

EFEITOS DA DRENAGEM LINFÁTICA MANUAL NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE LIPOASPIRAÇÃO NO ABDOMÊN

Simone Maia Godoi Brites¹, Eunice Tokars², Maria Luiza Fernandes Rodrigues³

1 Acadêmico do curso de Tecnologia em Estética e Imagem Pessoal da Universidade Tuiuti do Paraná (Curitiba, PR);

2 Fisioterapeuta e Profª Orientadora da Universidade Tuiuti do Paraná (Curitiba, PR);

3 Dr. Química e Profª Co-orientadora da Universidade Tuiuti do Paraná (Curitiba, PR).

Endereço para correspondência: Simone Maia Godoi Brites, sigodoi@hotmail.com

RESUMO: A drenagem linfática é a ativação manual da drenagem do líquido intersticial através de fissuras microscópicas nos canais pré-linfáticos e de linfa através dos vasos linfáticos. O trabalho realizado teve como objetivo demonstrar a utilização da drenagem linfática manual pelo método Leduc no pós-operatório de pacientes que foram submetidos a lipoaspiração abdominal, analisando todos os aspectos envolvidos na recuperação de tal procedimento. Obteve-se como confirmação a importância da drenagem linfática manual aplicada após 48 horas da cirurgia, a fim de diminuir o edema e a congestão de gânglios e prevenir as aderências cicatriciais, proporcionando uma recuperação pós-operatória mais rápida e menos dolorosa para o paciente, auxiliando a trazer benefícios na recuperação do mesmo.

Palavras-chave: Drenagem Linfática Manual, Lipoaspiração abdominal, pós-operatório.

ABSTRACT: The lymphatic drainage is the manual activation of the drainage of interstitial fluid through microscopic cracks in the pre-lymphatic channels and lymph through the vessels linfáticos. O work aimed to demonstrate the use of manual lymphatic drainage method at Leduc in post - patients who were submitted to abdominal liposuction, analyzing all aspects involved in the recovery of this procedure. Got to be confirmed the importance of manual lymphatic drainage applied after 48 hours of surgery to reduce swelling and congestion of lymph nodes and to prevent adhesions and scar, giving a postoperative recovery faster and less painful for the patient, helping bringing benefits to the recovery of it.

Keywords: Manual Lymphatic Drainage, abdominal liposuction, post-operatively.

INTRODUÇÃO

Na incessante busca pelo corpo perfeito, cada vez mais as pessoas, sejam elas homens ou mulheres, se submetem às intervenções cirúrgicas para que o corpo desejado seja alcançado sem tanto esforço.

A cirurgia plástica visa à reparação dos defeitos congênitos ou adquiridos, com conseqüente melhora da aparência ou, eventualmente, restituindo a função comprometida. Atua basicamente sobre a pele, estende muitas vezes o seu campo de ação sobre as estruturas mais profundas, a fim de restaurar a forma e função (AUN; BEVILACQUA, 1995).

Segundo Utiyama et al (2003), a lipoaspiração ou lipossucção consiste na remoção cirúrgica de gordura subcutânea, por meio de cânulas submetidas a uma pressão negativa e introduzida, PR pequenas incisões na pele.

Segundo a Secretaria de Estado e Saúde, estima-se que 400 mil lipoaspirações sejam feitas anualmente no Brasil. Com o aumento dessa cirurgia, cresceu proporcionalmente as complicações e a demanda nas clínicas estéticas a procura de tratamentos pós-operatórios.

A Drenagem Linfática Manual (DLM) é um dos recursos indicado para um tratamento imediato. A Drenagem Linfática Manual (DLM), é uma técnica de massagem que tem seus efeitos baseados nos mecanismos fisiológicos de pressões existentes entre os tecidos, os vasos sanguíneo e linfáticos. Tem como objetivo auxiliar na diminuição do edema, regressão do hematoma, do quadro algico e correção das áreas irregulares da pele para obtenção de um menor grau de fibrose permitindo a reparação tecidual pelo processo de cicatrização (BARROS, 2001).

