

Incidência da síndrome da mama fantasma e suas características clínicas

Incidence of phantom breast syndrome and its clinical characteristics

Ana Márcia Rodrigues
da Cunha
Lino Lemônica

Resumo

A síndrome da mama fantasma ocorre após a mastectomia, sendo pouco conhecida entre os profissionais da saúde. O objetivo deste estudo, de caráter retrospectivo, é avaliar a incidência da síndrome da mama fantasma e suas características. Foram entrevistadas, com questionário padronizado, 68 doentes mastectomizadas, observando-se idade, peso, estado civil, gestação, paridade, amamentação, tipo histológico do tumor, radioterapia e/ou quimioterapia. Quanto à síndrome questionou-se a presença, o tempo de início e duração e a intensidade da dor, fatores de melhora e piora e a presença de sintomas emocionais. O estudo das variáveis foi realizado pela estatística descritiva e por testes não-paramétrico de Mann-Withney e de Goodman. A sensação e a dor da mama fantasma ocorreram em 37 e 22 doentes, respectivamente, enquanto a síndrome da mama fantasma em 14. A maioria era casada, idade média de 55,7 anos e peso médio de 65,2kg. Gestação e paridade prevaleceram em 85,3%, e 80,9% amamentaram seus filhos. O carcinoma ductal infiltrante ocorreu em 83,8%, e radio e/ou quimioterapia em 89,7%. As alterações emocionais ocorreram em 38,3% das pacientes. Em razão da elevada incidência de desconfortos físico e emocional causados pela sensação e/ou dor da mama fantasma, é necessário que elas sejam diagnosticadas e tratadas.

Abstract

The "phantom breast syndrome" observed after mastectomy is not well known among health care professionals. The objective of this retrospective study is to evaluate the incidence of phantom breast syndrome and its characteristics. Sixty-eight mastectomized women were interviewed by a standardized questionnaire, taking into consideration age, marital status, pregnancy, number of deliveries, breast-feeding, histology of the tumor, radiotherapy and/or chemotherapy. As to the syndrome, questions related to the presence, time of onset and duration, intensity of pain, improvement or worsening factors and the presence of emotional symptoms were asked. The variables were analyzed by descriptive statistics and Mann-Whitney and Goodman non-parametric tests. Phantom breast sensation and pain were observed in 37 and 22 women, respectively, whereas the phantom breast syndrome was observed in 14. Most of them were married, mean age was 55.7 years and mean weight was 65.2 kg. Pregnancy and number of deliveries prevailed in 85.4% and 80.9% breast-fed their children. Infiltrating ductal carcinoma was observed in 83.8% and radiotherapy and/or chemotherapy in 89.7%. Emotional changes were observed in 38.3% of the patients. Due to the high incidence of physical and emotional discomfort caused by the phantom breast sensation and/or pain, it is important that they are diagnosed and treated.

Unitermos

Mastectomia
Síndrome da mama fantasma
Sensação
Dor
Incidência

Key words

Mastectomy
Phantom breast syndrome
Sensation
Pain
Incidence

Aceito para publicação em julho de 2002.

Departamento de Anestesiologia, Serviço de Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos, Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp.

Introdução

A síndrome do membro fantasma (SMF) com ou sem associação algica, respectivamente conhecida como dor fantasma e sensação fantasma, é uma entidade que se estabelece no período pós-operatório de amputação de uma extremidade^(5, 6). A síndrome fantasma tem sido também descrita após a retirada de outros órgãos ou regiões orgânicas, como nariz, língua, dedos, testículos, pênis, bexiga, mama e ânus^(3, 10, 13, 20), ou mesmo após lesões de arrancamento traumático de plexo, principalmente braquial. A sintomatologia fantasma é observada após mastectomia, como uma sensação de persistência, de prurido, de peso ou de formigamento em toda a mama ou em parte dela, mais freqüentemente na região do mamilo. Este quadro clínico, variável quanto à sua intensidade, denomina-se sensação da mama fantasma (SMF). Quando ocorrer somente dor é conhecida como dor da mama fantasma (DMF), e se estiverem presentes a sensação e a dor passa a ser denominada síndrome da mama fantasma (SdMF)^(1, 7, 13).

