

CASO CLÍNICO

Drenaje linfático manual en el linfedema facial

P. CRESPO COBO, P.L. MARTOSDÍAZ, D. RUIZ MOLINA, E. VAQUERIZO GARCÍA, A. SUÁREZ VÁZQUEZ y V. FERNÁNDEZ VEGA

Servicio de Rehabilitación Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Resumen.—Presentamos la evolución de una paciente de 19 años de edad con un adenoma pleomorfo de parótida que tras varios tratamientos, incluyendo vaciamiento ganglionar cervical y radioterapia, desarrolló linfedema facial. Debido a la repercusión de tipo emocional que originó en la paciente, se planificó tratamiento físico rehabilitador con drenaje linfático manual con el que mejoró tanto subjetiva como objetivamente.

Palabras clave: *Linfedema. Tratamiento. Rehabilitación. Adenoma parotídeo.*

MANUAL LYMPH DRAINAGE IN FACIAL LYMPHEDEMA

Summary.—We present the evolution of a 19 year old patient with a parotid pleomorph adenoma who, after several treatments, including cervical lymph node toilette and radiotherapy, developed facial lymphedema. Due to the emotional repercussion that it caused in the patient, rehabilitating physical treatment was planned with manual lymph drainage and the patient improved both subjectively as well as objectively.

Key words: *Lymphedema. Treatment. Rehabilitation. Parotid adenoma.*

INTRODUCCIÓN

El linfedema facial es una patología poco frecuente. Su etiología fundamental es dermatológica (acné rosácea¹⁻², aplicación de tratamientos tópicos³, tumores cutáneos⁴) y congénita (neurofibromatosis⁵, enfermedad de Morbihan⁶...).

Los tumores de cabeza y cuello, y en especial, las técnicas empleadas en su tratamiento (cirugía radical con vaciamientos ganglionares y la radioterapia

locorregional) constituyen otra de las causas de aparición de linfedema facial. La mayor supervivencia obtenida en la actualidad junto con la tendencia a la recidiva local⁷ de estos tumores, obliga a la combinación de varios procedimientos en un mismo paciente. Esto podría ocasionar en el futuro un incremento de esta complicación.

La presencia de linfedema facial ocasiona tanto alteraciones funcionales (dificultad para la deglución y el habla) como estéticas (deformidad, aumento de tensión cutánea).

Aunque la mayoría de las publicaciones sobre drenaje linfático manual (DLM) se refieren al linfedema localizado en las extremidades, la técnica y la secuencia de presión según el método Vodder⁸ se ha descrito para todas las regiones, incluyendo la cabeza y el cuello.

A diferencia del linfedema que afecta a los miembros, las medidas de contención en la cara, sólo se han empleado de forma experimental⁹.

CASO CLÍNICO

Mujer de 19 años con antecedentes personales de otitis de repetición en la infancia. En enero de 1995 presentó en la región preauricular derecha una tumoración de 3 por 2,5 cm, no adherida a planos profundos, de consistencia dura e indolora a la palpación.

Fue remitida al Servicio de Cirugía Maxilofacial donde tras la punción-aspiración compatible con adenoma pleomorfo de parótida, se le realizó una tumorectomía.

En febrero de 1997 presentó recidiva local que fue tratada mediante parotidectomía parcial conservadora. En julio de 1998 se resecaron dos nuevos nódulos situados en el ángulo mandibular. A consecuencia de la segunda intervención desarrolló paresia de las ramas frontal, zigomática y bucal del nervio facial derecho. En el estudio neurofisiológico se constató la lesión incompleta axonal y desmielinizante de intensidad moderada de dicho nervio.

Trabajo recibido el 29-VII-02. Aceptado el 25-VI-03.

En julio de 1999 se objetivó una nueva recaída local por lo que, cuatro meses más tarde, se le practicó una parotidectomía total, incluyendo la piel de la cicatriz, con vaciamiento cervical supraomohioideo y de la cadena espinal derecha. Posteriormente recibió radioterapia locorregional (50 Gy) que completó en febrero del 2000.



