias prevalecem e a retirada da mama, ou mastectomia, continua sendo empregada na maioria dos casos [3]. O tratamento cirúrgico para o câncer de mama compreende operações não conservadoras e conservadoras. A mastectomia radical representa a operação não conservadora e sua técnica cirúrgica consiste na retirada da glândula mamária, pele, tecido adiposo, músculos peitoral maior e peitoral menor e dos linfonodos da axila homolateral. Na mastectomia radical modificada, preserva-se o peitoral maior; às vezes, também, o peitoral menor [4]. O tratamento cirúrgico conservador refere-se à quadrantectomia, que é definida como ressecção de todo o setor mamário correspondente ao tumor, incluindo a pele e a fáscia do músculo peitoral maior. A tumorectomia ou lumpectomia consiste na remoção de todo o tumor com uma margem de tecido mamário livre de neoplasia ao seu redor [5]. Em alguns casos, faz-se necessária a realização de linfadenectomia axilar (esvaziamento de nodos linfáticos axilares), através de segunda incisão na região axilar [4].

Independente da abordagem cirúrgica, radical ou conservadora, complicações físicas e motoras têm sido relatadas em decorrência desses procedimentos. Dentre elas destacam-se a presença de dor, linfedema, infecção da ferida operatória, distúrbios de cicatrização, lesão nervosa, fraqueza muscular dos músculos da cintura escapular, espasmo muscular na região do pescoço e ombro, aderências na parede torácica, alterações posturais e psicológicas, levando à limitação e à diminuição da mobilidade do ombro [4,6], colocando em risco o desempenho das atividades de vida diária (AVD) das mulheres mastectomizadas.

Segundo Campani e Frasson [7], a dor é a queixa mais frequente encontrada nos estudos sobre a morbidade pós-operatória em cirurgias de câncer de mama. Sua causa pode estar relacionada com a lesão do nervo intercostobraquial ou com fatores como trauma cirúrgico e espasmo muscular da região cervical e do ombro [8], estando esta associada a pontos dolorosos e pontos-gatilho [9].

A dor após a cirurgia do câncer de mama é uma complicação que tem impacto sobre a vida dos pacientes, incluindo comprometimento no funcionamento físico e aumento da angústia psicossocial [10]. A dor miofascial é única e distin-

ta, podendo se originar tanto no músculo como na fáscia. Tanto o local da lesão quanto unidades miofasciais afetadas se tornam menos distensíveis, causando diminuição da amplitude de movimento, relacionada às unidades miofasciais e articulações associadas [11]. Além do mais, a dor também favorece o surgimento da disfunção miofascial e a formação de pontos gatilhos em pacientes mastectomizadas.

Disfunção miofascial é uma condição dolorosa caracterizada por presença de nódulos palpáveis, denominados pontos gatilho (PG), que respondem a uma pressão externa, forçada ou recrutamento muscular com dor irradiada [12]. Pontos gatilho são áreas pequenas e sensíveis no músculo que, espontaneamente ou sobre compressão, causam dor numa região distante conhecida como zona de dor referida [13].

É possível que a inclusão de abordagens voltadas para inativação de PG ativos em programas de fisioterapia [14] possa ser benéfica para reduzir a dor e para evitar a restrição de movimento em mulheres após cirurgia de câncer de mama.

Além disso, o trauma físico inerente à cirurgia de câncer de mama tem efeitos deletérios sobre a fáscia, que se torna espessa e encurtada, exercendo pressão e causando dor sobre estruturas sensíveis. O espessamento da fáscia restringe o fluxo sanguíneo, que por sua vez, prejudica o metabolismo celular adequado, respiração e eliminação de resíduos. Fáscia fibrosa também restringe o fluxo linfático, o que representa perigo especial para os pós-cirúrgicos de câncer de mama, que já estão em risco de linfedema. Considerando-se a fáscia como uma unidade contínua e indissociável, também a dor e restrições fasciais em uma parte do corpo podem levar à restrição e dor em outras áreas [15].

Em vista disso, profissionais da área da saúde utilizam a técnica suave de liberação miofascial para alcançar o alívio da dor e a recuperação da amplitude de movimento. Essa técnica pode ser realizada em áreas distantes da lesão para estimular a cicatrização e aliviar a tensão acumulada devido à dor [15]. Embora existam muitos estudos sobre os efeitos da liberação miofascial, em pacientes mastectomizadas este tema ainda é pouco pesquisado.

