

EDEMA DEL MIEMBRO SUPERIOR POSTMASTECTOMÍA RADICAL *

PEDRO GÓMEZ-FERNÁNDEZ

Jefe de Servicio del Hospital General de Madrid (España)

He considerado que en esta reunión anual de nuestra Sociedad de Angiología, en la que casi todos venimos a exponer lo que de interesante hemos encontrado en lo que podríamos llamar curso académico, puede y debe ser problema interesante el del edema del miembro superior postmastectomía radical.

Con motivo de una revisión de las enfermas operadas de carcinoma de mama, hemos encontrado en un buen número de casos la presencia de un edema de brazo, antebrazo y a veces hasta de la mano que, según manifestaban las propias enfermas, les producía molestias, pesadez y torpeza del miembro. Pudimos, asimismo, observar que la proporción de los edemas había disminuido en las enfermas intervenidas en los últimos años, en virtud sin duda de un mejor conocimiento del problema, de la incorporación de los antibióticos y de la observancia de una serie de medidas que consideramos de extraordinario interés y que, no por varias veces repetidas en la literatura, dejan de ser trascendentales desde el punto de vista médico y social. Es evidente que precisamente en aquellas enfermas de máxima supervivencia o curación en las que queda la secuela de un gran edema de brazo da lugar a un complejo psíquico no sólo en la vida de relación social sino en cuanto a recordarles de modo permanente lo que de otra manera ya habrían prácticamente olvidado.

Estas consideraciones y los valiosísimos datos proporcionados por la Linografía son los que nos llevan a los siguientes comentarios.

Al hablar de "mastectomía radical" nos referimos, claro es, a la amputación de mama por carcinoma (Halsted o similares) con amplia "toilette" axilar y en ocasiones supraclavicular y de la mamaria interna en relación con la localización y estadio evolutivo.

Es evidente que esta intervención supone una buena mutilación del sistema linfoganglionar de la extremidad correspondiente. Mutilación que dará lugar a un estasis linfático con sucesivas linfangiectasias y linfedema más o menos extenso, como veremos después, y que en estadios ulteriores puede constituir una verdadera elefantiasis, esto es un linfedema irreversible. Pero lo cierto es que no siempre las cosas ocurren así. De unos años a esta parte hemos visto, como ya he comentado, un menor número de casos, porque de modo sistemático pensamos en el mismo durante la intervención.

Si la circulación de retorno está confiada al sistema venoso y linfático y en

* Comunicación presentada en las IX Jornadas Angiológicas Españolas, Playa de Aro, junio 1963.

cierto modo con función vicariante, se hace muy preciso valorar ambos factores. Lo que significa que, sin detrimento de la limpieza quirúrgica, hay que disecar, liberar y no mutilar la vena axilar y respetar sistemáticamente la vena mediana cefálica como valiosísimo drenaje del sistema venoso del brazo ante la posible contingencia de una incompetencia venosa de la axilar.

El espasmo que de manera casi habitual acompaña a la disección del paquete vasculonervioso, junto a la afortunadamente ya poco frecuente, pero nociva, costumbre aún seguida por algunos cirujanos de fijar el brazo en abducción postoperatoria, hacen que una flebitis o al menos una angulación del sistema venoso descomponse brutalmente el estasis linfático originando un edema blanco que corresponde al exclusivo bloqueo linfático, si bien posteriormente pueda recanalizarse y no ser tan trascendente como en el miembro inferior. Es asimismo importante en el orden técnico evitar la desecación del campo, mediante sueros y compresas húmedas, así como el bisturí eléctrico en las proximidades de los grandes vasos, al objeto de evitar alteraciones parietales.

Sin embargo, en los casos observados por nosotros, el papel venoso no ha sido factor muy importante, como lo demuestra los flebogramas obtenidos en algunos de ellos.

Creemos y juzgamos factor importante la rigurosa asepsia y final limpieza quirúrgica de la herida, ya que en ocasiones por la magnitud de las mamas y en obesas se hace intervención dificultosa, que lamentablemente puede embotar la asepsia. Factor éste de la posible infección de la herida, pese a los antibióticos, de gran trascendencia puesto que la dificultad de drenaje linfático facilita la difusión de la misma, lo que junto al bloqueo edematoso seguido de posterior fibrosis de los colectores que quedaban y fundamentales para la derivación son responsables de la descompensación linfática con las linfangiectasias y linfedema consiguiente, como verán a continuación.

Factor asimismo valorable es la incisión cutánea, por cuanto su presencia en la axila no sólo puede impedir o dificultar la abducción del brazo, sino que en ocasiones puede comprimir o acodar el paquete vasculonervioso con el consiguiente detrimento de la circulación de re-



FIG. 1.—Redes linfáticas anastomóticas en un linfedema postmastectomía.

torno en determinadas posturas del brazo. Es por ello que desde hace bastantes años tenemos especial cuidado en dejarla anterior y fuera de la axila, respetando también las fibras horizontales o haz clavicular del pectoral mayor para proteger el paquete.

