

SÍNDROME PÓS MASTECTOMIA RADICAL

DR. REYNALDO PASCHOAL RUSSO, E.A. (*)

DR. ANTÔNIO PEREIRA DE ALMEIDA, E.A. (**)

AP 2923
Esta síndrome é causada pela cirurgia mutiladora necessária para a tentativa de cura no carcinoma da mama. Inclui, além do edema da extremidade superior, que para alguns é o sinal clínico dominante, outros caracteres como: linfangite, dor, induração da axila e do braço, formação de cicatriz hipertrófica, acúmulo de fluido na região axilar e sob os retalhos de pele, retardo na cicatrização da ferida, limitação da movimentação do braço, e redução na temperatura cutânea no tronco e na extremidade superior do lado operado quando comparada com o outro lado.

O edema pós-mastectomia radical tem várias causas:

- a) Bloqueio venoso
- b) Destruição das linfáticos
- c) Infecção
- d) Obstrução mecânica dos vasos por tumor ou cicatriz
- e) Irradiação
- f) Remoção da veia axilar durante a operação.

Cada um desses fatores per si ou associados podem determinar a formação do edema, mas de acordo com Leriche,⁽¹⁾ originam um vaso espasmo crônico que pode dar como resultado um círculo vicioso. O espasmo vascular crônico que frequentemente está associado ao síndrome pós-mastectomia, se corrigido, permitirá a melhora do edema do braço. Tal espasmo vascular crônico pode ser originado por uma das seguintes causas:

(*) Consultor do Instituto do Radium Arnaldo Vieira de Carvalho. — Anestesiista do Serv. de Anestesia dos Hospitais Santa Helena e Nossa Senhora do Carmo — São Paulo, SP.

(**) Chefe do Serv. de Anestesia do Hospital dos Servidores Públicos de São Paulo — Anestesiista do Serv. de Anestesia do Hospital das Clínicas da F.M.U.S.P., São Paulo, SP.

- a) Trauma da vêia axilar
- b) Irritação por fios de sutura.
- c) Radiação (Roentgenterapia e telecobaltoterapia)
- d) Redução no suprimento sangüíneo
- e) Remoção de grandes massas musculares
- f) Toilete ganglionar axilar
- g) Acúmulo de fluído na axila e sob o retalho de pele.

Admitida a teoria do vaso espasmo de Leriche, em nenhuma outra condição estaria tão bem indicado o bloqueio terapêutico do gânglio estrelado, fato que foi confirmado por Hanelin e cols.⁽²⁾, Arnulf⁽³⁾ e outros, relatando os primeiros autores, melhoras subjetivas em 80% dos pacientes.

Os achados de Moore⁽⁴⁾ à respeito, coincidem com a opinião de Arnulf e Leriche; achando que o vaso espasmo crônico tem um papel essencial, senão decisivo, no problema. Se tal espasmo não fôr precocemente corrigido, ocorre fibrose peri-vasal, que condiciona uma diminuição do calibre do vaso.

A ação do bloqueio do gânglio estrelado se faz de 3 maneiras:

1) Tende a eliminar o vaso espasmo causado pela cirurgia, infecção ou acúmulo de fluídos e dêsse modo, provavelmente, diminui a dor.

2) Aumenta o suprimento sangüíneo para os retalhos cutâneos, fazendo com que diminua a consistência da cicatriz antiga, ou impedindo que a cicatriz recente aumente de consistência por falta de irrigação. O aumento do suprimento sangüíneo do retalho, dificulta o aparecimento de ulceração ou infecção, que quando presente são corrigidas.

3) É uma forma de terapêutica ativa. Os pacientes mastectomizados sabem ou desconfiam muito que foram operados por tumor maligno. Ocorrendo a síndrome pós-mastectomia, e havendo retardo na cicatrização da ferida o doente pensa que houve recidiva do tumor na ferida operatória, e seu estado mental piora muito. A melhora da ferida com o bloqueio estrelado restabelece em muitos casos a moral do paciente.

Em nossa experiência pessoal, temos achado que os efeitos mais dramáticos são sobre a dor. A dor na síndrome pós-mastectomia radical tem o caráter de choque ou queimação, é difusa e não corresponde à distribuição dos nervos somáticos periféricos. Em nossa experiência o edema do braço reduziu-se muito pouco e a impotência funcional não se alterou, mas também não prosseguiu. A razão da não melhora do linfedema reside no fato de os casos terem chegado até nós, todos com evolução superior há 6 meses.

EMPREGO DO BLOQUEIO DO GÂNGLIO ESTRELADO

O bloqueio do gânglio estrelado na síndrome pós-mastectomia radical pode ser empregado com finalidade diagnóstica ou terapêutica.

Com finalidade diagnóstica é raramente empregado uma vez que com apenas um bloqueio, não se obtém o resultado desejado. Pode entretanto ser usado para diferenciar a isquemia vascular causada por interferência mecânica (tumor) daquela por estimulação simpática.