A prática da Drenagem Linfática manual (DLM) no pós-operatório (PO) visa uma melhor harmonia corporal, sendo primeiramente preconizada a saúde, a melhora da auto-estima e conseqüentemente

melhor qualidade de vida. Este trabalho tem como objetivo estudar os benefícios da Drenagem Linfática Manual (DLM) no pós-operatório (PO) de lipoaspiração

LIPOASPIRAÇÃO

De acordo com GODOY & GODOY (2004), a lipoaspiração foi desenvolvida por Giorgio Fisher e seu pai, Arpad, entre 1974 e 1976, quando publicaram seu primeiro trabalho. Mais tarde foi aprimorada e divulgada por Illouz e Fournier, em Paris. Lawrence Field em 1977 foi o primeiro norte-americano a visitar a Europa para estudar a lipoaspiração.

A lipoaspiração é um procedimento cirúrgico, que exige profissional habilitado, avaliação pré-operatória adequada e instrumental específico. Como procedimento invasivo que é, tem que ser muito bem indicado para o paciente não fique frustrado com os resultados, além disso, apresentam edema prolongado e seus resultados definitivos são percebidos após 4 a 6 meses. (COLEMAN et al., 2001).

A lipoaspiração é um processo que se baseia fundamentalmente na aspiração de adiposidade, localizada nas mais diversas regiões do corpo como mento, dorso, abdômen, nádegas, culotes e face interna do joelho. A retirada dessa adiposidade se faz através de cânulas de vários calibres, pontas, furos e sucção por bomba de uma atmosfera conectada a um lipoaspirador ou a seringa para volumes menores. (MENDONÇA & MENDONÇA, 2001).

Segundo Mc GREGOR (1996), a lipoaspiração é uma técnica de remoção de gordura subcutânea através de uma pequena incisão de pele. Seu uso mis freqüente é estético, na remoção de gordura do subcutâneo indesejada, como “escultura corporal”, mas também tem um pequeno papel na cirurgia plástica de rotina, na remoção de grandes lipomas e na retirada

de volumes indevidos de gordura em retalhos em retalhos de pele, para adaptar seus contornos após a transferência.

Esta técnica permite retirar gordura de uma grande área através de uma pequena incisão de pele, reduzindo a formação de cicatriz e simplificando os cuidados pós-operatórios. Dependendo do local da lipoaspiração e do tipo de anestesia, a gordura a ser aspirada é infiltrada com anestésico local ou com salina contendo adrenalina em baixa concentração. Isso facilita a aspiração e homeostasia.

Faz-se uma pequena incisão na pele e a cânula de sucção é introduzida na camada subcutânea da região a ser aspirada e conectada a uma bomba de sucção de alta pressão. Movimenta-se então o êmbolo de vai e vem em círculo, com orientação radial em relação ao local de inserção. A cânula tem ponta romba e em seu movimento de vai e vem rompe a gordura que é aspirada para o reservatório da bomba de sucção, sem danificar os vasos que atravessam a região.

É importante que a sucção não seja aplicada superficialmente ao nível da camada profunda da derme, pois a pele fica “encaroçada”; e nem ao nível da fáscia profunda, porque cria áreas de adesão de pele. Após a sucção aplica-se um curativo no local. A abrasão local pode ser considerável, mas as infecções são infreqüentes.

Os lipomas com pouco ou nenhum tecido fibroso são prontamente tratados com essa técnica, mas aqueles com grande estroma fibroso são difíceis de remover e podem exigir ressecção formal. Os retalhos que se beneficiam da retirada de gordura geralmente são da região inguinal e do hipogástrico e, embora se sugira que a gordura não se reacomoda depois de retirada, os retalhos dessas regiões são notórios por readquirirem a gordura subcutânea quando a paciente engorda. Quando isso ocorre, o procedimento deve ser repetido.

De acordo com BAROUDI et al. (1984), existem dois tipos de procedimentos técnicos que vem sendo atualmente empregados na realização de lipoaspiração. O primeiro, conhecido como técnica úmida baseia-se na infiltração de líquidos na área a ser aspirada, a base de soro fisiológico, água destilada e hialuronidase, em soluções que variam conforme a espessura e a densidade do tecido. Souza Pinto et al. (1999) afirmaram que essa técnica úmida tem a finalidade de romper as membranas celulares, melhorando a aspiração da gordura através do deslocamento dos tecidos, além de oferecer um certo grau de homeostasia. Esta técnica torna a lipoaspiração menos traumatizante por meio do mecanismo osmótico de embebição das células adiposas. (BAROUDI et al., 1984).