O câncer de mama é uma neoplasia com alta ocorrência entre as mulheres ocidentais, e os procedimentos cirúrgicos, juntamente com a quimio e a radioterapia, são as técnicas terapêuticas habituais^(7-9, 13), embora não se tenha pleno conhecimento das consequências por elas desencadeadas^(1, 4, 16, 17, 19). Deste modo, o elevado índice de doentes submetidas à mastectomia e suas variantes proporciona, como consequência, uma maior possibilidade de que sejam portadoras da síndrome. As principais teorias que tentam explicá-la estão relacionadas a fatores psicológicos^(1, 4), aumento da nocicepção e ofensas ao primeiro neurônio aferente e, portanto, envolvimento do sistema nervoso periférico^(7, 8, 20) e alterações de percepção pelo sistema nervoso central^(7, 23), embora nenhuma delas encontre plena aceitação científica.

Os dados epidemiológicos brasileiros sobre a incidência e a prevalência desta síndrome são inexistentes. Da mesma forma, ela é praticamente desconhecida entre os profissionais de especialidades distintas que deveriam estar atentos à sua presença. Em razão desta entidade não ser, via de regra, diagnosticada, e menos ainda tratada, por enorme segmento dos médicos, produz importante desconforto físico e incalculável agressão psicológica às doentes⁽¹⁾. Sendo assim, o objetivo deste estudo, de caráter retrospectivo, é avaliar a incidência da SdMF e suas características nas pacientes que realizaram cirurgia de mastectomia como parte do tratamento do câncer de mama.

Pacientes e método

O estudo, previamente aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição e com participação consentida, foi

de caráter retrospectivo, com a convocação das pacientes feita por meio de contato telefônico ou correio, a partir dos anais do Serviço de Assistência Social da Faculdade da Medicina de Botucatu/Unesp. Foram selecionadas 83 doentes, porém 15 não atenderam a convocação por motivos variados, portanto 68 efetivamente participaram do levantamento. Todas as doentes tinham diagnóstico de neoplasia de mama, tendo sido submetidas à cirurgia de mastectomia com ou sem complementação quimio e/ou radioterápica.

Para as 68 pacientes foi aplicado um questionário padronizado (**Anexo**) com perguntas diretas, considerando-se todos os atributos investigados, com o objetivo de caracterizar a população estudada e avaliar a ocorrência dos sintomas, incluindo a intensidade da dor de mama fantasma, e os fatores psicológicos envolvidos com a qualidade de vida das doentes. Para quantificar a intensidade da dor foram aplicadas a escala adjetiva verbal e a escala numérica verbal, sendo dor ausente = 0; dor leve = 1, 2, 3; dor moderada = 4, 5, 6; dor intensa = 7, 8; e dor insuportável = 9, 10.

Os atributos para identificar a população foram estado civil, escolaridade, religião, idade, peso, profissão, identificação do número de gestações, paridade e amamentação. Os dados relativos à doença foram o tipo histológico do tumor, submissão a radio e quimioterapia e tipo de cirurgia realizado. Para a identificação das características da síndrome foi questionada a presença de SMF, DMF e SdMF, o tempo de início após a mastectomia, o tempo de persistência e a intensidade da dor, características dos sintomas, fatores de melhora e de piora e relação com o período do dia. Finalmente foram investigados os sintomas emocionais, como ansiedade, depressão, sensação de perda, relacionamento familiar e alteração da libido.

O estudo das variáveis foi realizado pela estatística descritiva, envolvendo medidas de posição e de variabilidade⁽¹²⁾, e para a comparação destas variáveis foi utilizado o teste não-paramétrico de Mann-Withney⁽¹¹⁾. Quanto às variáveis qualitativas e ao estudo da proporção de resposta, realizou-se o teste de Goodman para contraste entre e dentro de populações multinomiais⁽²⁾. As conclusões relativas aos testes estatísticos foram realizadas no nível de 5% de significância. As significâncias, obtidas no teste de Goodman, foram indicadas por meio de letras minúsculas, na comparação dos grupos, e fixada a resposta e letras maiúsculas para comparação de respostas dentro do grupo. Duas proporções com uma mesma letra não diferem entre si ($p > 0,05$).

Resultados

O estado civil foi analisado e constatou-se que 46 mulheres (67,65%) eram casadas; 12 (17,65%), viúvas, oito (11,76%), solteiras; e duas (2,94%), divorciadas (**Tabela 1**).

Em relação à idade observou-se que a média foi de 55,7 anos (27-82). O peso médio foi de 65,2kg (37-100) (**Tabela 2**).