Assim, este estudo tem como objetivo revisar a literatura existente relativa aos efeitos da liberação miofascial na dor de pacientes mastectomizadas.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, realizado através das seguintes bibliotecas eletrônicas e/ou portais: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scielo (Scientific Electronic Library Online) e Periódicos Capes. Foram selecionados artigos nas línguas portuguesa e inglesa, referentes ao período de 2001-2012, utilizando-se a associação dos descritores mastectomia, dor miofascial, fáscia e fisioterapia.

Foram incluídos artigos que abordassem as fâscias do membro superior, alterações e dor miofascial pós-mastectomia, técnicas miofasciais, em especial relacionadas

à mastectomia. Foram excluídos teses, dissertações, resumos e anais de eventos científicos.

Observou-se a carência de bibliografias sobre a liberação miofascial voltada especificamente para a reabilitação de pacientes mastectomizadas, porém como é um método que pode ser utilizado em diversas cadeias musculares do aparelho locomotor, foram utilizados também estudos realizados em outras estruturas corpóreas para a comprovação da eficiência do método.

No total foram encontrados 53 artigos, sendo que destes, 22 enquadraram-se nos critérios de inclusão. Os demais foram excluídos por não contemplarem o tema proposto ou não enquadrarem nos critérios pré-definidos.

A análise dos dados foi realizada mediante a unitarização dos dados levantados a partir da saturação de ideias. Os resultados são apresentados descritivamente.

Resultados e discussão

Segundo Campani e Frasson [7], a dor é a queixa mais frequente encontrada nos estudos sobre a morbidade pós-operatória em cirurgias de câncer de mama. Sua principal causa é a lesão do nervo intercostobraquial, que ocorre em 80% a 100% das pacientes submetidas à dissecação axilar. O nervo intercostobraquial é um nervo sensitivo que atravessa os músculos da parede torácica e é responsável predominantemente pela sensibilidade do ombro e da parte proximal do braço. Na axila, se localiza muito próximo aos linfonodos e, por esse motivo, é comumente lesado na linfadenectomia axilar [16].

Também entre as complicações cirúrgicas, encontra-se a lesão do nervo torácico longo, a qual gera diminuição de força ou paralisia do músculo serrátil anterior, levando à desestabilização da cintura escapular com proeminência da borda medial da escápula e rotação do ângulo inferior na linha média, caracterizando a escápula alada [17].

Jung *et al.* [4], distinguem quatro subtipos de dor neuropática resultantes dos procedimentos cirúrgicos para tratamento do câncer de mama: 1) dor da mama fantasma - que é a experiência sensorial dolorosa da mama removida como se esta ainda estivesse presente; 2) neuralgia do intercostobraquial - definida como dor e alterações sensitivas na distribuição do nervo intercostobraquial; 3) dor decorrente da presença de neuroma - inclui a dor na cicatriz cirúrgica, no tórax ou no braço; 4) dor por lesão de outros nervos - pode resultar de lesão ou mesmo tração dos nervos peitoral medial, peitoral lateral, toracodorsal e torácico longo.

Entretanto, outros fatores como trauma cirúrgico e espasmo muscular da região cervical e do ombro, devido à proteção muscular reflexa, podem também contribuir para o aparecimento da dor [8], estando esta associada a pontos dolorosos e pontos-gatilho [9].

Um estudo recente conduzido por Fernández-Lao *et al.* [18] revelou a existência de múltiplos pontos gatilhos ativos

no pescoço e na musculatura do ombro em mulheres que tinham sido submetidas a cirurgias para o tratamento do câncer de mama. A prevalência de pontos gatilhos ativos foi semelhante entre as mulheres que receberam a intervenção cirúrgica por lumpectomia ou mastectomia.

Em vista disso, é possível a inserção de abordagens orientadas para inativação de pontos gatilhos ativos em programas de fisioterapia. A técnica utilizada é conhecida como liberação miofascial, que atua com mobilizações manuais da fáscia, sendo executadas para aumentar a amplitude de movimento, aliviar a dor e restaurar a quantidade e a qualidade normal dos movimentos [19]. Segundo Wadsworth [20], a liberação miofascial pode melhorar a postura corporal, diminuir encurtamento muscular e as limitações de movimento e ainda aliviar sobrecargas biomecânicas que podem originar dores crônicas. Esta técnica tem base na facilitação neural, mecânica e psicofisiológica que interfere no sistema miofascial [21].