Geralmente nesses casos o bloqueio do gânglio estrelado é empregado com finalidade terapêutica.

A) Dentro da primeira semana de pós-operatório:

Iniciar no segundo dia de pós-operatório, um bloqueio do gânglio estrelado ipsi lateral cada 2 dias, até o total de 6 bloqueios e depois 1 a 2 por semana até completar 10 bloqueios. Iniciando-se a irradiação, continuar 1 bloqueio por semana durante todo o período de irradiação e mais 2 após seu término.

Os resultados com pacientes assim tratados é bom quanto à redução do edema e o paciente somente deve ser avaliado

7.F. 37 ♀ SÍNDROME PÓS-MASTECTOMIA RADICAL D
BLOQUEIO ESTRELADO D

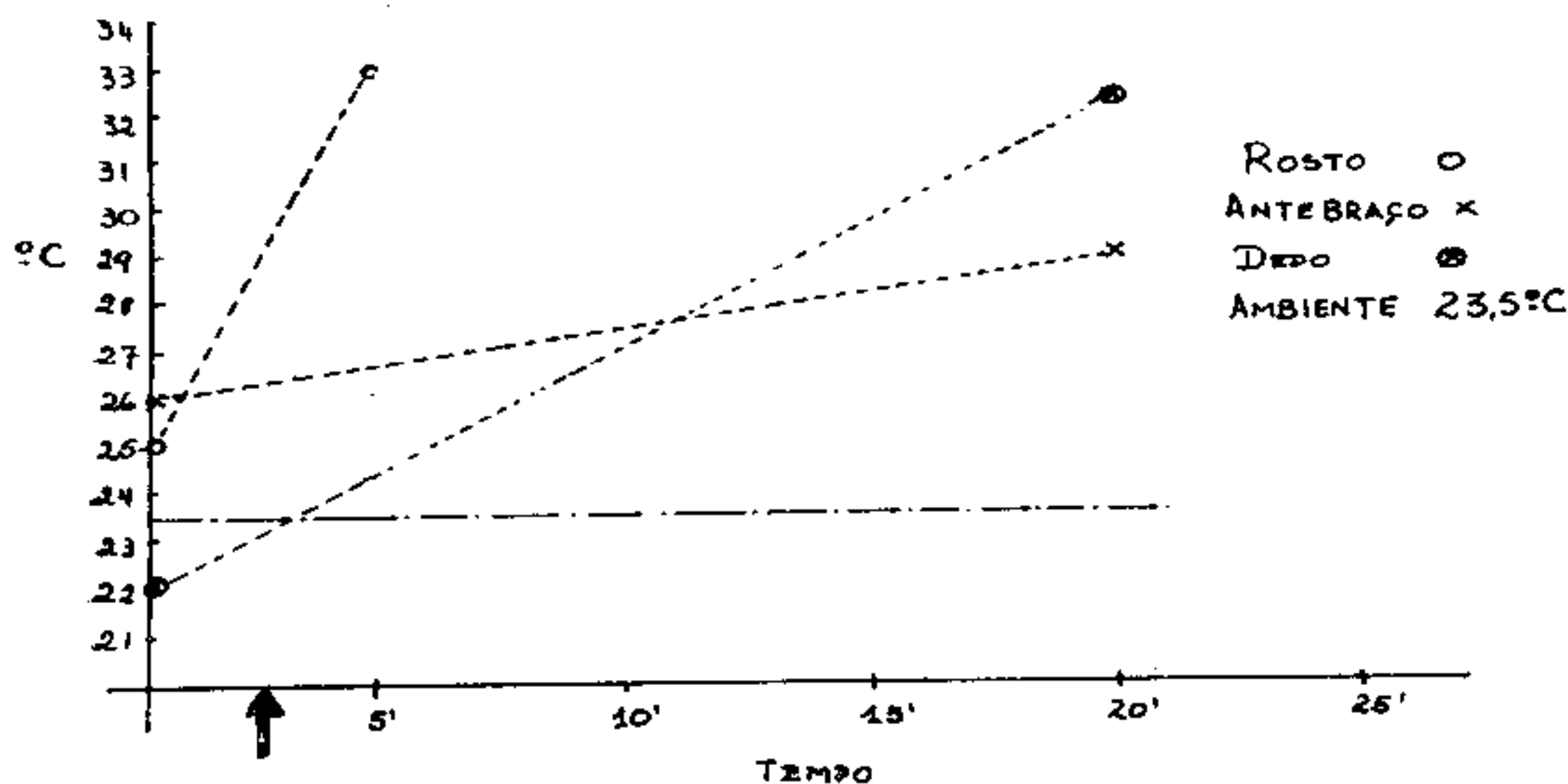


FIGURA 1

Bloqueio do gânglio estrelado direito em caso de síndrome pós-mastectomia. Notar os aumentos da temperatura e o aparecimento do síndrome de Claude Bernard Horner, assinalado com seta. Notar o aumento imediato da temperatura do rosto, e o maior tempo para se conseguir o aumento máximo em partes distais.

após o término da série de 10 bloqueios. O bloqueio precoce do gânglio estrelado permite redução do edema quando já se manifestou, de tal forma que o aumento de volume do braço é somente pouco maior que o outro lado. O edema que permanece depois do bloqueio precoce, fica limitado à parte superior do braço, permanecendo o antebraço e a mão com diâmetros idênticos ao do outro lado. A pele cicatriza bem, não havendo formação de escaras no retalho cutâneo.