As complicações em lipoaspiração podem ser de ordem local ou sistêmica. Como complicações locais podem-se destacar irregularidades, depressões, seromas, hematomas, alterações de pigmentação e de sensibilidade, infecções, sobras de pele e até mesmo necrose cutânea. Como complicações sistêmicas ou gerais, destacam-se trombose venosa profunda, tromboembolia pulmonar, embolia gordurosa, síndrome da embolia gordurosa, hipovolemia, edema pulmonar, intoxicação ou interação medicamentosa, perfuração das vísceras, sepse e outras comuns a qualquer procedimento cirúrgico (MÉLEGA, 2003).

SISTEMA LINFÁTICO

Segundo GUIRRO & GUIRRO (2002), o sistema linfático é semelhante ao sistema sangüíneo, porém se difere pela ausência de um órgão central bombeador. Além de ser microvasculotissular, possui importantes funções como retorno do líquido intersticial para corrente sangüínea, destruição de microorganismos e partículas estranhas da linfa, e respostas imunes

específicas, como a produção de anticorpos. Este sistema consiste de um conjunto particular de capilares, vasos coletores, troncos linfáticos e linfonodos que servem como filtros coletados pelos vasos e pelos órgãos linfóides que são encarregados de recolher, na intimidade dos tecidos, os líquidos intersticiais e reconduzi-los ao sistema vascular sanguíneo.

O sistema linfático transporta a linfa em uma única direção, desde os diferentes órgãos até a base do pescoço, iniciado seu trajeto nos espaços intersticiais, como capilares linfáticos (linfáticos iniciais), continuando em vasos linfáticos que alcançam os troncos e destes, finalmente, desemboca à direita, no ducto linfático e à esquerda no ducto torácico (MAIO, 2004).

Esse sistema recolhe os líquidos extravasados dos vasos sanguíneos, no espaço intersticial, e os leva, novamente, ao sangue na confluência das veias jugular interna e subclávia, em ambos os lados. Ao longo do trajeto dos vasos linfáticos existem grupos compactos de linfócitos encapsulados denominados de linfonodos; essas estruturas atuam filtrando a linfa e são responsáveis pela resposta imune (MAIO, 2004).

Vasos Linfáticos

Segundo MAIO (2004) os vasos linfáticos situam-se entre os capilares sanguíneos, aumentam progressivamente seu calibre e formam à esquerda o canal torácico e à direita o canal linfático direito. Terminam no ângulo das veias tjugular interna direita e esquerda com as respectivas veias subclávias, onde ocorre a comunicação linfática e venosa.

No interior dos vasos linfáticos encontra-se a linfa, líquido incolor viscoso com composição semelhante ao plasma sanguíneo. Esta apresenta uma concentração de proteínas provenientes dos

tecidos periféricos e pequena quantidade de hemácias, o que marca sua semelhança com plasma. A linfa é capaz de coagular, porém não com a mesma velocidade que o sangue (LEDUC & LEDUC, 2000).

Os vasos linfáticos apresentam válvulas em toda a sua extensão. Estas são formadas por pregas de endotélio com algumas fibras de tecido conectivo e musculatura lisa. As válvulas são projetadas no sentido da corrente linfática e previnem, dessa forma, o refluxo da linfa. Há também válvula na desembocadura dos vasos linfáticos nas veias, onde estas impedem o refluxo do sangue para o sistema linfático. (MAIO, 2004).

Capilares linfáticos e Linfáticos Iniciais

Os capilares linfáticos e linfáticos iniciais coletam a linfa carregada de detritos do metabolismo celular. Não possuem válvulas, a linfa percorre os capilares por pressões exercidas pelas contrações dos músculos vizinhos e pulsação arterial. (LEDUC & LEDUC, 2000).

São fixos ao tecido conjuntivo por filamentos de proteção que os tornam maleáveis ao movimento tissular. Possuem calibre maior e são mais irregulares que os vasos sanguíneos (LEDUC & LEDUC, 2000).

