

# O benefício da fisioterapia utilizando a drenagem linfática manual facial no pós-operatório de Blefaroplastia

Karen Camila Souza de Oliveira<sup>1</sup>

karenzinha\_oliveira@hotmail.com

Pós-graduação em Fisioterapia Dermato-Funcional – Faculdade Àvila

## Resumo

*Esse trabalho tem como objetivo enfatizar a drenagem linfática facial como recurso fisioterapêutico após cirurgias plásticas faciais, como a Blefaroplastia que esta sendo abordada neste artigo. Onde o paciente depara-se com o que ninguém gosta: a dor, o edema, o hematoma e outros desconfortos decorrentes do processo cirúrgico. Através da fisioterapia no pós-operatório cirúrgico, podemos aperfeiçoar o resultado da cirurgia diminuindo as queixas, como minimizar também as queixas que muitas vezes causam traumas para os pacientes. O benefício da reabilitação em pacientes que foram submetidos à Blefaroplastia, destacando-se que a fisioterapia adequada utilizando-se a drenagem linfática tem muito a contribuir no pós-operatório, esclarecendo aos cirurgiões os detalhes e a fundamentação desta.*

**Palavras-Chaves:** *Blefaroplastia; Drenagem Linfática; Fisioterapia.*

## 1. Introdução

Na fisioterapia há vários recursos para serem utilizados, um deles é a drenagem linfática manual, que vêm demonstrando eficácia e bons resultados para a reabilitação do paciente. O tratamento pos cirúrgico imediato ou tardio tendo-se como objetivo prevenir: edemas, enfisemas cutâneos, retrações cicatriciais, fibroses, lipomas, seromas, déficit de sensibilidades e contraturas musculares. A drenagem linfática manual (DLM) hoje em dia esta sendo bastante abordada e utilizada nos tratamentos de linfedema no Brasil e em todo o mundo, pelos profissionais que conhecem com profundidade a anatomia humana e fisiopatologia, principalmente o do sistema linfático, ao qual esta sendo abordada do neste artigo. A DLM realizada de forma errônea pode ser lesiva e ocasionar complicação. A formação da linfa e do fluxo linfático esta em sincronismo com o sistema sangüíneo. Aos poucos a DLM foi sendo apoiada cientificamente, sendo aperfeiçoada e modificada, chegando a sua comprovação na sua eficácia: Foldi (Alemanha), Leduc (Bélgica), Cluzan (França), Casley – Smith (Austrália). O principal objetivo da DLM é drenar o excesso de fluido acumulado nos espaços intersticiais, para manter o equilíbrio das pressões tissulares e hidrostáticas. A blefaroplastia é uma das cirurgias estéticas mais realizadas no mundo, onde se remove a pele enrugada e descaída das pálpebras superiores e/ou inferiores. No decorrer do envelhecimento, a pele perde parte da sua gordura e grande parte da sua elasticidade, tornando-se flácida e com rugas. Este processo que pode ser acelerado ou não, faz com que as pálpebras fiquem salientes, onde a remoção da pele tem por fim melhorar a aparência do indivíduo.

---

<sup>1</sup> Pós-graduando em fisioterapia Dermato Funcional

Na blefaroplastia superior, se remove do centro de cada pálpebra superior, uma dobra horizontal de pele, de modo que a cicatriz fique ao longo de uma prega natural.

Na blefaroplastia inferior, a incisão é feita abaixo das pestanas (cílios), de modo a que a cicatriz fique na zona de sombra das mesmas e se prolongue obliquamente, de modo a parecer uma ruga de expressão.

A indicação da DLM no pré-operatório deve-se pelo fato de ajudar a desintoxicar o organismo, auxiliando a remoção do sangue, descongestionando os vasos e tecidos, ajudando o aspecto da pele, ativando e limpando, nutrindo e regularizando os tecidos, auxiliando a capacidade de auto defesa e auto purificação do corpo, antecipando o metabolismo para a eliminação dos radicais livres, proporcionando nutrientes e hidratação ao tecido para a cirurgia. No pós-operatório o líquido que fica estagnado é direcionado aos coletores linfáticos, aumentando assim a absorção linfática.

Este trabalho justifica-se pela falta de conhecimento juntamente com seus benefícios e da importância da DLM nos pós-operatórios para a população como um todo. Assim, o objetivo deste trabalho é analisar o benefício da DLM no pós-operatório de cirurgias plásticas, enfatizando a técnica da blefaroplastia.

## 2. Anatomia e fisiologia do sistema linfático

O sistema linfático é formado por vasos e órgãos linfóides e nele circula-se a linfa, sendo um sistema auxiliar de drenagem para o sistema venoso. Os vasos linfáticos estão ausentes no sistema nervoso central, na medula óssea, nos músculos esqueléticos e em estruturas avasculares.

