

# Linfedema factício: relato de caso e revisão da literatura

## *Factitious lymphedema: case report and literature review*

José Maria Pereira de Godoy<sup>1</sup>, Maria de Fátima Guerreiro Godoy<sup>2</sup>,  
Daniella Spiandorin<sup>3</sup>, Flávia Mariana Valente<sup>4</sup>

### Resumo

O linfedema factício constitui uma causa de linfedema pouco descrita na literatura e associa-se à auto-agressão. Relata-se o caso de uma paciente de 40 anos de idade, sexo feminino, que foi encaminhada devido a edema em membro inferior direito há 2 anos. Descreve que passou por vários tratamentos, porém, não soube especificar quais foram, contudo queixava-se de dores no membro que limitavam sua capacidade de trabalho. Ao exame físico foi constatado edema significativo no membro e presença de pulsos. Foi solicitado dúplex e a linfocintilografia, que foram normais, e optou-se pela manutenção dos analgésicos e associação de drenagem linfática. Em uma das sessões de drenagem, foi observado que a paciente estava fazendo uso de um garrote que confirmou a causa do edema.

**Palavras-chave:** linfedema, agressão, membro inferior.

O linfedema é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo de líquidos e proteínas nos tecidos decorrente da deficiência do sistema linfático, podendo ocorrer por falha mecânica ou dinâmica do sistema linfático ou, ainda, por insuficiência da válvula<sup>1,2</sup>. O linfedema factício é uma forma deliberada da doença, na qual o próprio paciente agride o membro de forma repetitiva e por um longo período, através de um torniquete, por

### Abstract

The factitious lymphedema constitutes a cause of lymphedema little described in the literature and associated to self-aggression. We report a case of a 40-year-old female patient, who was referred due to right lower extremity edema 2 years ago. She reports having been submitted to several treatments. However, she could not specify which they were, but complained suffering from pain in the extremity, which limited her work capacity. At the physical examination, a significant extremity edema and the presence of pulses were verified. Doppler duplex and lymphoscintigraphy were requested, both with normal results, so we maintained the therapy with analgesic agents and started the lymphatic drainage. In one of the lymphatic drainage sessions, we noticed that the patient was using a tourniquet, which confirmed the cause of the edema.

**Key words:** lymphedema, aggression, lower extremity.

exemplo, provocando o edema<sup>3-8</sup>. Foi descrito pela primeira vez em 1901, como edema severo e hiperplasia traumática de dorso do metacarpo. Esse processo recebeu outros nomes, como fibrose peritendinosa, edema severo pós-traumático e linfedema factício<sup>4</sup>. Recentemente, esse tipo de linfedema tem sido associado a distúrbios psiquiátricos<sup>3,9,10</sup>.

Em alguns casos, os linfáticos mostraram-se anatomicamente normais, no entanto, pôde ser observada uma disfunção local onde ocorreu o torniquete<sup>3</sup>. Resultados histológicos mostram lesão e dilatação dos vasos linfáticos por estrangulamento no local do torniquete, estágio similar a outras formas de linfedema secundário<sup>11</sup>. Inicialmente, a constrição por garroteamento resulta em distúrbio do fluxo de retorno venoso e em uma rápida descompensação do retorno linfático devido ao aumento do transporte da linfa. Um estudo com o uso de linfocintilografia não demonstrou diminuição do transporte da linfa na extremidade afetada<sup>12</sup>, embora um outro autor tenha relatado a aceleração no transporte da linfa em um caso de linfedema factício<sup>13</sup>.

1. Doutor. Professor adjunto, Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Coordenador do curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Reabilitação Linfovenosa, FAMERP, São José do Rio Preto, SP.
2. Terapeuta ocupacional especializada em drenagem linfática, Clínica Godoy. Docente, curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Reabilitação Linfovenosa, FAMERP, São José do Rio Preto, SP.
3. Fisioterapeuta, aluna do curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Reabilitação Linfovenosa, FAMERP, São José do Rio Preto, SP.
4. Fisioterapeuta, Clínica Godoy, São José do Rio Preto, SP.