Os capilares linfáticos acompanham os capilares venosos, exceto no sistema nervoso central, na cartilagem, nos ossos, na medula óssea, na placenta e no bulbo do olho. Esses capilares foram os vasos linfáticos aferentes, que diferentemente das veias, seguem, de forma paralela, até alcançar a porção cortical do linfonodo. Deste, através do seu hilo, saem os vasos linfáticos eferentes, com calibre maior e em menor número e que se dirigem, geralmente, a outro linfonodo. (MAURICIO DE MAIO, 2004).

Gânglios linfáticos ou Linfonodos

O gânglio se esboça no embrião humano a partir do 2º mês e atinge o estado definitivo na puberdade (GUIRRO & GUIRRO 2002).

Os gânglios representam unidades estruturais do tecido linfático, variam em forma, tamanho e número. Os gânglios linfáticos estão dispostos em certas regiões do corpo como: axila, virilha e mesentério. Aparecem em grupos, entre os quais estão os seguintes: superficiais, incluindo os cervicais, axilares e os inguinais; profundos incluindo os ilíacos, lombares (adjacentes às vértebras lombares), torácicos, mesentério (ligado ao mesentério do intestino delgado) e porta (fissura porta do fígado) (GUIRRO & GUIRRO 2002).

O gânglio linfático é composto por dois tipos de células: linfóides e reticulares. As linfóides possuem a memória imunológica; já as reticulares apresentam como atividade principal a fagocitose e a pinocitose, sendo a fagocitose a mais importante delas. Possuem diversas funções, os gânglios filtram e em certa extensão, eliminam produtos nocivos de lesões inflamatórias. Células especiais localizadas nos gânglios, chamadas retículos-endoteliais, fagocitam partículas estranhas, digerindo-as, e liberando produtos na forma de aminoácidos e produtos da decomposição. A linfa absorvida nos capilares linfáticos e transportada para os vasos pré-coletores e coletores, passa através dos vários gânglios, sendo aí filtrada e recolocada na circulação até atingir os vasos sanguíneos. A linfa dentro dos gânglios é filtrada e recebe linfócitos, globulina e anticorpos. (LEDUC & LEDUC, 2000).

DRENAGEM LINFÁTICA MANUAL

A drenagem linfática manual foi apresentada pela primeira vez por Emil Vodder em 1936, na França. A oficialização pela medicina científica ocorreu em 1966,

quando foi fundada a Associação de Drenagem Linfática Manual.

No ano de 1977, desembarcou no Brasil, o Prof. Leduc, aluno do Dr. Voder e colaborador do Prof. Dr. Collard, de Bruxelas, que conseguiu demonstrar em filme, a ação da drenagem linfática manual, por meio de uma radioscopia.

Introduziu-se, então no Brasil, uma das técnicas mais importantes de massagem desenvolvidas por esteticistas e terapeutas.

Por ser uma técnica de massagem específica, deverá ser realizada por profissionais devidamente habilitados. O objetivo básico é aumentar o aporte de linfa e a velocidade de condução dos vasos e ductos linfáticos, por meio de manobras que imitem o bombeamento fisiológico. (MAIO, 2004).

Para Guirro e Girro (2002) a elevação do segmento corpóreo facilita a drenagem venosa e linfática, não relacionada às mudanças de pressão efetiva naquele vaso, mas devida, exclusivamente, ao efeito hidrostático. Por outro lado, Abranson (1995), coloca que a não elevação do segmento corpóreo resulta na estase venosa e linfática, com drenagem reduzida. Como consequência, no sistema venoso haverá um aumento na pressão com aumento de pressão hidrostática. O ideal é associar as técnicas de drenagem linfática com a elevação do segmento (GUIRRO E GUIRRO, 2002).

As pressões mecânicas feitas através da massagem eliminam o excesso de fluido e diminuem a probabilidade de fibroses, expulsando o líquido do meio tissular para os vasos venosos e linfáticos (GUIRRO E GUIRRO, 2002)

Deve-se observar sempre que o sentido da drenagem deve ser obedecido, a direção e o sentido da pressão devem acompanhar o fluxo da circulação venosa e linfática, lembrando que o sistema linfático é um sistema de “mão única”. (GUIRRO & GUIRRO, 2002).