A principal função do sistema linfático é reabsorver as proteínas plasmáticas provenientes dos capilares no filtrado que não conseguiram retornar pelos capilares venosos. Outra função é a imunologia, realizando a filtração da linfa nos linfonodos, antes da linfa atingir o sistema nervoso. Esta é pobre em células e durante o seu trajeto nas passagens pelos linfonodos é enriquecida por células com a função de imunologia, principalmente as células de monócitos e plasmócitos. Este sistema linfático também funciona como válvula de segurança, evacuando o excesso de líquido que entra no interstício. A linfa é formada a partir dos produtos que são filtrados pelos capilares arteriais, pelos produtos das células e do interstício. Este fluido quando penetra nos vasos linfáticos é chamado de linfa, enquanto esta ainda está nos espaços intersticiais, é chamado de líquido intersticial.

O sistema linfático assemelha-se ao sistema sanguífero em muitos aspectos, mas ele difere em outros. Assim, o sistema linfático está constituído de capilares onde ocorre absorção do líquido tecidual mas estes capilares são tubos de fundo cego. Por outro lado, o sistema linfático não possui um órgão central bombeador, apenas conduzindo a linfa para vasos mais calibrosos que desembocam principalmente em veias do pescoço. Uma outra importante diferença é que aos vasos linfáticos associam-se estruturas denominadas **linfonodos**. ( D'ANGELO e FATTINI, 2004: 101; 102).

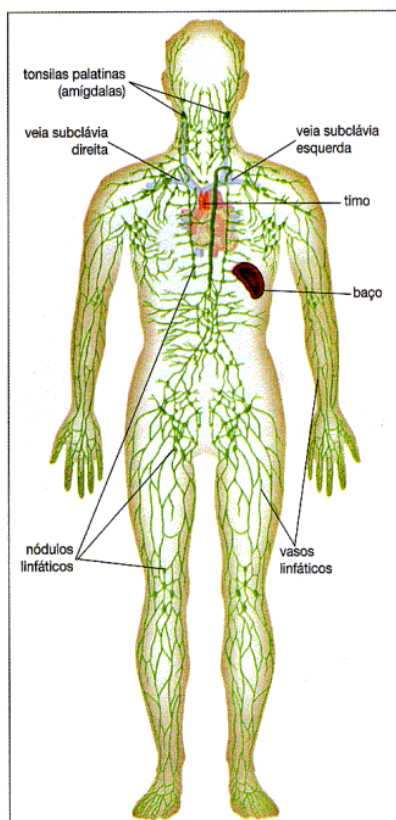
Segundo Godoy (1958), o sistema linfático é uma parte do sistema circulatório, onde este é constituído por uma rede de capilares, vasos, troncos, ductos, além de outras estruturas agregadas como linfonodos, baço e timo.

O sistema linfático possui uma drenagem de pressão baixa. Este possui duas funções importantes: de imunologia e de conduzir a linfa como parte do sistema circulatório.

O sistema linfático se estende por todo o organismo em forma de rede, iniciando-se pelos capilares linfáticos, que confluem para formar os coletores pré-modais. Vários desses coletores (vasos aferentes) caminham para os linfonodos e quando os deixam

(pós nodais) são denominados de coletores eferentes. Normalmente são em menos número do que quando chegam aos linfonodos. Esses coletores eferentes caminham para formar os troncos linfáticos. Os ductos linfáticos são os vasos da porção final da drenagem linfática, que desembocam no sistema venoso, ao nível da junção subclávia-jugular. (GODOY, 1958: 9).

Os linfáticos iniciais (capilares linfáticos) se originam em fundos cegos, onde sua forma é de dedos de luva, e a sua continuidade os vasos se unem para formar os coletores aferentes ou eferentes. Os capilares linfáticos evoluem para vasos maiores que são os coletores. O sentido do fluxo é ascendente, onde a linfa atravessa um ou mais linfonodos antes de se unir a corrente sanguínea, seguindo o sentido da drenagem venosa. Os vasos linfáticos que saíram de grupos específicos se tornam os troncos linfáticos, estes irão drenar para os vasos de maior calibre de diâmetro, que são os ductos: ducto linfático direito e ducto torácico; onde respectivamente drena parte do lado direito do corpo e drena o lado esquerdo e o restante do corpo direito do corpo. Os linfangions são os seguimentos dos vasos entre duas valvas, este impulsiona a linfa, ocasionando a propulsão linfática. Os linfonodos filtram e produzem as células de defesa, sendo que em cada parte do corpo existem três grupos de linfonodos: linfonodos inguinais, axilares e cervicais.



<http://www.afh.bio.br/imune/linfa1.asp>

Segundo LEDUC e LEDUC (2000) a linfa se infiltra no seio marginal ou subcapsular, que contém linfócitos e macrófagos; logo após ela é transportada por canais até o seio medular, onde esta é recaptada pelos vasos eferentes que surgem o hilo.