Artigo submetido em 13.10.04, aceito em 21.12.04.

Muitas teorias foram propostas para a doença, porém, parece não haver um consenso sobre a fisiologia, classificação, prognóstico e tratamento, possivelmente devido à existência de comprometimento de ordem psicológica, afetando toda dinâmica física e social desses pacientes.

Dentre as classificações de linfedema de autores nacionais, este é referido por Cordeiro & Bacarat como linfedema voluntário<sup>14</sup>, sendo também descrito como linfedema factício<sup>15</sup>.

O objetivo do presente estudo é alertar sobre essa ocorrência e as dificuldades diagnósticas encontradas.

### Relato de caso

Uma paciente de 40 anos de idade apresentava edema em membro inferior direito há 2 anos e foi encaminhada ao Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular. A paciente já havia sido atendida por vários médicos em diferentes hospitais, sendo submetida a diversos exames e tratamentos, sem apresentar melhora. Contudo, não soube descrever os tratamentos realizados. Queixava-se de dores intensas e de calor no membro, e relatou que os sintomas limitavam sua capacidade de realizar atividades cotidianas e de trabalho. Havia sido usuária de drogas no passado, apresentava história de depressão e fazia acompanhamento psiquiátrico ambulatorial.

Ao exame físico, detectou-se edema em todo membro inferior direito com pulsos palpáveis no membro. Foi solicitado um dúplex venoso, que afastou a possibilidade de trombose venosa profunda. A linfocintilografia estava dentro dos limites da normalidade. Para o exame, foi utilizado o Dextran 500 e feitas avaliação quantitativa e qualitativa.

Foram mantidos os analgésicos já utilizados pela paciente e optou-se por realizar drenagem linfática, mesmo sem o diagnóstico de linfedema confirmado pela linfocintilografia.

Durante as sessões de drenagem linfática, observou-se a presença de um garrote na coxa. Ao ser questionada sobre a utilização do garrote, a paciente confirmou o uso constante, porém não quis dar explicações a respeito.

O membro foi reavaliado, e identificou-se que o edema limitava a marca do garrote. A paciente foi encaminhada para tratamento psicológico, abandonou o tratamento clínico. Após 6 meses, foi reavaliada, e

constatou-se uma redução significativa do edema sem tratamento específico, porém a paciente relatou que o uso do garrote havia sido interrompido.

### Discussão

O presente estudo enfatiza a ocorrência do linfedema factício e alerta sobre as dificuldades diagnósticas devido ao fator psiquiátrico da doença. Na literatura, existem apenas alguns relatos de casos que alertam sobre a dificuldade diagnóstica<sup>3-13</sup>. Muitos pacientes percorrem vários hospitais e são submetidos a várias formas de investigação diagnóstica, às vezes desnecessárias, até chegar ao diagnóstico final<sup>17-20</sup>. Os ganhos secundários em relação à doença e outras formas de benefícios podem ser identificados nesses pacientes<sup>20</sup>. Entretanto, a automutilação pode causar dor, disfunção autonômica, edema, diminuição de movimento e conseqüente atrofia<sup>11</sup>.

Chama a atenção nos casos existentes na literatura o fato de o membro afetado normalmente não ser o membro dominante<sup>20</sup>. Isso seria decorrente da maior facilidade encontrada pelos pacientes em aplicar o torniquete sem auxílio de terceiros.

No presente estudo, a paciente passou por vários médicos até ser encaminhada ao serviço. Diversos exames foram realizados, como ultra-sonografia doppler venosa de membros inferiores e linfocintilografia de membros inferiores, além de exames laboratoriais, sem que se chegasse a um diagnóstico definitivo. As dificuldades diagnósticas e a presença do edema levaram à indicação da drenagem linfática como forma coadjuvante no tratamento.