No pós-operatório de lipoaspiração MAUAD (2001) complementa que drenagem linfática manual continua sendo a técnica mais indicada, e tem como benefício auxiliar na diminuição de edema, regressão do hematoma, regressão do quadro álgico, correção das áreas irregulares da pele e obtenção de um menor grau de fibrose e aceleração do processo de cicatrização, portanto, reduzindo o período de convalescência. Os movimentos devem ser lentos, delicados e rítmicos, reproduzindo o bombeamento fisiológico, evitando, assim, o rompimento dos vasos. Ainda RIBEIRO (1998), explica que o início do tratamento fisioterapêutico pode ocorrer do quinto ao décimo dia pós-operatório, seguido um protocolo de drenagem linfática manual a partir do sétimo dia associada a outras técnicas como utilização de ultra-som. Após o décimo quinto dia, o profissional prolonga o seu trabalho através de um acompanhamento para uma cicatrização e reestruturação tecidual adequada (SILVA, 2001).

Segundo LEDUC & LEDUC (2000), as manobras específicas de drenagem são:

1. Círculo com os dedos: os círculos com os dedos são movimentos circulares concêntricos efetuados deprimindo levemente a pele e deslocando-se em relação ao plano profundo. A pele arrastada os tecidos moles subjacentes através de um estiramento suave, prolongado e ritmado, de modo a facilitar a reabsorção dos capilares. A pressão exercida durante essas manobras é suave e progressiva. Os círculos com os dedos são realizados várias vezes consecutivas no local. A mão se desloca sem fricção. A orientação das fases sucessivas de pressão e de depressão segue o sentido da drenagem linfática fisiológica. O movimento é concretizado por um

vai-e-vem de abduções e aduções do ombro, com o cotovelo flexionado, realizando, no nível da mão, uma sucessão de pronações e supinações.

2. Círculos com o polegar: o polegar possui uma excelente mobilidade que lhe permite adaptar-se aos relevos para, em seguida, deprimilos. As pressões crescentes decrescentes são orientadas no sentido da drenagem linfática local. Os movimentos circulares em torno do pivô metacarpofalangiano são combinados com a rotação axial do polegar.
 3. Movimentos combinados: é a associação dos círculos com os dedos e dos círculos com o polegar. Deve-se evitar pinçar a pele entre o polegar e os outros dedos quando os círculos do movimento combinado são executados em sentidos opostos. A circulação do punho permite a cavidade da mão efetuar pressões e depressões sucessivas sobre a zona infiltrada. Essa sucessão lenta, à razão de uma manobra a cada dois ou três segundos facilita a reabsorção e do início a drenagem.
 4. Pressões em braceletes: estas se justificam quando a zona a ser tratada pode ser envolvida por uma ou duas mãos com objetivo de facilitar a reabsorção no novel dos capilares ou dos linfáticos iniciais. As mãos envolvem o segmento a ser drenado e as pressões são intermitentes, ou seja, a cada fase de pressão sucede uma fase de relaxamento.
- Drenagem manual dos gânglios linfáticos: é realizada com a mesma suavidade e prudência que as das vias linfáticas. A mão em contato com a pele por intermédio do indicador. A mão repousa sobre a

pele do paciente, deprime-a e estira no sentido proximal. Os dedos encontram-se perpendiculares as direções de evacuação dos gânglios, isto é, aos vasos aferentes. As duas mãos podem realizar o movimento, mas a pressão não deve ser aumentada, “cobrindo” uma superfície maior.

As manobras específicas de drenagem segundo a técnica de VODDER (GUIRRO & GUIRRO, 2002)

1. Círculos fixos: coloca-se a mão espalmada sobre a pele e com os dedos realizam-se movimentos circulares que promovem um estiramento do tecido, efetuando compressão/descompressão local, realizando movimentos fixos de cinco a sete vezes no mesmo local.
2. Movimento de bombeamento: as mãos são acopladas no sentido drenado, iniciando movimentos ondulatórios, com pressões decrescentes da palma para os dedos, de forma intermitente (compressão/descompressão), de cinco a sete vezes no mesmo local. (Bombeamento dos linfonodos inguinais, bombeamento da porção ântero-lateral da coxa, bombeamento dos linfonodos poplíteos).
3. Movimento do “doador”: é indicado com as mãos perpendicularmente às vias de drenagem, depois se realiza movimento de arraste pela primeira mão que toca a pele, seguida pelo movimento de arraste da outra mão, envolvendo a região adjacente, e por fim, reinicia-se a manobra.
4. O giratório ou de rotação: este movimento é empregado em superfícies planas. A mão que inicia o movimento toca a pele com a face palmar, realizando movimentos de desvio ulnar no

sentido da drenagem, seguidos pelos mesmos movimentos com a mão oposta, devem de ser sequenciais, rítmicos com alternância das mãos posicionadas proximal ou distal mente, sempre seguindo o fluxo da linfa.