A gestação e a paridade estiveram presentes em 58 pacientes (85,29%), das quais 55 (80,88%) amamentaram seus filhos. Quarenta e três delas (63,3%) se dedicavam ao lar, e as restantes mantinham empregos variados.

O tipo histológico do tumor mais freqüente foi o carcinoma ductal infiltrante, em 57 doentes (83,8%).

A radioterapia e/ou a quimioterapia fizeram parte do tratamento da neoplasia de mama, sendo que 61 (89,71%) pacientes realizaram a radioterapia e 33 (48,53%) foram submetidas à quimioterapia (**Tabela 3**).

Quarenta e duas (61,76%) doentes não relataram sintomas emocionais, 12 (17,6%) apresentaram a sensação de perda e 14 (20,3%) citaram outras alterações psíquicas (**Tabela 4**).

A libido não se alterou em 36 (52,94%) pacientes, em 30 (44,1%) diminuiu ou estava ausente e em duas (2,9%) aumentou (**Tabela 5**).

Foi identificado que 37 (54,41%) doentes apresentaram a sensação da mama fantasma, sendo a maioria (56,7%) na região do mamilo (**Tabela 6**).

O tipo prevalente foi a presença da sensação da mama fantasma, acompanhada ou não de prurido, formigamento, peso e parestesia (**Tabela 7**).

Os menores tempos de início e de duração da sensação da mama fantasma foram de um mês, enquanto os valores máximos de início e de duração da sensação da mama fantasma foram de 72 e 198 meses, respectivamente. A média do tempo de início da sensação da mama fantasma foi de 6,27 meses e a da duração, de 30,97 meses (**Tabela 8**).

A persistência da sensação da mama fantasma encontrou-se presente em 25 (67,57%) pacientes, no entanto, em 12 (32,43%) pacientes que apresentavam a sensação da mama fantasma, ela não mais persistia (**Tabela 9**).

Trinta e cinco doentes (94,6%) com SMF e 26 sem SMF (83,9%) realizaram radioterapia (**Tabela 10**).

A diferença da média de idade das doentes com (55,6 anos) e sem SMF (55,8 anos) não foi significativa (**Tabela 11**).

Das pacientes com SMF, a libido não se alterou em 17 (45,95%), diminuiu em dez (27,03%), não havia em nove (24,32%) e aumentou em uma (2,7%) (**Tabela 12**).

Não houve alterações emocionais em 18 doentes (48,7%) com SMF e, entre as demais, foi reconhecida sensação de perda em dez (27%), ansiedade em oito (21,62%) e depressão em uma (2,7%).

Tabela 1 – Distribuição de freqüência do estado civil

Estado civil	Freqüência absoluta	Freqüência relativa (%)
Casada	46	67,65
Viúva	12	17,65
Solteira	8	11,76
Divorciada	2	2,94
Total	68	100

Tabela 2 – Medidas descritivas da idade e do peso das pacientes mastectomizadas

Estatística	Idade (anos)	Peso (kg)
Valor mínimo	27	37
Valor máximo	82	100
1º quartil	46	58
2º quartil	56	65
3º quartil	63	72
Média	55,7	65,2
Desvio padrão	± 12,7	± 13,3

Tabela 3 – Distribuição de freqüência da realização de radioterapia e quimioterapia

Exame	Radioterapia		Quimioterapia	
	Freqüência absoluta	Freqüência relativa (%)	Freqüência absoluta	Freqüência relativa (%)
Realizado	61	89,71	33	48,53
Não-realizado	7	10,29	35	51,47
Total	68	100	68	100

Tabela 4 – Distribuição de frequência dos sintomas emocionais

Sintomas emocionais	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Sem alteração	42	61,76
Sensação de perda	12	17,66
Ansiedade	5	7,35
Preocupação com a família	2	2,94
Nervosismo e ansiedade	2	2,94
Depressão e ansiedade	2	2,94
Depressão	1	1,47
Ansiedade e sensação de perda	1	1,47
Ansiedade e medo	1	1,47
Total	68	100

Tabela 5 – Distribuição de frequência da alteração da libido nas pacientes mastectomizadas

Libido	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Não se alterou	36	52,94
Diminuiu	15	22,06
Ausente	15	22,06
Aumentou	2	2,94
Total	68	100

Tabela 6 – Distribuição de frequência da sensação da mama fantasma

Sensação da mama fantasma	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Presente	37	54,41
Ausente	31	45,59
Total	68	100