A melhora do edema sem tratamento específico resultou na interrupção da prática do garrote. Conclui-se que se deve estar atento para a possibilidade de um linfedema factício em casos de edema nos membros onde os exames complementares não correspondem ao quadro clínico e há associação com alterações psicológicas.

### Referências

1. Foldi M, Foldi E. Insufficiency of lymph flow. In: Casley-Smith JR, Fodi M. Lymphangiology. Stuttgart: Verlag; 1983.p.195.
2. Andrade MF. Tratamento Clínico do Linfedema. In: Maffei FHA, Lastória S, Yoshida WB, Rollo HA, editores. Doenças Vasculares Periféricas. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.p.1647.

3. Browse NS, Burnand KG, Mortimer PS. Differential diagnosis of chronic swelling of the limbs. In: Browse N, Burnand KG, Mortimer PS, Peter S, editors. *Disease of the Lymphatics*. London: Arnold; 2003.p.161-2.
4. Moretta DN, Cooley Jr RD. Secretan's disease: a unique case report and literature review. *Am J Orthop* 2002;31:524-7.
5. Rabe E. Artificial lymphedema from the clinical view. *Wien Med Wochenschr* 1999;149:95.
6. Stoberl C, Musalek M, Partsch H. Artificial edema of the extremity. *Hautarzt* 1994;45:149-53.
7. Orenstein A, Friedman B, Yaffe B, Blankstein A, Tsur H. Factitious lymphedema of the hand: a diagnostic challenge. *Cutis*. 1987;39:427-8.
8. Chatterjee T, Frey M, Zehnder T. Unusual lymphedema of the upper extremity. *Schweiz Med Wochenschr* 1999;129:292.
9. de Fontaine S, Van Geertruyden J, Preud'homme X, Goldschmidt D. Munchausen syndrome. *Ann Plast Surg* 2001;46:153-8.
10. Louis DS, Lamp MK, Greene TL. The upper extremity and psychiatric illness. *J Hand Surg Am* 1985;10:687-93.
11. Schuchhardt CH, Weissleder H. Artificial lymphedema. In: Schuchhardt CH, Weissleder H. *Lymphedema Diagnosis and Therapy*. Germany: Viavital Verlag; 2001.p.175-186.
12. Schwartzman RJ. New treatments to reflex sympathetic dystrophy. *N Engl J Med* 2000;343:654-6.
13. Kittner C, Kroger J, Rohrbeck R, Parnitzke B, Decker S, Lakner V. Lymphatic outflow scintigraphy in a case of artificial oedema of the lower limb. *Nuklearmedizin* 1994;33:268-70.
14. Cordeiro AK, Baracat FF. *Linfologia*. São Paulo: Byk-Prociencx; 1983.p.83.
15. Neto Guedes HJ. Linfedemas – classificação, etiologia, quadro clínico e tratamento não cirúrgico. In: Brito CJ, Duque A, Merlo I, Murilo R, Filho LVF. *Cirurgia Vascular*. Rio de Janeiro: Revinter; 2002.p.1229.
16. Godoy JMP. Aspectos clínicos do linfedema. In: Godoy JMP, Belczak CEQ, Godoy JMP. *Reabilitação Linfovenosa*. Rio de Janeiro: DILivros; 2004.p.45.
17. Barth JH, Pegum JS. The case of the speckled band: acquired lymphedema due to constriction bands. *J Am Acad Dermatol* 1986;15(2 Pt 1):296-7.
18. Vespasiani A, Calori G. Self-induced giant lymphedema of the hand (sinistrostis). *Chir Ital* 1983;35:129-33.
19. Jorgensen J, Gammeltoft M, Schmidt H. Factitious lymphoedema, Secretan's syndrome. *Acta Derm Venereol* 1983;63:271-3.
20. Smith RJ. Factitious lymphedema of the hand. *J Bone Joint Surg Am* 1975;57:89-94.

Correspondência:

José Maria Pereira de Godoy  
Rua Floriano Peixoto, 2950  
CEP 15010-02 – São José do Rio Preto, SP  
E-mail: godoyjmp@riopreto.com.br