Efeitos Diversos

Facilitando o escoamento do líquido intersticial excedente, a drenagem linfática produz indiretamente benefícios ao organismo, tais como:

1. Fornecimento de nutrientes às células: quando o sangue passa pelas paredes intestinais, ele carrega consigo substâncias que foram dissolvidas pelo sulco digestivo, sendo esses absorvidos pelos vasos sangüíneos. Os Capilares linfáticos que circulam as paredes do intestino recebem as substâncias não dissolvidas. Ambas alimentarão as células do nosso corpo.
2. Oxigenação dos tecidos: a cada passagem do sangue pelos pulmões ele leva uma grande quantidade de oxigênio. É nos alvéolos pulmonares que ocorre a troca de gases. Dos alvéolos, que são formados por uma fina camada de células, sai o oxigênio que irá para o sangue, enquanto o sangue devolve dióxido de carbono para o interior dos alvéolos.
3. Desintoxicação do tecido intersticial: os resíduos metabólicos precisam ser

eliminados do interstício como CO₂ resultante da respiração das células, a uréia que é resultante do metabolismo de aminoácidos eletrólitos, cuja eliminação mantém o equilíbrio hídrico, compostos sulfurados, cálcio, etc.

4. Desintoxicação da musculatura esquelética: quando se pratica excesso de exercício físico e o oxigênio não é mais suficiente, a célula transforma o açúcar em ácido láctico na tentativa de obter mais energia. O excesso de ácido láctico no músculo provoca contrações, causando dor. Pelas manobras de drenagem linfática, consegue-se eliminação mais rápida desse ácido.
5. Distribuição de hormônios: que são responsáveis pelo equilíbrio de substâncias excretadas ou reabsorvidas pelo organismo.
6. Quantidade de líquidos excretados: pela urina, fezes, transpiração, etc.
7. Melhor cicatrização: o excesso de líquido intersticial é prejudicial à cicatrização, pois dificulta a proliferação celular e a síntese protéica em razão de baixo pH, alta tensão de CO₂ e baixa concentração de O₂. Como conseqüência, o índice de infecção será maior, com possível formação de tecido cicatricial

exuberante. (MAURICIO DE MAIO, 2004).

METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado com o objetivo de aprofundar o estudo e ter fidedignidade sobre a eficácia da drenagem linfática manual em pacientes que foram submetidos a uma lipoaspiração abdominal. Através de uma revisão de literatura o trabalho buscou sempre relacionar a opinião de diversos autores a respeito da eficácia da drenagem linfática manual no tratamento do pós-operatório de lipoaspiração abdominal.

DICUSSÃO

Ao início do trabalho, acreditava-se que a drenagem linfática manual teria uma eficácia importante no pós-operatório de lipoaspiração abdominal. E este foi confirmado através da revisão bibliográfica explorada neste trabalho.

Segundo Leduc e Leduc (2000), o surgimento do edema está ligado à circulação linfática, seja diretamente em conseqüência do aporte do líquido ou indiretamente em conseqüência do aporte do líquido ou indiretamente, em conseqüência de uma patologia específica ou trauma. Comprovou-se que os sinais pós-operatórios, como o edema, estão ligados a circulação linfática em conseqüência de uma patologia linfática específica (neste caso por trauma ao ato cirúrgico). Observa-se assim uma insuficiência venosa ligada a uma insuficiência do próprio sistema linfático. A grande adaptabilidade do sistema linfático que normalmente drena cerca de 2 a 2,5 litros de linfa a cada 24 horas, permite caso necessário, a evacuação de até 20 a 30 litros nessas 24 horas.