- Ángulos mandibulares por mentón
- Implantación inferior de pabellones auriculares por región supralabial
- Ángulos mandibulares por zona interlabial

Fig. 1.—Afectación facial que presentaba la paciente previa al tratamiento.

En los meses posteriores desarrolló de forma progresiva un aumento de partes blandas en la región parotídea derecha siendo diagnosticada de linfedema tras descartarse recidiva. Aunque la repercusión funcional fue mínima, el defecto estético originó en la paciente un importante impacto emocional, por lo que en septiembre del 2001 fue remitida a nuestro Servicio de Rehabilitación para valoración de tratamiento.

En la exploración inicial se apreció un edema de consistencia dura, sin fóvea en la región referida, con dificultad en la palpación de rebordes óseos y con paresia facial periférica asociada.

Se evaluó el edema empleando la distancia, medida en centímetros, entre los siguientes puntos anatómicos (fig. 1):

- Ángulos mandibulares pasando por el mentón.
- Ángulos mandibulares pasando por la región interlabial.
- Implantación inferior de pabellones auriculares pasando por la región supralabial.

La paciente realizó tratamiento físico rehabilitador mediante DLM tipo Vodder durante 25 sesiones de carácter diario, de 45 minutos de duración cada una.

Al finalizar refirió una importante mejoría estética y funcional. En la exploración realizada en ese momento, se apreció una variación en la consistencia del edema siendo posible palpar con mayor facilidad las estructuras óseas subyacentes. Se objetivó una disminución de las distancias existentes entre los puntos de referencia de 2,6 cm (tabla 1), que consideramos clínicamente significativa.

Actualmente, seis meses después de finalizado el tratamiento, la paciente mantiene la mejoría lograda.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Uno de los principales problemas a la hora de evaluar los resultados del tratamiento del linfedema facial es la ausencia de puntos de referencia estandarizados. A parte de la apreciación subjetiva del médico o el paciente, también se ha empleado la comparación de fotografías. Éstas no se suelen realizar con la misma distancia y colocación del paciente respecto a la cámara, por lo que el método carece de objetividad.

TABLA 1. Distancias existentes entre los puntos anatómicos elegidos para la evaluación del tratamiento

Puntos anatómicos	Inicial (cm)	Posttratamiento	6 meses
Ángulos mandibulares por mentón	27,2	26,6 (-0,6)	26,8 (-0,4)
Ángulos mandibulares por zona interlabial	25,5	25 (-0,5)	25,1 (-0,4)
Implantación inferior de pabellones auriculares por región supralabial	28	26,5 (-1,5)	26,8 (-1,2)

Tras una amplia búsqueda bibliográfica realizada en MEDLINE (1967-2002) cruzando las palabras: linfedema, rehabilitación y drenaje linfático, únicamente hemos encontrado un artículo⁹ que establezca puntos anatómicos para la cuantificación del edema aparecido en la cara. Piso et al tomaron como referencia las medidas empleadas por Schultze-Mosgau¹⁰ para cuantificar la tumefacción existente tras la extracción de cordales (trago-mentón; trago-comisura bucal; ángulo mandibular-ala nasal). A estas tres añadieron otras cuatro medidas (ángulo mandibular-canto interno del ojo; ángulo mandibular-canto externo del ojo; mentón-canto externo; ángulo mandibular-mentón) con intención de mejorar la precisión en la cuantificación de los resultados.

Ante la ausencia de puntos anatómicos sólidamente establecidos en la literatura, decidimos emplear referencias fácilmente identificables para el seguimiento. Si bien éstas no coincidían con las previamente descritas, fueron útiles y suficientes a la hora de evaluar el linfedema.

Por otro lado la ecografía es una técnica útil¹¹, principalmente en pacientes con edemas voluminosos que dificultan palpar las estructuras subyacentes. Esta situación puede impedir al clínico realizar una buena medición. Con la ultrasonografía se cuantifica la distancia existente entre la piel y el hueso, siendo fundamental que siempre se realice la medición en los mismos puntos. En el caso que nos ocupa, no fueron necesarias pruebas complementarias para el seguimiento, dada la facilidad con la que las referencias anatómicas pudieron identificarse en la exploración física. Por último reseñar que el empleo de la tomografía computerizada o la resonancia magnética resultan costosas y no siempre útiles en la práctica clínica.