Tabela 7 – Distribuição da frequência do tipo de sensação apresentada pelas pacientes mastectomizadas

Tipo de sensação	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Apenas presença da mama	10	27,02
Prurido	7	18,92
Peso	7	18,92
Prurido e presença da mama	4	10,81
Prurido e peso	2	5,41
Prurido e amortecimento	2	5,41
Formigamento	2	5,41
Formigamento e prurido	1	2,7
Formigamento, prurido e peso	1	2,7
Formigamento, prurido e presença da mama	1	2,7
Total de pacientes	37	100

Tabela 8 – Medidas descritivas do tempo de início e da duração da SMF

Estatística	Tempo de início da SMF (meses)	Duração da SMF (meses)
Valor mínimo	1	1
Valor máximo	72	198
1º quartil	2	6,5
2º quartil	4	12
3º quartil	4,5	30
Média	6,27	30,97
Desvio padrão	± 12,04	± 47,23

Tabela 9 – Distribuição de frequência da persistência da sensação da mama fantasma até o dia da entrevista

Persistência da SMF	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Presente	25	67,57
Ausente	12	32,43
Total	37	100

Tabela 10 – Proporção de respostas da realização de radioterapia segundo o grupo de SMF

Sensação	Radioterapia		Total
	Realizada	Não-realizada	
Presente	0,946 a B	0,054 a A	37
Ausente	0,839 a B	0,161 a A	31

Tabela 11 – Medidas descritivas da idade das pacientes segundo a SMF e resultado do teste estatístico da comparação dos grupos

Estatística	SMF	
	Presença	Ausência
Valor mínimo	27	30
Valor máximo	75	82
1º quartil	48	43
2º quartil	58	55
3º quartil	63	69
Média	55,6	55,8
Desvio padrão	± 11,2	± 14,5
Resultado do teste estatístico	Z = 0,41 ($p > 0,05$)	

Tabela 12 – Distribuição das pacientes mastectomizadas segundo a SMF e a libido

Libido	Sensação da mama fantasma		Total
	Presente	Ausente	
Não se alterou	17	19	36
Diminuiu	10	5	15
Não tinham libido	9	6	15
Aumentou	1	1	2
Total	37	31	68

A dor da mama fantasma foi relatada por 22 pacientes mastectomizadas (32,3%) (**Tabela 13**). Quanto à sua intensidade, 15 (68,2%) delas referiram dor leve ou fraca (ENV = 1, 2, 3); três (13,6%), dor moderada (ENV = 4, 5, 6); e quatro (18,2%), dor forte (ENV = 7, 8); mas nenhuma relatou dor insuportável (ENV = 9, 10) (**Tabela 14**).

A característica da dor em oito (36,4%) pacientes era em queimação; em seis (27,3%), latejante; em quatro (18,2%), pontada; e, com a mesma frequência – uma (4,5%) paciente –, foi relatada dor contínua, em agulhada, queimação mais agulhada e queimação mais choque (**Tabela 15**).

A maioria das doentes não relacionou os sintomas com o período do dia. Entre os fatores de piora da DMF

predominaram o estresse e a ansiedade, em seguida o esforço físico, o frio, o período pré-menstrual, o nervosismo, o calor, o uso de sutiã, o repouso à noite e o medo. Quanto aos fatores de melhora foram citados a massagem, o repouso, a prótese de mama, o uso de analgésico sem especificar o fármaco, a fisioterapia, a “distração” e o bloqueio do gânglio estrelado.

Das pacientes com DMF, 18 (81,8%) realizaram radioterapia, enquanto daquelas sem DMF 43 (93,5%) foram submetidas a esta técnica terapêutica (**Tabela 16**).

À quimioterapia não pode ser atribuída a presença de DMF, tendo em vista que não houve significância estatística entre as respostas (**Tabela 17**).

A gestação, a paridade e a amamentação estiveram presentes em 20 pacientes (90,9%) com DMF, e ausentes em duas pacientes (9,1%).

O carcinoma ductal infiltrante ocorreu em 17 doentes (77,3%), seguido do carcinoma lobular em duas (9,2%), do intracanalicular em uma (4,5%), do carcinoma espinocelular em uma (4,5%) e da displasia mamária em uma (4,5%).

Quanto aos sintomas emocionais, 13 (59,1%) não apresentaram nenhum sintoma, cinco (22,7%) relataram ansiedade, uma (4,5%) relatou depressão e três (13,6%) pacientes referiram a sensação de perda (**Tabela 18**).