A técnica de liberação miofascial é praticada com benefícios em termos de redução da dor e melhoria funcional. Tem como objetivo alongar e suavizar o tecido conectivo, criando permanente comprimento e largura tridimensional [22], consistindo na utilização suave de pressão para facilitar a libertação de restrições fasciais causadas por acidentes, lesões, estresse, uso repetitivo e cicatrizes cirúrgicas [23].

A cirurgia cria um vasto leque de restrições no tecido muscular, mesmo em locais distantes da cicatriz cirúrgica. Isso pode ser justificado devido à relação fascial, a fáscia que cobre o peitoral maior na parte clavicular continua na fáscia anterior braquial, e a fáscia que cobre a parte costal do peitoral maior continua com a fáscia axilar e, em seguida, com a fáscia medial braquial [24]. Independente do tratamento cirúrgico, a fáscia que cobre o músculo peitoral maior é removida, embora no procedimento conservador apenas uma pequena parte dessa fáscia seja removida [25].

A fáscia é um tecido conjuntivo denso fibroso que conecta os músculos, ossos e órgãos, formando uma rede contínua de tecido por todo o corpo. Ela desempenha um papel importante na transmissão de forças mecânicas durante mudanças de posturas. Entre as formas de terapia manual, a liberação miofascial foi desenvolvida para melhorar o alinhamento postural e outras expressões dinâmicas musculoesqueléticas [26].

Conforme Dalton [15], imediatamente após a cirurgia, suaves técnicas miofasciais podem ser realizadas em áreas distantes à lesão para estimular a cicatrização e liberação de tensão construída devido à dor e medo da cirurgia.

No estudo realizado por Stecco *et al.* [27], evidencia-se que o trilho miofascial mais acometido com o processo de mastectomia é a linha profunda e superficial do membro superior. A linha profunda anterior começa com o peitoral menor, continua com a cabeça curta do bíceps braquial e o coracobraquial, já o músculo peitoral maior faz parte da linha superficial anterior. Como o processo cirúrgico de mastectomia radical consiste na retirada dos músculos peitoral maior

e peitoral menor [4], o trilho miofascial da região anterior do membro superior é o mais afetado.

A reeducação da cintura escapular e do membro superior é uma necessidade básica na paciente operada de câncer de mama, seja qual for a técnica cirúrgica empregada. O objetivo principal é restabelecer o mais rapidamente possível a função do membro operado [28].

Em vista disso, a reabilitação da mulher pós-mastectomia necessita de uma assistência multiprofissional para um ajustamento saudável à nova condição de saúde. A abordagem fisioterapêutica representa recursos capazes de intervir precocemente na recuperação funcional da cintura escapular, do membro superior envolvido na profilaxia de sequelas como retração, aderência cicatricial e complicações como fibrose e linfedema [29].

A fisioterapia pós-operatória no câncer de mama possui vários benefícios, dentre eles prevenir ou minimizar o surgimento de um problema articular, facilitar a integração do lado operado às atividades cotidianas e ao resto do corpo, além de auxiliar na prevenção de complicações que podem surgir devido ao procedimento cirúrgico [30].

O alívio da dor tem um papel de destaque nos cuidados paliativos buscando, acima de tudo, o bem estar e o conforto do paciente [31]. Dentre as abordagens terapêuticas para o alívio da dor estão o uso de alongamento muscular, relaxamento pós-isométrico, inibição recíproca, liberação por pressão de ponto gatilhos, massagem, expiração lenta, exercícios para amplitude de movimento, uso de calor, ultrassom, estimulação galvânica de alta voltagem, tratamento com fármacos e biofeedback [32].

A fisioterapia tem como objetivo minimizar a morbidade do tratamento para o câncer de mama, corrigir as alterações da postura e do equilíbrio, manter a força muscular, evitar encurtamentos, prevenir complicações respiratórias, além de melhorar a qualidade de vida dos pacientes [31].

Conclusão

A partir das bibliografias pesquisadas observou-se uma carência de estudos que relacionam a técnica de liberação miofascial com a diminuição do quadro de dor de pacientes mastectomizadas.