Otro punto relevante en el linfedema facial es el tratamiento. A diferencia de otras localizaciones, su indicación no debe asentarse únicamente sobre consideraciones funcionales (problemas en la deglución o el habla). En esta región el resultado estético cobra una especial significación, aún mayor en pacientes jóvenes como la referida en nuestro caso.

Como ya se ha comentado, la técnica de Vodder puede emplearse en cualquier zona anatómica. Aunque los resultados son generalmente satisfactorios, algunos autores han intentado mejorarlo adaptando las medidas de compresión para esta situación concreta. Así, Piso et al, consiguió aplicar dicho procedimiento, junto al drenaje manual, a once pacientes con linfedema facial. Aunque la tolerancia fue buena no existen estudios comparativos que definan el beneficio real de este enfoque.

Por último señalar que, si bien el tratamiento rehabilitador es de elección, cuando existe una afectación severa que impide la apertura palpebral, está indicado el tratamiento quirúrgico¹².

CONCLUSIONES

El linfedema facial supone, a pesar de su escasa frecuencia, un importante reto para cualquier servicio de rehabilitación. A las secuelas funcionales debe añadirse la importante repercusión psicológica que implica una deformidad a dicho nivel.

Actualmente el tratamiento es el drenaje manual, similar al realizado en otras localizaciones. Con él se obtienen mejorías clínicas objetivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bernardini FP, Kersten RC, Khouri LM, Moin M, Kulwin DR, Mutazim DF. Chronic eyelid lymphedema and acne rosacea. Report of two cases. *Ophthalmology* 2000;107: 2220-3.
2. Harvey DT, Fenske NA, Glass LF. Rosaceous lymphedema: A rare variant of a common disorder. *Cutis* 1998;61:321-4.
3. Grattan CE, Guerrier CJ. Reaction to topical fluorouracil of secondary lymphedema. *Arch Dermatol* 1985;121:1484.
4. Keenan JM, Elliott AJ. Adenocarcinoma: an unusual presentation. *Ann Ophthalmol* 1991;23:137-8.
5. Bardelli AM, Hadjistilianou T. Buphtalmos and progressive elephantiasis in neurofibromatosis. A report of three cases. *Ophthalmic Paediatr Genet* 1989;10:279-86.
6. Holzle E, Jansen T, Plewig G. Morbihan disease-chronic persistent erythema and edema of the face. *Hautarzt* 1995;46:796-8.
7. De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *Cancer of the head and neck. Cancer: Principles and Practices of Oncology*, 5th ed; Filadelfia: Lippincott-Raven Publishers, 1997; p. 735-847.
8. Viñas F. La linfa y su drenaje manual. 4^a ed. Barcelona RBA 1998:94-102.
9. Piso DU, Eckardt A, Liebermann A, Guttenbrunner C, Schafer P, Gehrke A. Early rehabilitation of head-neck edema after curative surgery for orofacial tumors. *Am J Phys Med Rehabil* 2001;80:261-9.
10. Schultze-Mosgau S, Schmelzeisen R, Fröhlich JC, Schmele H. Use of ibuprofen and methylprednisolone for prevention of pain and swelling after removal of impacted third molars. *J Oral Maxillofac Surg* 1995;53:2-7.
11. Traxler M, Solar P, Ulm C, Gritzmann N. Ultrasonographic Measurement of the soft tissue of the upper jaw. *Acta Radiologica* 1991;32:3-6.
12. Mortimer PS. Therapy approaches for lymphedema. *Angiology* 1997;48:87-91.

Correspondencia:

Dra. Pilar Crespo Cobo
Servicio de Rehabilitación
Hospital general Universitario Gregorio Marañón
Dr. Esquerdo 46
28007 Madrid