B) O bloqueio do gânglio estrelado é feito 1 a 6 meses depois da operação, enquanto outras medidas eram tentadas para a redução do edema. Neste caso os resultados não são tão bons mas ainda justifica-se o bloqueio terapêutico do gânglio estrelado. Fazer 1 a 2 bloqueios por semana até 10. Algumas vezes o edema se não diminui de tamanho, diminui de consistência, e a sensação de peso que o doente refere em toda a extremidade superior, diminui. Melhora a granulação da ferida, e a área fica apta a receber enxerto. A dor em choque e a sensação de fogo na mão e antebraço, desaparecem ou melhoram muito. A movimentação do membro superior que estava muito comprometida melhora e a cicatriz diminui de consistência. Para a melhora da movimentação é necessário que o paciente faça exercícios (pentear cabelo, levantar o braço,, etc.). Se após esses 10 bloqueios não se observou nenhum resultado, não há mais indicação em se prosseguir com a terapêutica de bloqueios.

C) Se o edema e a dor no membro superior duram há mais de 1 ano, pouco ou nada se pode esperar com essa forma de terapêutica. Habitualmente a dor e a movimentação melhoram um pouco, mas nada se deve esperar quanto à redução do edema. Apesar da melhora da dor ser apenas por cerca de 2 semanas, em alguns casos os resultados são bem melhores e esses resultados justificam o bloqueio.

Se os pacientes são vistos após a irradiação e com aquela induração e com acúmulo de fluido sob a pele, pouco ou nada se pode fazer para a redução do volume do braço.

E' óbvio que o bloqueio do gânglio estrelado é uma terapêutica auxiliar valiosa para a redução do volume do braço, mas medidas outras de fisioterapia e de facilitação da drenagem linfática devem ser tomadas.

Pretendemos em nosso serviço, de acôrdo com os cirurgiões, em casos de operação de Halsted, seguir o seguinte plano:

- 1) Se necessário, enxerto de pele após mastectomia, a fim de ser evitada a sutura sob tensão.
- 2) Curativo com o braço em abdução. Achamos que o curativo apertado e o braço em adução a fim de facilitar a

hemostasia não tem razão de ser. Ou a hemostasia está bem feita ou não está. Se está, não há necessidade do curativo apertado, se não está, deve ser feita.

3) Iniciar no segundo dia de pós-operatório bloqueios bi-semanais do gânglio estrelado até 10, mantendo-os 1 por semana durante o período de radiação e mais 2 após o término dela.

4) Iniciar no 4.^o dia de pós-operatório a administração de córtico-esteróides a fim de evitar a formação de tecido fibroso peri-vascular.

RESUMO

Os Autores estudam a etiologia e sintomatologia da síndrome pós-mastectomia radical, analisando o valor do bloqueio do gânglio estrelado como terapêutica auxiliar.

Os melhores resultados são obtidos quando o bloqueio é realizado no decorrer da primeira semana dos pós-operatório. Para prevenir ou tratar esta complicação da mastectomia radical o seguinte esquema é proposto: a) evitar sutura da pele sob tensão; b) curativo frouxo com o braço em abdução; c) bloqueios bisemanais do gânglio estrelado, a partir do segundo dia pós-operatório, até um total de dez; d) córtico-esteroideterapia a partir do quarto dia pós-operatório.

SUMMARY

STELATE BLOCKS IN THE TREATMENT OF POST-MASTECTOMY SYNDROME

Etiology and clinical symptoms of post-mastectomy syndrome are discussed. The role of stellate ganglion block in the treatment of this syndrome is analysed and results of the author's experience are reported.

The best results are obtained when patients are blocked within the first post-operative week. The following plan of prevention and treatment is suggested: a) avoid skin suture under tension; b) loose dressing of the wound, arm in abduction; c) stellate ganglion blocks twice a week, beginning on the second post-operative day, in a total of ten blocks; d) corticoid therapy beginning on the fourth day.

BIBLIOGRAFIA

1. Leriche, R. — Surgery of Pain. The William & Wilkins Co., Philadelphia, 1939.
2. Hanelin, H. A., Williams, J. M., Wolfson, S. M., Wermich, E. D. Treatment of post-operative swelling of the arm following mastectomy. Arch. Surg. 55:723, 1947.
3. Arnulf, G. — L'infiltration stellaire. Masson & Cie. Paris, 1947.
4. Moore, D. C. — Stellate Ganglion Block. Charles C. Thomaz, Springfield, 1954.

DR. REYNALDO PASCHOAL RUSSO
Rua Clélia, 896
São Paulo, S.P.