O gânglio linfático é formado por dois tipos de células: células reticulares que realizam a fagocitose e a pinocitose, onde esta absorve as substâncias líquidas; e as células

linfóides que possuem a memória imunológica onde estas são especializadas em reagir diretamente, ou através de anticorpos para combater um único tipo de antígeno.

Em resumo, o sistema linfático é um sistema de drenagem que auxilia o sistema venoso no retorno dos componentes do sangue. Reabsorvem do interstício líquidos e produtos que deixaram a corrente sanguínea e que interagiram com o meio local, principalmente as células que não conseguiram retornar pelos capilares venosos. Esse fluido absorvido é denominado linfa. Passando pelos linfonodos a linfa é filtrada e recebe células (monócitos, plasmócitos), funcionando como uma verdadeira “lixreira” do organismo. Os produtos que sobraram no interstício são retirados, filtrados e devolvidos ao sangue, além de garantir proteção. (GODOY e GODOY, 1958: 28; 29).

Segundo LEDUC e LEDUC (2000) a ação da drenagem linfática é definida a partir de experimentos realizados com animais, e depois foi verificada por numerosos estudos na clínica humana. As técnicas manuais de drenagem possuem uma ação evidente sobre as proteínas, assim como nas massas líquidas, onde a drenagem linfática é a abordagem terapêutica de opção para o início do tratamento.

Enfim, representa uma via auxiliar de drenagem do sistema venoso, sendo constituído por uma vasta rede de vasos ou capilares linfáticos. Esses vasos linfáticos distribuem por todo o corpo humano e tem como função recolher o líquido intersticial, através de vasos aferentes, direcionando-os aos gânglios linfáticos para serem filtrados e reconduzidos a circulação sanguínea, através dos vasos linfáticos eferentes.

Como o artigo é direcionado a DLM na blefaroplastia (cirurgia de pálpebras), será enfatizada a área de cabeça e pescoço, ou seja, da face.

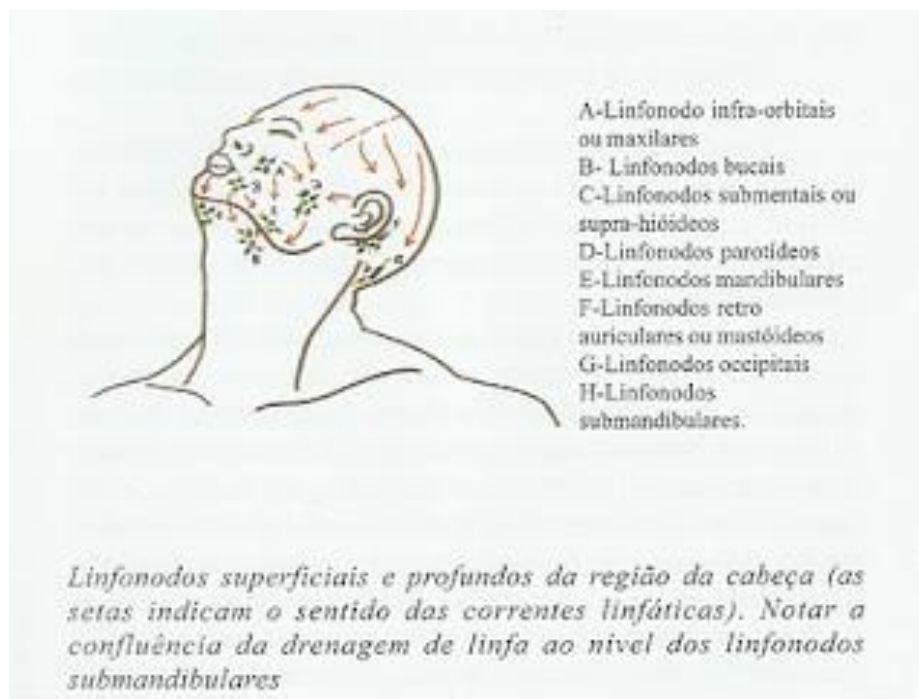
### **Linfáticos da cabeça**

Todos os vasos linfáticos da cabeça e do pescoço drenam para os linfonodos cervicais profundos, através de grupos de nodos linfáticos, que são constituídos pelo chamado colar pericervical que se localiza no nível da junção da cabeça com o pescoço. A drenagem linfática da cabeça realiza-se através de quatro correntes principais: anterior, parotídea, occipital e retroauricular ou mastóidea. (GODOY e GODOY, 1999).