Com o atual estudo pôde-se observar a importância da atuação da Fisioterapia no pós-operatório do câncer de mama, na prevenção e tratamento das complicações pós-cirúrgicas, contribuindo de forma positiva na prevenção e redução da dor miofascial com técnicas de liberação miofascial.

Cabe então ao fisioterapeuta atuar na equipe multiprofissional de mastologia na promoção da qualidade de vida às pacientes e possibilitar uma adequada recuperação funcional.

Sugere-se a realização de pesquisas experimentais com amostra significativa, que possa relatar os efeitos da liberação miofascial sobre a dor dessas pacientes.

Referências

1. Bregagnol RK, Dias AS. Alterações funcionais na linfadenectomia em mulheres submetidas à cirurgia de mama com linfadenectomia axilar total. *Rev Bras Cancerol* 2010;56(1):25-33.
2. Duarte TP, Andrade AN. Enfrentando a mastectomia: Análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas a sexualidade. *Estud Psicol* 2003;8(1):155-63.
3. Marinho ACN, Macedo A. Análise da amplitude de movimento do ombro de mulheres mastectomizadas submetidas a um programa de exercícios e alongamentos musculares. *Fisioter Bras* 2006;7(1):30-5.
4. Jung BF, Ahrendt GM, Oaklander AL, Dworkin RH. Neuropathic pain following breast cancer surgery: proposed classification and research update. *Pain* 2003;104:1-13.
5. Tiezzi DG. Cirurgia conservadora no câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2007;29(8):428-34.
6. Nogueira PVG, Guirro ECO, Guirro RRJ, Palauro VA. Efeitos da facilitação neuromuscular proprioceptiva na performance funcional de mulheres mastectomizadas. *Fisioter Bras* 2005;6(1):28-35.
7. Campani J, Frasson AL. Avaliação da morbidade do membro superior homolateral à cirurgia após biópsia do linfonodo sentinela versus dissecação axilar em pacientes com câncer de mama. *Rev Bras Mastologia* 2005;15(4):157-61.
8. Gomide LB, Matheus JPC, Reis FJC. Morbidity after breast cancer treatment and physiotherapeutic performance. *Int J Clin Pract* 2007;61(6):972-82.
9. Cerqueira WA, Barbosa LA, Bergmann A. Proposta de conduta fisioterapêutica para o atendimento ambulatorial nas pacientes com escápula alada após linfadenectomia axilar. *Rev Bras Cancerol* 2009;55(2):115-20.
10. Gulluoglu BM, Cingi A, Cakir T, Gercek A, Barlas A, Eti Z. Factors related to post treatment chronic pain in breast cancer survivors: the interference of pain with life functions. *Int J Fertil Womens Med* 2006;51(2):75-82.
11. Manheim CJ. Introduction to myofascial release. The myofascial release manual. 4ed. New Jersey: Slack Incorporated; 2008.p.1-36.
12. Borg-Stein J, Simons DG. Focused Review: Myofascial pain. *Arch Phys Med Rehabil* 2002;83(3):40-7.
13. Ching EY. Myofascial pain – an overview. *Ann Acad Med Sing* 2007;36(1):43-8.
14. Beurskens CH, Uden CJV, Strobbe LJ, Oostendorp RA, Wobbles T. The efficacy of physiotherapy upon shoulder functions following axillary dissection in breast cancer, a randomized controlled study. *Bio Med Central Cancer* 2007;7:166.
15. Dalton A. Helping to relieve the pain of post-surgical breast cancer with myofascial/ craniosacral techniques. *Oncology Times* 2005;27(6):50.
16. Burckhardt CS, Jones KD. Effects of chronic widespread pain on the health status and quality of life of women after breast cancer surgery. *Health Qual Life Outcomes* 2005;3:30.
17. Schmitz C, Sodian R, Witt TN, Juchem G, Lang N, Bruegger C, Kowalski C, Reichart B. Winged scapula after aortic valve replacement. *Ann Thorac Surg* 2009;87(4):1277-9.
18. Fernández-Lao C, Villanueva IC, Fernández-De-Las-Peñas C, Del-Moral-Ávila R, Beltrán SN, Morales MA. Development of active myofascial trigger points in neck and shoulder musculatu-