Deste grupo de doentes com DMF, oito (36,4%) não apresentaram alteração da libido, seis (27,3%) já não tinham a libido antes da mastectomia, em seis

Tabela 13 – Distribuição de frequência da dor da mama fantasma

Dor da mama fantasma	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Ausente	46	67,65
Presente	22	32,35
Total	68	100

Tabela 14 – Distribuição de frequência da intensidade da dor da mama fantasma

Intensidade da DMF	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Fraca (ENV = 1, 2, 3)	15	68,18
Moderada (ENV = 4, 5, 6)	3	13,64
Forte (ENV = 7, 8)	4	18,18
Total	22	100

(27,3%) a libido diminuiu e em duas (9,1%) a libido aumentou.

A síndrome da mama fantasma foi identificada em 14 (20,6%) das pacientes mastectomizadas (**Tabela 19**).

Discussão

A gênese da dor, ou mesmo da sensação da mama fantasma, ainda não está bem esclarecida. Como a mastectomia é uma das técnicas de tratamento frequentemente indicada, pode resultar como consequência a presença de síndrome da mama fantasma^(1, 8, 17).

A mulher, principalmente jovem, tem na mama a expressão de sensualidade, de prazer e de feminilidade. Com a mastectomia e, conseqüentemente, a mutilação ou extirpação de parte do corpo, as pacientes sentem ansiedade, angústia e depressão em intensidades variáveis. O fator cultural pode influenciar esta expressão, pois a mama tem para a mulher importante significado na vida sexual. Observa-se que as doentes, independentemente da idade e da expressividade da sexualidade, podem sentir alterações emocionais importantes. É freqüente que, por omissão ou ignorância, não se questione a presença da síndrome da mama fantasma. Este fato pode tornar a doente desajustada psicologicamente e, em consequência, ansiosa e deprimida. O quadro a torna inferiorizada, poliqueixosa, carente, rica em fantasia e, conseqüentemente, não se transmitem ao médico tais sintomas emocionais. É possível que a síndrome seja subdiagnosticada em razão de o médico não questioná-la. Se o fizer, pode ser que a enferma sinta-se encorajada, confiante e segura para relatar se a sensação está ou não presente.

A síndrome do membro fantasma interfere de modo importante na qualidade de vida do indivíduo. São sensações que não causam prazer, que alteram a sociabilidade e que são influenciadas por fatores externos, como a alteração da temperatura, implicando alteração do humor, das necessidades fisiológicas, da atividade sexual e da profissional, de maneira variável, de acordo com cada paciente.

Neste estudo utilizou-se a técnica da anestesia geral balanceada para o procedimento cirúrgico da mastectomia, não tendo sido realizada, em nenhum caso, a anestesia regional, concomitante ou isoladamente. Essa técnica pode ter influenciado as respostas, em virtude de saber-se que os bloqueios de condução, como técnica de anestesia, têm maior eficácia na prevenção da ocorrência da síndrome do membro fantasma.

O interessante na pesquisa foi que, do total de 37 pacientes com sensação da mama fantasma, encontrou-se

Tabela 15 – Distribuição de freqüência do tipo de dor da mama fantasma

Tipo de dor	Freqüência absoluta	Freqüência relativa (%)
Queimação	8	36,37
Latejante	6	27,28
Pontada	4	18,19
Contínua	1	4,54
Agulhada	1	4,54
Queimação e agulhada	1	4,54
Queimação e choque	1	4,54
Total	22	100

Tabela 16 – Proporção de resposta da realização de radioterapia segundo o grupo de DMF

DMF	Radioterapia		Total
	Realizada	Não-realizada	
Presente	0,818 a B	0,182 a A	22
Ausente	0,935 a B	0,065 a A	46

Tabela 17 – Proporção de resposta da realização de quimioterapia segundo o grupo de DMF

DMF	Quimioterapia		Total
	Realizada	Não-realizada	
Presente	0,409 a A	0,591 a A	22
Ausente	0,522 a A	0,478 a A	46

Tabela 18 – Distribuição de frequência dos sintomas emocionais nas pacientes com DMF

Sintoma emocional	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Sem sintomas	13	59,09
Ansiedade	5	22,73
Depressão	1	4,54
Sensação de perda	3	13,64
Total	22	100