Segundo LEDUC e LEDUC (2000) o círculo ganglionar peri-cervical compreende:

- O grupo occipital profundo, situando-se no ângulo pósterio-superior do músculo esternocleidomastóideo (ECOM) e sobre o tecido fibrotendinoso que recobre a linha do occipital superior, recebendo os linfáticos da porção occipital do couro cabeludo. Os vasos eferentes encontram as cadeias profundas do ECOM próximo da fossa retroclavicular;
- O grupo mastóide, situando-se na porção do ECOM, recebendo os vasos linfáticos da face posterior do pavilhão auricular e do território parietal do couro cabeludo. Os vasos eferentes se encontram os aferentes do grupo parotídeo e após descem pela margem superior.
- O grupo parotídeo, subdivide em três grupos: superficiais pré-auricular, subaponeurótico e os gânglios intraglandulares; este grupo recebe a linfa das regiões temporal e frontal do couro cabeludo, das pálpebras, da raiz do nariz, do ouvido externo e etc.;

- O grupo submaxilar profundo, localizando-se na borda inferior da mandíbula, recebendo a linfa da pálpebra inferior, do nariz, da bochecha, dos lábios, das gengivas e do assoalho bucal;
- O grupo submentoniano, podendo ser profundo ou superficial, localiza-se entre os ventres dos dois digástricos, recebendo a linfa do queixo, do lábio inferior, da parte mediana da gengiva inferior, do assoalho bucal e da ponta da língua.



<http://crispetersen.blogspot.com.br/2010/08/drenagem-linfatica-manual-facial.html>

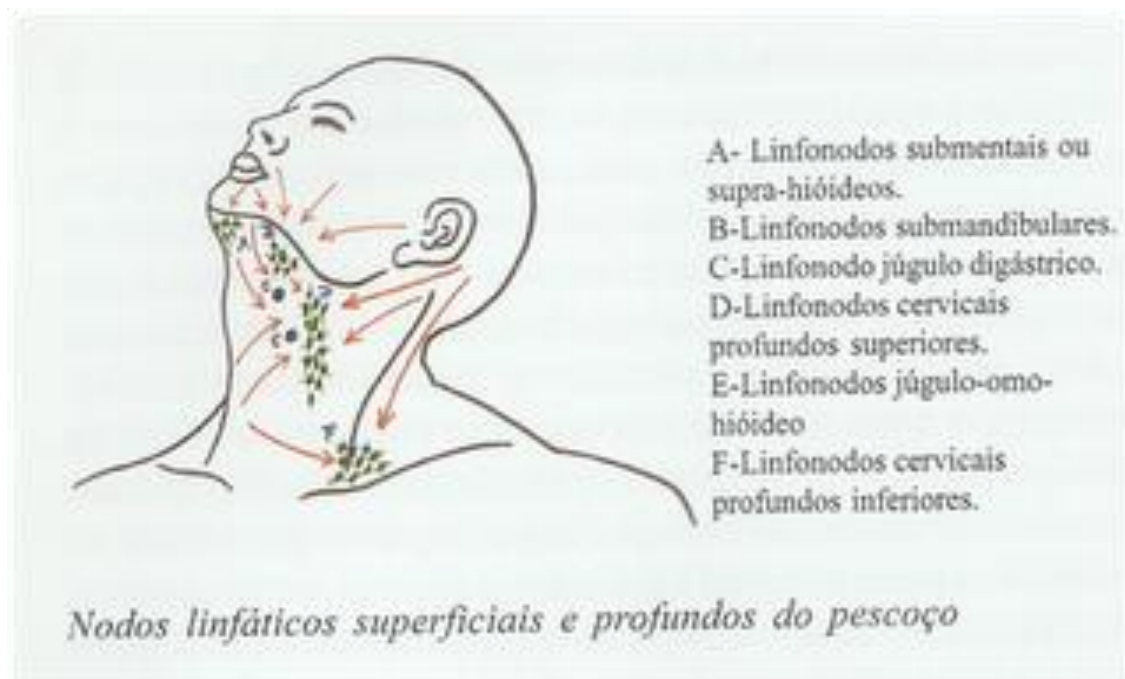
### **Linfáticos do pescoço**

Os linfonodos cervicais superficiais situam-se na veia jugular externa no triângulo posterior do pescoço, superficialmente ao músculo ECOM, e ao longo da veia jugular anterior no triângulo cervical anterior, direcionando as eferências linfáticas aos nodos linfáticos profundos. Dividem-se em um grupo superior que perfura a membrana tíreo-hióidea e um inferior.

Os grupos laterais profundos do pescoço são também chamados de cadeia ganglionar subesternocleidomastoídea profunda, os grupos laterais profundos do pescoço que se localizam da mastóidea até a base do pescoço.

De acordo com LEDUC e LEDUC (2000) o grupo cervical profundo justavisceral compreende em: gânglios retrofaríngeos; gânglios pré-laríngeos; gânglios pré-traqueais e os gânglios da cadeia recorrente.