- re is similar after lumpectomy or mastectomy surgery for breast cancer. *J Bodyw Mov Ther* 2012;16(2):183-90.
19. Arruda GA, Stellbrink G, Oliveira AR. Efeitos da liberação miofascial e idade sobre a flexibilidade de homens. *Ter Man* 2010;8 (39):396-400.
 20. Wadsworth D. Locomotor Slings: a new total body approach to treating chronic pain. *Winter* 2007;17-21.
 21. Leite JAM, Matutino RRB, Aragão JHD. Efeito da liberação miofascial dos isquiotibiais na amplitude do movimento do quadril. *Ter Man* 2008;6(25):154-8.
 22. Arroyo-Morales M, Olea N, Martinez M, Moreno-Lorenzo C, Díaz-Rodríguez L, Hidalgo-Lozano A. Effects of myofascial release after high-intensity exercise: A randomized clinical trial. *J Manip Physiol Ther* 2008;31(3):217-23.
 23. Lebauer A, Brtalik R, Stowe R. The effect of myofascial release (MFR) on an adult with idiopathic scoliosis. *J Bodyw Mov Ther* 2008;12(4):356-63.
 24. Stecco C, Gagey O, Macchi V, Porzionato A, De Caro R, Aldegheri R, Delmas V. Tendinous muscular insertions onto the deep fascia of the upper limb first part: anatomical study. *Morphologie* 2007;91(292):29-37.
 25. Lauridsen MC, Christiansen P, Hessov I. The effect of physiotherapy on shoulder function in patients surgically treated for breast cancer: A randomized study. *Acta Oncol* 2005;44(5):449-57.
 26. Chaudhry H, Schleip RJIZ, Bukiet B, Maney M, Findley T. Three-Dimensional mathematical model for deformation of human fasciae in manual therapy. *J Am Osteopath Assoc* 2008;108(8).
 27. Stecco A, Macchi V, Stecco C, Porzionato A, Day JA, Delmas V, Caro R. Anatomical study of myofascial continuity in the anterior region of the upper limb. *J Bodyw Mov Ther* 2009;13(1):53-62.
 28. Nagel PH, Bruggink ED, Wobbes T, Strobbe LJ. Arm morbidity after complete axillary lymph node dissection for breast cancer. *Acta Chir Belg* 2003;103(2):212-6.
 29. Chang JH, Vines E, Bertsch H, Fraker DL, Czerniecki BJ, Rosato EF, et al. The impact of a multidisciplinary breast cancer center on recommendations for patient management. *Cancer* 2001;91(7):1231-7.
 30. Yamamoto R, Yamamoto T. Effectiveness of the treatment-phase of two-phase complex decongestive physiotherapy for the treatment of extremity lymphedema. *Int J Clin Oncol* 2007;12(6):463-8.
 31. Marcucci FCI. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. *Rev Bras Cancerol* 2005;51(1):67-77.
 32. Simons DG, Mense S. Diagnosis and therapy of myofascial trigger points. *Schmerz* 2003;17(6):419-24.

Assine Já!

Fisioterapia Brasil

July / Agosto de 2013

Novembro / Dezembro de 2013

Maio / Junho de 2014

Março / Abril de 2014

RESPIRATÓRIO
• Eletromiografia dos músculos inspiratórios em indivíduos saudáveis.
• Análise da respiração durante repouso e caminhada na água.

DERMATO-FUNCIONAL
• Fatores desencadeantes e intervenção na qualidade de vida.
• Prevenção e estratégias de reabilitação.

PSICOLOGIA
• Uso materno e objetivo de crianças com deficiência.

NEUROFUNCIONAL
• Exatidão postural e análise.

DIABETES
• Tratamento de força e glicemia em recém-nascidos.

NEUROFUNCIONAL
• Terapia na emergência.

PROFISSÃO
• Trabalho em emergência.

TRAUMATO
• Trabalho em emergência.

CARDIORRESPIRATÓRIO
• Trabalho em emergência.

DERMATO-FUNCIONAL
• Trabalho em emergência.

SAÚDE DA MULHER
• Trabalho em emergência.

BIOÉTICA
• Trabalho em emergência.

NEUROFUNCIONAL
• Trabalho em emergência.

TRABALHO
• Trabalho em emergência.

TRAUMATO
• Trabalho em emergência.

SAÚDE DA MULHER
• Trabalho em emergência.

TEMPOROMANDIBULAR
• Trabalho em emergência.

Tel: (11) 3361-5595 | assinaturas@atlanticaeditora.com.br