Tabela 19 – Distribuição de frequência da síndrome da mama fantasma

Síndrome da mama fantasma	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Ausente	54	79,41
Presente	14	20,59
Total	68	100

que em 25 a sensação da mama fantasma persistia até a entrevista, e em 12 o sintoma havia desaparecido. Este fator não pode ser considerado melhora do quadro clínico, pois a entrevista variou muito no tempo desde a realização do procedimento cirúrgico, portanto foi apenas um dado apresentado. Afirma-se ser comum o retrocesso e o eventual desaparecimento da sensação fantasma após um ano ou mais do início da sensação⁽¹⁰⁾. Embora seja possível a melhora espontânea da sintomatologia, é de se questionar se uma intervenção ativa no sintoma pode abreviar o sofrimento desnecessário e prolongado da doente. Isso, obviamente, requer, além do tratamento precoce dos sintomas, uma equipe preparada para o seu diagnóstico.

A análise do tempo transcorrido entre o dia da cirurgia e o diagnóstico da síndrome durante a entrevista da doente mostra, claramente, o total descaso da equipe de saúde. Verificou-se que, apenas após três meses da cirurgia, a paciente entrevistada mais precocemente foi questionada a respeito dos sintomas e, contrariamente, só após 228 meses, foram identificados no interrogatório mais tardio. Este fato demonstra a necessidade de que a equipe conheça a existência da síndrome para que possa haver um início precoce no seu tratamento.

Na sensação do membro fantasma pode existir uma série de sensações vagas na parte amputada do corpo, até uma completa apreciação do membro, incluindo a consciência de tamanho, posição, movimentos e outras sensações, como temperatura e prurido⁽¹⁵⁾. Na mama, estes fatores sinestésicos e cinéticos não medeiam a síndrome da mama

fantasma^(7, 8), embora se discuta que a posição distorcida possa ocorrer com a mama fantasma⁽¹³⁾. Especula-se o porquê de a sensação da mama fantasma não ser tão freqüente quanto a sensação do membro fantasma. Este fato parece estar relacionado com os fatores sinestésicos e cinéticos e com o fato de a área cortical somatossensorial, que representa a mama, ser relativamente pequena^(7, 13). É interessante relatar que, assim como é descrito na literatura^(7-9, 13), observou-se ocorrer o deslocamento da sensação para o mamilo com o transcorrer do tempo. Este achado pode estar relacionado com o tempo prolongado entre o dia da cirurgia e o da entrevista, justificando a maior incidência de sensação no mamilo. As causas dos diferentes sintomas relatados são desconhecidas e não encontram justificativas fisiopatológicas. Nesse caso, os sintomas poderão ser atribuídos às diversas fases de evolução pós-operatória e ao estado psicológico da doente.

Não se pode atribuir ao fator idade uma possível relação de causa/efeito quanto à presença de sintomas de sensação de mama fantasma. Do mesmo modo, não se pode afirmar que tenha havido relação entre o estado civil e a presença da sensação da mama fantasma, pois as doentes estavam distribuídas em proporções semelhantes.

Embora, surpreendentemente, tenha havido equilíbrio entre o número de pacientes com e sem sintomas de alterações emocionais, houve uma exacerbada intensidade destes sintomas, quando presentes. Entre eles, o mais comum foi uma extraordinária sensação de perda, seguida de ansiedade e, por fim, depressão. Verificou-se ser forte a relação entre a mutilação da mama, como símbolo sexual, e as alterações emocionais apresentadas, embora de modo inesperado não tenha havido alteração importante da libido. Especula-se se a ausência de referência às alterações emocionais de uma parte considerável das doentes é real ou consequência do baixo nível cultural, que, por sua vez, acarreta dificuldade na expressão dos sentimentos.

A incidência da dor da mama fantasma e suas características são muito questionadas e variáveis entre os autores^(3, 7), sendo, porém, menos comuns que as da sensação da mama fantasma⁽¹⁰⁾. O mecanismo fisiopatológico pelo qual a dor ocorre ainda não está elucidado⁽¹⁸⁾. Da população de doentes tratadas adicionalmente com radio e quimioterapia, observou-se que não se pode atribuir com convicção as causas dos sintomas de SMF e DMF ao procedimento terapêutico.