Os vasos linfáticos da cabeça e do pescoço vão até os gânglios subesternocleidomastóideos e começando por estes, partem vasos eferentes que se reúnem de cada lado em um tronco, o tronco jugular. Este tronco se desemboca à direita, na união das veias jugular interna e subclávia direita; enquanto que à esquerda, se desemboca no canal torácico, onde se localiza um pouco acima da desembocadura na subclávia.



<http://crispetersen.blogspot.com.br/2010/08/drenagem-linfatica-manual-facial.html>

### 3. Blefaroplastia

A blefaroplastia não é só mais uma cirurgia plástica da face, mas sim esta é feita separada, devido a sua área ser anatomicamente especial e delicada. Ainda que, esta possa ser feita apenas nas pálpebras superiores ou nas inferiores, ou ate mesmo em todas simultaneamente; e ser associada à cirurgia da face. As pálpebras envelhecidas assumem aspecto de relaxamento da pele associados com a formação de rugas em torno dos tecidos periorbitários, ocasionalmente com modificações da cor da pele apresentando-se escurecidas e por vezes ricas em depósitos de colesterina, formando xantelasma palpebrais. A idade ideal para realização deste procedimento varia de idade para idade, sendo que a pálpebra a partir dos 35 ou 40 anos a pele começa a sobrar na região da pálpebra. Não havendo uma idade padrão, mas sim pela solicitação do paciente e pelo exame físico minucioso.

Estudos demonstraram que a sensibilidade da pálpebra superior pode ser temporariamente afetada após a blefaroplastia. Isto é devido a uma interrupção dos ramos sensoriais do nervo trigêmeo durante a incisão e na dissecação realizada na pálpebra.

Antes de ser realizada, exige exame minucioso do problema e certos cuidados, como verificar se há outras doenças gerais dos rins, vesícula, tireóide e sangue etc. As doenças renais ou a própria idade condiciona uma certa retenção de fluidos nas pálpebras, o mesmo pode ser dito em relação à doença da tireóide nos vasos de retenção de água. É muito importante também que se investigue se o individuo faz uso de aspirina, que, por ser um agente anticoagulante, pode gerar hematoma no pós-operatório. (LIMA; GOMES, 1984:52).

De acordo com SCHOR e FREITAS (1992), três aspectos são essenciais nesse tipo de cirurgia plástica: a sobra de pele e o tamanho da bolsa de gordura de cada uma delas e o tamanho da cicatriz no final da cirurgia. Quanto maior a sobra de pele, maior é a cicatriz.

Segundo LIMA E GOMES (1984), que a causa das pálpebras envelhecerem é a distribuição anômala dos músculos periorbitários, que proporcionam o relaxamento da fàscia

orbital, predominando uma gordura que envolve o globo ocular, que faz pressão de dentro para fora, formando gradativamente as bolsas palpebrais.

Estas bolsas palpebrais podem ser de caráter hereditário, sendo que membros da mesma família podem apresentá-las, embora algumas condições clínicas podem agravar o processo, como a tensão endo-orbitária por tensão arterial maior, infecção dos seios maxilares e dos demais seios paranasais ou até mesmo, o déficit visual não corrigido condicionando uma tensão permanente dos músculos palpebrais.

No pós-operatório os pacientes que apresentavam as bolsas palpebrais demonstram uma fenda palpebral mais ampla; os olhos se sobressaem à face e a aparência melhora, sendo assim uma cirurgia reconstrutora, retirando-se a pele em excesso e trata músculos afrouxados proporcionando uma estética melhor.

O procedimento na maioria dos casos é realizado com anestesia local, sendo que em alguns casos pode-se dar uma sedação prévia. A anestesia geral é dificilmente aplicada, somente sobre casos excepcionais como, por exemplo, esta esteja sendo realizada simultaneamente a outras cirurgias.

O tempo de internação varia de acordo com o tipo da anestesia que foi aplicada. Com anestesia local o paciente fica internado até 12 horas, e com anestesia geral fica por volta de 24 horas.

O tempo da cirurgia dura por volta de 90 minutos, podendo variar de acordo com os detalhes que podem prolongar ou não o procedimento.

O edema varia de acordo com cada paciente e seu organismo, onde há pacientes que no 4º ou 5º dia se encontram com aspecto razoavelmente moderado, outros ficam com o aspecto natural somente com uma semana. Sendo que o “pico” do edema se encontra até o 3º dia de pós- operação.

O resultado definitivo só é observado seis meses após a cirurgia, sendo que no 8º dia de pós-operatório já se obtêm 50% aproximadamente o resultado esperado.



#### 4. Drenagem Linfática manual

Em quase os todos os casos a cirurgia é feita com anestesia local, para ter-se uma orientação quanto à quantidade de pele a ser retirada, solicitando que o paciente abra e feche os olhos. Após a intervenção cirúrgica os olhos do paciente ficam cobertos com gazes durante algumas horas. Nos primeiros dias é orientada a utilização de compressa fria sobre as regiões. A recuperação pós-operatória é um pouco desconfortável, devido as fases do edema, que chega a seu ponto máximo no terceiro dia.