A primeira drenagem linfática deve ser executada logo após o término da cirurgia, quando a paciente volta ao seu leito. Esta drenagem deve abranger as áreas próximas a cirurgia, mas sem tocar nas regiões descoladas, para garantir o livre escoamento da linfa. Esta primeira drenagem alivia a pressão provocada pelo edema e tem ainda uma ação calmante e relaxante. De 24 a 48 horas após a cirurgia, a drenagem linfática manual pode avançar cuidadosamente sobre as áreas descoladas. Deverão ser executadas pressões levíssimas, capazes de auxiliar a penetração do líquido nos capilares sanguíneos e linfáticos intactos da região vizinha, a fim de diminuir o edema e a congestão de gânglios. O pico de formação do edema é no terceiro dia, onde as pressões mecânicas feitas através de drenagem linfática manual eliminam o excesso fluido e diminuem a probabilidade de fibroses, evitando que ocorram seqüelas provenientes do ato cirúrgico (GUIRRO E GUIRRO, 2002).

Atesta-se assim, a eficácia da drenagem linfática manual em pós-operatório de lipoaspiração abdominal, pois a manobras de drenagem e de fricção suaves sobre as incisões evitam a formação de aderências cicatriciais, as quais comprometem tanto o aspecto quanto a função do tecido envolvido.

CONCLUSÃO

A drenagem linfática manual vem sendo cada vez mais utilizada, principalmente por pacientes submetidos à cirurgias plásticas. Este trabalho permitiu observar que mesmo no caso de uma cirurgia de lipoaspiração, onde as incisões são pequenas, o trauma sofrido pelos tecidos é de grande extensão, gerando conseqüências ao organismo, como edema.

O sistema linfático, por si só, é capaz de drenar de forma espontânea a linfa, porém, em estados “inflamatórios”, onde há uma identificação do fluxo linfático, a drenagem linfática manual atua

proporcionando ao paciente um período de recuperação mais rápido.

Através da revisão bibliográfica, pode-se observar que, de acordo com a fisiologia da drenagem linfática manual, esta técnica tem indicação justificada no tratamento pós-operatório de lipoaspiração.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAROUDI, R. **Cuidados pós-operatórios. Locais e sistêmicos, para lipoaspiração.** 2ª ed. São Paulo: Hipócrates, 1984.
- BARROS, M^a. H. **Fisioterapia – Drenagem Linfática Manual,** 1ª ed São Paulo: Hipócrates, 1984.
- GODOY, J.M.P.; GODOY, M.F. **Drenagem Linfática Manual: novo conceito.** Revista HB Científica São Paulo; 2004.
- GUIRRO, E.; GUIRRO, R. **Fisioterapia Dermato-Funcional .** 3ª ed. São Paulo: Manoele, 2002.
- LEDUC, ALBERT & LEDUC, OLIVER. e **Drenagem Linfática: Teoria prática.** 2ª ed. São Paulo: Manoele, 2000.
- MAIO, M. **Tratado de Medicina Estética, vl. I, II, III.** São Paulo: Roca, 2004.
- MC GREGOR, ALAND; MC GREGOR, ILAN. **Técnicas Fundamentais e Cirurgia Plástica e suas Aplicações Cirúrgicas.** 9ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 1996.
- MELÉGA, JOSÉ M. **Cirurgia Plástica Fundamentos e Arte. Editora Médica e Científica Ltda. ,** 2003.
- MENDONÇA, H. C.; MENDONÇA, H. **Lipoescultura. Lipoaspiração. Cirurgia Plástica Estética, 2001.** Disponível em: <http://www.cirurgiaestetica.net/lipo.html>. Acessado em 21/05/2009 às 22:00 hs.
- ORSINI, S. **Homens se Rendem ao Bisturi.** Disponível em: <http://www.investnews>, 2004. Acessado em 20/05/2009 às 23:00 hs.
- SILVA, D. B. **A Fisioterapeuta Dermato-funcional como Potencializadora no pré e pós-operatório de Cirurgia Plástica.** Revista Fisio & Terapia. São Paulo, 2001.
- SOUZA, P. E. B.; REYS. M. F. C.; JUNIOR, W. N. M.; **Os Pioneiros ea Evolução.** Rio de Janeiro, 1999.