O tempo médio para o início e a duração dos sintomas foi prolongado. Este fato, apesar de encontrar precedente na literatura internacional, é surpreendente e inexplicável, quando comparado com a precocidade de surgimento dos sintomas de membro fantasma das extremidades, considerando-se que as etiologias são idênticas. É necessário ressaltar que, no caso da mama fantasma, os fatores sinestésicos e cinéticos, juntamente com a pequena área cortical somatossensorial^(7, 13), podem determinar um maior tempo para o início de seu aparecimento. Quanto à duração, está de acordo com o esperado, embora um maior ou menor tempo de acometimento não seja um fator de prognóstico da doença^(7, 8, 13). Como a intensidade da dor, quando ocorre, não é elevada, pode-se

atribuir a isso o fato de as pacientes não se queixarem freqüentemente aos seus médicos. Por julgarem tolerável o sintoma, a queixa torna-se desnecessária. A intensidade da dor fantasma varia drasticamente entre as pacientes, causando perda importante da qualidade de vida^(3, 10, 17). As causas desta variação podem ser atribuídas a fatores sensoriais e emocionais, componentes inseparáveis da percepção da dor. Desconhecem-se quais são os motivos que atuam sobre estes diferentes fatores, determinando a variação na interpretação da intensidade da dor.

A existência de fatores de piora da dor mais freqüentes, como o estresse e a ansiedade, gera um ciclo vicioso que intensifica o sintoma de dor. Este fato é tão importante que algumas pacientes relataram espontaneamente a piora da dor da mama no período pré-menstrual anterior à cirurgia. Constatou-se que, em analogia ao sintoma de membro fantasma de extremidade, a mastalgia de mama fantasma também experimentou piora no período pré-menstrual, após a mastectomia. Este fato, mais do que interessante, tem valor científico, podendo ser interpretado pela teoria da memória da dor^(7, 8, 20). Embora a comprovação deste fenômeno seja freqüente^(7-9, 10), restam maiores estudos para sua explicação. Por outro lado, pacientes referiram fatores de melhora. Foi observado que a massagem no local da cirurgia é o fator de melhora mais freqüente, talvez pela atenção e o contato físico dispensados às pacientes. Assim sendo, a síndrome da mama fantasma pode

ser desencadeada, intensificada e aliviada por vários estímulos do meio ambiente.

Considerando-se as características mais freqüentes da dor, revela-se a hipótese de que a origem mais plausível seja a dor neuropática, o que sugere que haja uma alteração nervosa periférica das vias envolvidas e, possivelmente, o comprometimento central na gênese do sintoma. A sua maior ou menor ocorrência em determinados períodos do dia pode ser atribuída a fatores emocionais não precisamente identificados, mas entre os quais sobressai a solidão, a depressão, a ansiedade ou mesmo a realização de atividades intelectuais.

Embora o componente emocional seja importante no sintoma da dor, são fatores interligados que formam um círculo vicioso. Isso é determinado pelo fato de o câncer ser uma doença ameaçadora à vida e por haver preocupação quando o sofrimento apresentar prolongada duração. É importante lembrar o apoio familiar que algumas das doentes recebem e que contribui para a menor incidência de alterações emocionais. Refere-se que a dor fantasma é uma doença psicossomática e que o estresse e outros fatores emocionais podem agravá-la^(10, 20). Acredita-se também que a dor poderia ser um desejo ou sonho de preservação da integridade do corpo, expresso de maneira distorcida em doentes com alteração psicológica, porém não se pode afirmar que estes transtornos emocionais sejam a causa da dor da mama fantasma⁽¹⁴⁾. Pouco se pode inferir, em razão da pequena amostra.