A DLM possui um dos pilares da terapia física complexa, conhecida pelo método de Foldi. Esta técnica foi publicada em Paris em 1936 pelo Dr. Vodder, e desde então varias contribuições foram acrescentadas. Indicado para qualquer tipo e grau de linfedema, sendo como objetivo final a remoção do excesso de proteína plasmática do interstício celular, reequilibrando a carga de proteína linfática e a capacidade de transporte do sistema linfático, ou seja, evacuação dos dejetos provenientes do metabolismo celular.

Na DLM as manobras são suaves e superficiais, utilizando-se uma pressão sugerida de 30 a 40mmHg para mobilizar a corrente de liquido que esta dentro de um vaso linfático em nível superficial e acima da aponeurose.

Segundo GUIRRO e GUIRRO (2004) a pressão no linfangion pode ser de poucos milímetros, podendo chegar a 100 mmHg nos membros inferiores.

Varias técnicas de massagem são denominadas de drenagem linfática e usadas de maneira inadequada, ocasionando prejuízos ao paciente ao invés de melhoras, onde não se deve executar manobras no sentido inverso da drenagem, pois não terá validade. Devido a isto, é importante que o profissional executante saiba deste fato e tenha domínio sobre a técnica para que não haja lesões.

A drenagem linfática manual consiste em movimentos de deslizamento sobre o trajeto dos vasos linfáticos e de compressão nas regiões dos linfonodos. E por este motivo é indispensável conhecer toda a anatomia das vias linfáticas.

O sentido da drenagem na face deve ser realizado com a cabeça posicionada a uma elevação de 15 a 20° antes da drenagem, com o direcionamento e a pressão acompanhando o da circulação linfática e venosa tanto no tronco quanto nos membros.

De acordo com GODOY e GODOY (1958) os efeitos secundários decorrentes da drenagem são:

- Ação sobre o sistema nervoso vegetativo produzindo estímulo parassimpático ocasionando relaxamento;
- Ação sedativa sobre os reflexos álgicos;
- Ação sobre gânglios com efeito imunológico.

Há dois processos que contribuem para a evacuação desses líquidos intersticiais. Processo de captação, e processo de evacuação respectivamente.

Segundo GUIRRO e GUIRRO (2004) a técnica de drenagem linfática esta representada por duas técnicas: a de Leduc e a de Vodder. As duas técnicas possuem três tipos de manobras: manobra de captação; manobra de reabsorção e manobra de evacuação respectivamente. Onde a diferença entre elas esta no local da aplicação.



A manobra de captação ou de reabsorção é realizada pela rede de capilares linfáticos, onde esta é consequência do aumento local da pressão tissular, ou seja, quanto maior a pressão, maior é a captação pelos capilares linfáticos. É realizada diretamente sobre o segmento edemaciado, justamente para aumentar a captação da linfa pelos linfocapilares. Enfim, a captação é realizada no mesmo nível da infiltração. É executada com a mão em contato com a pele pela borda ulnar do quinto dedo, e os dedos imprimem sucessivamente uma pressão, sendo levados por um movimento circular do punho, e a palma da mão participa igualmente da instalação da pressão.

De acordo com LEDUC e LEDUC (2000) a manobra produz um aumento da pressão tissular, e a orientação da pressão promove a evacuação. A pressão deve então, ser orientada no sentido da drenagem fisiológica.

A manobra de evacuação, que se localiza longe da área de infiltração, dos elementos recaptados pelos capilares. Este transporte de linfa que se encontra nos vasos é realizado pelos pré-coletores em direção aos coletores linfáticos. É executada com a mão em contato com a pele pela borda ulnar da mão livre e os dedos desenrolam-se a partir do indicador até o dedo anular, tendo como contato a pele que é estirada no sentido proximal ao longo da manobra. Os movimentos são realizados com suavidade, semelhantes a uma apalpação discretamente apoiado.

### **Drenagem linfática para pós-operatório de Blefaarolastia( Cabeça e Pescoço)**

A DLM é executada primeiramente no pescoço precedendo a drenagem da cabeça e da face, devido estarem em posição distal em relação ao pescoço sobre as vias de evacuação da linfa. Realiza-se a drenagem do pescoço por círculos com os dedos que fazem uma pressão sucessiva no nível da fossa retroclavicular. Logo após, realiza-se círculos sobre as vias de evacuação pré-esternocleidomastoideas até o músculo mastóide. A drenagem continua ao longo da borda posterior do músculo ECOM. As massas laterais do pescoço, que possuem coletores e de gânglios, são drenadas em direção à evacuação retroclavicular, e de forma gradativa os círculos com os dedos se deslocam até os gânglios mastoideanos.

Na região da nuca drena-se lateralmente para o exterior, realizando círculos a partir da fossa retroclavicular, finalizando sobre a linha da nuca média, dando continuidade até a inserção craniana do trapézio.

A DLM na face começa pelos gânglios submaxilares, pré-auriculares e submentonianos, situados entre os músculos digástricos. Realiza-se a drenagem primeiramente no maxilar do que na ponta do mento, devido os coletores dos gânglios submentonianos, desembocarem nos gânglios submaxilares.

Na região do tegumento da esfera bucal, a drenagem é realizada na ponta do mento, realizando círculos com os dedos. As manobras drenam a linfa a partir do lábio inferior e vai até os gânglios submentonianos e os gânglios submaxilares. A drenagem continua com a evacuação da linfa pelas vias submaxilares com direcionamento aos coletores pré-esternocleidomastóides. Termina-se com a drenagem do pescoço em direção à fossa retroclavicular.

A maioria dos coletores linfáticos da bochecha, da pálpebra inferior e do nariz desemboca nos gânglios submaxilares; porém tem alguns que vão à cadeia ganglionar pré-auriculares. A drenagem de demanda começa nos gânglios submaxilares. Os movimentos com os dedos direcionam a linfa em direção a essas cadeias, e pouco a pouco em direção aos

músculos zigomáticos drenando toda a zona definida pelo ângulo da mandíbula. Realiza-se a drenagem do gânglio pré-auricular e das vias aferentes partindo da pálpebra inferior até a base do rosto. Drenam ainda os gânglios bucinadores antes de direcionar para os coletores das asas do nariz. A depressão situada na raiz do nariz realizando círculos e durante essa manobra, o profissional deverá evitar o apoio sobre o globo ocular.

A pálpebra inferior é drenada pela via de demanda em duas direções diferentes, a primeira é em direção à cadeia ganglionar pré-auricular e a outra vai em direção à bochecha e aos gânglios submaxilares. A drenagem das asas do nariz é executada da ponta em direção à raiz do nariz, e as pressões são orientadas no sentido da evacuação linfática.

A drenagem da bochecha, da pálpebra inferior e do nariz termina, no entanto, ao nível dos gânglios submaxilares.

Na região da frente, do músculo e da pálpebra superior, a drenagem é realizada pelos coletores linfáticos que se dirigem à cadeia pré-auricular. A DLM da face é realizada executando-se todas as manobras região por região, com exceção da drenagem da nuca.

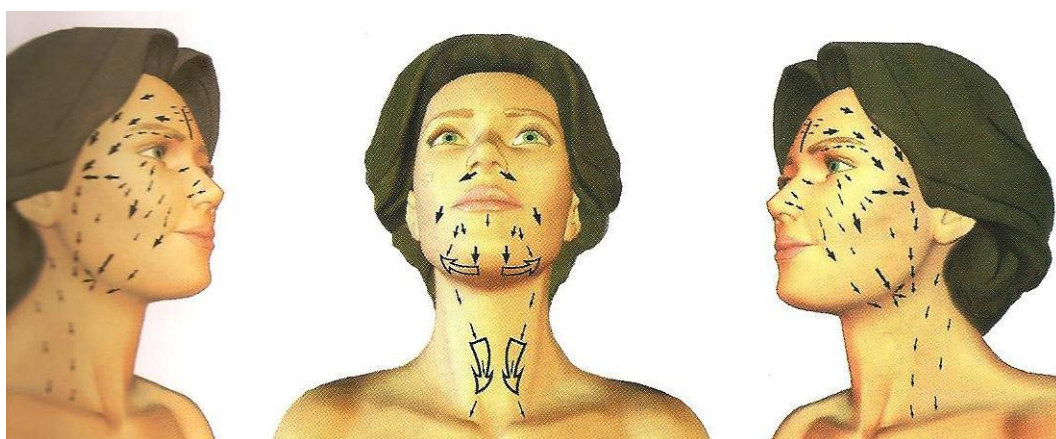
Logo após os passos anteriores, realiza-se a drenagem da cadeia ganglionar pré-auricular, onde a drenagem do pescoço até os gânglios do perímetro cervical é executada varias vezes, ou seja, os dedos se deslocam a partir da fossa retroclavicular em direção à cadeia ganglionar e voltam até o ponto de partida retroarticular. Enfim a drenagem do pescoço constitui a drenagem linfática manual de demanda para a face.

As drenagens do tegumento maxilar, dos gânglios bucinadores e do mento precedem a drenagem dos lábios, das bochechas e das têmporas.

O profissional executante da DLM realiza as mesmas manobras. As manobras tem o sentido de vai e vem, realizando deslocamento dos dedos em sentido inverso, partindo-se das zonas mais distantes até as cadeias ganglionares do perímetro cervical.