Referências bibliográficas

- CHRISTENSEN K, Blichert-Toft M, Giersing U, Richardt C, Beckmann J. Phantom breast syndrome in young women after mastectomy for breast cancer. *Acta Chir Scand*, 1982; 148: 351-4.
- Goodman LA. On simultaneous confidence intervals for multinomial proportions. *Technometrics* 1965; 7: 247-54.
- Hord AH. Phantom pain. In: Raj PP. *Pain medicine: a comprehensive review*. St. Louis: Mosby-Year Book. 1996. cap. 49, p. 483-90.
- Jamison K, Wellisch DK, Katz RL, Pasneau RO. Phantom breast syndrome. *Arch Surg* 1979; 114: 93-5.
- Jensen TS, Nikolajsen L. Phantom pain and other phenomena after amputation. In: Wall PD, Melzack R. *Textbook of pain*. 4. ed. Edinburgh: Churchill Livingstone. 1999. cap. 34, p. 799-814.
- Jensen TS, Krebs B, Nielsen J, Rasmussen P. Immediate and long-term phantom limb pain in amputees: incidence, clinical characteristics and relationship to pre-amputation limb pain. *Pain* 1985; 21: 267-78.
- Kroner K, Krebs B, Skov J, Jorgensen HS. Immediate and long-term phantom breast syndrome after mastectomy: incidence, clinical characteristics and relationship to pre-mastectomy breast pain. *Pain* 1989; 36: 327-34.
- Kroner K, Knudsen UB, Lundby L. Long-term phantom breast syndrome after mastectomy. *Clin J Pain* 1992; 8: 346-50.
- Kwekkeboom K. Postmastectomy pain syndromes. *Cancer Nurs* 1996; 19: 37-43.
- Losser JD. Pain after amputation: phantom limb and stump pain. In: Bonica JJ, Losser JD, Chapman CR, Fordyce WE. *The management of pain*. 2. ed. Malvern: Lea & Febiger. 1990. v. 1, cap. 12, p. 244-56.
- Noether GE. *Introduction to statistics: a nonparametric approach*. Boston: Houghton Mifflin. 1976. p. 1-292.
- Padovani CR. Estatística na metodologia da investigação científica. Botucatu: Unesp - Instituto de Biociências - Departamento de Bioestatística. 1995. p. 1-22.
- Poma S, Varenna R, Bordin G et al. Síndrome del seno fantasma. *Rev Clin Esp* 1996; 196: 299-301.
- Postone N. Phantom limb pain: a review. *Int J Psychiatry* 1987; 17: 57-70.
- Stannard CF. Phantom limb pain. *Brit J Hosp Med* 1993; 50: 583-7.
- Staps T, Hoozenhout J, Wobbes T. Phantom breast sensation following mastectomy. *Cancer* 1985; 56: 2898-901.
- Stevens PE, Dibble SL, Miaskowski C. Prevalence, characteristics, and impact of postmastectomy pain syndrome: an investigation of women's experiences. *Pain* 1995; 61: 61-8.
- Tasker RR, Dostrovsky FO. Deafferentation and central pain. In: Wall PD, Melzack R. *Textbook of pain*. 2. ed. Edinburgh: Churchill Livingstone. 1989. p. 154-80.
- Veicht CJ, Van Brand HJ, Wajer OJM. Post-axillary dissection pain in breast cancer due to a lesion of the intercubital nerve. *Pain* 1989; 38: 171-6.
- Wesolowski JA, Lema MJ. Phantom limb pain. *Clin Rev Reg Anesth* 1993; 18: 121-7.

Endereço para correspondência

Voluntários de São Paulo 3.372/81 - Centro
CEP 15015-200 - São José do Rio Preto-SP
Tel.: (17) 233-8493
Fax: (17) 235-2800

Anexo – Questionário padronizado: síndrome da mama fantasma

1	Nome	
2	Registro hospitalar	
3	Endereço	
4	Estado civil	
5	Escolaridade	
6	Religião	
7	Idade	
8	Peso	
9	Gestação (sim ou não)	
10	Paridade (sim ou não)	
11	Amamentou (sim ou não)	
12	Profissão	
13	Tempo transcorrido do dia da cirurgia ao dia da entrevista (meses)	
14	Tipo histológico do tumor	
15	Anestesia	
16	Fez radioterapia (sim ou não)	
17	Radioterapia antes ou depois da cirurgia	
18	Fez quimioterapia (sim ou não)	
19	Quimioterapia antes ou depois da cirurgia	
20	Fez mastectomia: bilateral, à direita ou à esquerda	
21	Tem a SMF (sim ou não)	
22	Início da SMF (meses)	
23	Duração da SMF (meses)	
24	Persiste a SMF (sim ou não)	
25	Local da SMF	
26	Tipo de SMF	
27	Tem DMF (sim ou não)	
28	Início da DMF (meses)	
29	Duração da DMF (meses)	
30	Tipo de DMF	
31	Intensidade da DMF: fraca (ENV = 1, 2, 3), moderada (ENV = 4, 5, 6), forte (ENV = 7, 8), insuportável (ENV = 9, 10)	
32	Fatores de melhora da DMF	
33	Fatores de piora da DMF	
34	Relação com o período do dia	
35	Sintomas emocionais (quais)	
36	Quanto à libido (não se alterou, diminuiu, aumentou ou não tinha)	