As manobras de ida estabelecem a demanda sobre a região a ser drenada, enquanto o retorno empurra a linfa em direção ao pescoço aos poucos. As manobras de retorno são realizadas com mais repetições do que as de demanda.

De acordo com LEDUC e LEDUC (2000) a drenagem realizada na face só é executada duas ou três vezes no durante uma sessão de tratamento.



## **Indicações**

De acordo com GUIRRO e GUIRRO (2004) as manobras são indicadas na prevenção e/ou tratamento de:

- Edemas;
- Linfedemas;
- Fibro edema gelóide;
- Queimaduras;
- Enxertos;
- Acnes;
- Entre outros.

## **Contra-Indicações**

- Processos infecciosos;
- Neoplasias;
- Trombose venosa profunda;
- Erisipela;
- Entre outras.

## **Orientações para a execução da drenagem linfática**

- A pressão exercida durante a drenagem deve seguir sempre o sentido fisiológico da drenagem;
- O segmento a ser drenado em questão deve estar em posição de drenagem;
- O procedimento deve iniciar-se pelas manobras de evacuação para facilitá-la, para congestionar as vias linfáticas;
- O conhecimento das vias de drenagem e sua execução é indispensável para o sucesso da terapia;
- As manobras devem ser de forma rítmica e intermitente com pressão de 45mmHg na presença de linfedemas;
- Em lesões recentes, as manobras realizadas com arrastamento devem ser dispensadas pela probabilidade de promover cicatrização inadequada.

## **Conclusão**

A área da fisioterapia dermato funcional esta crescendo em grande escala, conforme é esclarecido o seu papel e sua objetividade, os tratamentos estéticos ou reparadores vem sendo mais um leque, ou seja, uma ferramenta de aperfeiçoamento dos procedimentos realizados geralmente todos os dias. Com isso é de extrema importância mais estudos de casos ou de campos para que possa se obter mais dados cientificamente comprovados, para que se tenha informações certas, para que a população e as demais profissões da área da saúde saibam, tenham do conhecimento no que a fisioterapia dermato funcional abrange, no que esta atua, faltando por muitas vezes a falta de informação do que tão eficaz , e principalmente necessária para acelerar o processo de evolução do quadro destes pacientes que realizam cirurgias estéticas e/ou reparadoras.

Após a reunir as informações os estudos e referencias encontradas do objetivo proposto, foi concluído que o resultado da técnica de drenagem linfática no pós-operatório de Blefaroplastia é eficaz, de extrema melhorias e potencializa a absorção do edema e linfedemas, acelerando a evolução e o aspecto saudável do paciente.

## **Bibliografia**

COLANERI, A. G. F. **Cirurgia Plástica – Blefaroplastia**. Disponível em <[http://www.cirurgiaestetica.com.br/perguntas/perguntas\\_cirurgia\\_palpebras.asp](http://www.cirurgiaestetica.com.br/perguntas/perguntas_cirurgia_palpebras.asp)>. Acesso em: 01 de dezembro de 2011.

DÂNGELO, J. G.; FATTINI, C. A. **Anatomia humana sistêmica e segmentar**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2004.

LEDUC, Albert.; LEDUC, Olivier. **Drenagem linfática: teoria e prática**. 2 ed. Barueri, SP: Manole, 2000.

LIMA, Luiz.; GOMES, Antônio. **O que você deve saber sobre cirurgia plástica**. Rio de Janeiro, RJ: Tecnoprint S.A, 1984.

GODOY, J.; GODOY, M. **Drenagem Linfática Manual – Uma Nova Abordagem**. São José do Rio Preto, SP: Lin Comunicação, 1999.

GUIRRO, E.; GUIRRO, R. **Fisioterapia Dermato-Funcional – Fundamentos, Recursos e Patologias**. 3.ed. São Paulo: Manole, 2004.

GUIRRO, E.; GUIRRO, R. **Fisioterapia em Estética – Fundamentos, Recursos e Patologias**. 2 ed. São Paulo: MIR. Assessoria Editorial Ltda.

PRADO, N. M. *Efeitos drenagem linfática facial no pós-operatório do terceiro molar inferior em um consultório odontológico da cidade de Mogi das Cruzes, São Paulo, Brasil*. Revista novafisio, ano XII, N° 61, Mar/Abr 2008.

SILVEIRA, J.; LUCCI, L.; FONSECA JÚNIOR, N.; REHDER, J. *Efeitos da blefaroplastia na síndrome da disfunção lacrimal*. Revista Brasileira Oftalmologia, ano 2011; 70 (3): 151-6.

SHOR, N.; FREITAS, P. **Cirurgia plástica sem segredos**. São Paulo, SP: Prol editora gráfica ltda., 1992.