Mas la profilaxis no termina con el último punto. También consideramos fundamental un buen drenaje con suave aspiración a lo Redon, en evitación de "seromas" o colecciones linfohemorrágicas que, despegando la piel, dejan espacios muertos.

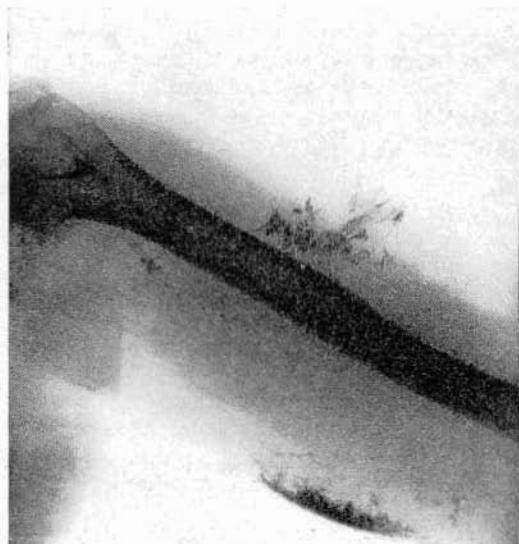


FIG. 2.—Redes y dilataciones linfáticas en un linfedema postmastectomía.



FIG. 3.—Ganglios metastásicos. Linfografía preoperatoria.

tos con facilidad a la infección y en todo caso a una dificultosa cicatrización con retraso de la misma a base de abundante tejido de granulación y posterior fibrosis que acentuará el bloqueo linfático. Finalmente el adecuado vendaje de compresión elástica es un buen complemento.

En nuestros casos que precisaron de injertos no hemos observado una mayor tumefacción del brazo.

Como factor predisponente o al menos agravante por lo que al edema se refiere figura la obesidad. Sin duda por su especial circulación linfática, como también veremos en nuestras linfografías.

He dejado para el final los dos factores, sin duda, más importantes en la etiopatogenia del edema tardío del brazo: los nódulos metastásicos subclaviculares o supraclaviculares que comprimen o invaden el confluente linfovenoso o la vena axilar. De difícil tratamiento y peor pronóstico, consecuencia de un insuficiente tratamiento quirúrgico o en virtud de su estadio evolutivo y la radioterapia como complemento al tratamiento quirúrgico.

La radioterapia hubimos de aconsejarla en casi todos nuestros casos, porque el análisis de las adenopatías axilares lo exigía y por considerar que los rayos X pueden llegar biológicamente a donde no alcanzan nuestros ojos. Sin embargo, ha de ser correcta y juiciosamente administrada toda vez que las intensas dermitis que a veces observamos son, sin duda, en su posterior fibrosis las más responsables del edema a que nos estamos refiriendo.

TRATAMIENTO: Es mucho más eficaz prevenirla que tratarla. No suele tener más tratamiento que el paliativo, con tratamiento postural seguido de vendajes elásticos compresivos y correcta movilización del brazo. Puede ser aconsejable, en los muy inmediatos con componente espástico o venoso, el bloqueo químico del estrellado y simpático dorsal alto; no así en los tardíos. Todas cuantas precauciones se den a las enfermas para evitar la infección o los traumas son pocas, porque en cada episodio el edema se hace más intenso y persistente.

En los casos debidos a metástasis poco podemos hacer, y en los demás las linfangioplastias creemos han fracasado.

CONCLUSIONES

1. No hay duda de que es mucho mejor prevenirla que curarlo, y ésta es la razón fundamental de esta Comunicación.
2. Considero que el edema es de origen linfático, como lo demuestran nuestras linfografías (figs. 1 y 2).
3. En los edemas muy precoces o del postoperatorio inmediato puede jugar papel el difícil retorno venoso, por lo que es muy aconsejable respetar la mediana cefálica, mucho más fija y protegida que la vena axilar.
4. Es primordial la rigurosa asepsia de la herida, así como evitar por todos los medios la infección.
5. Importante es, asimismo, el perfecto drenaje de los exudados linfohemorrágicos de la amplia herida.
6. No lo es menos hacer una incisión anterior que no pase por la axila, la colocación de un buen vendaje elástico pero compresivo que facilite la coaptación de la piel, que en ocasiones es un verdadero injerto, al plano toracoaxilar, suprimiendo espacios muertos.
7. Se hace riguroso colocar el brazo en abducción de 90° con ligera anteposición y movilización inmediata no sólo de la mano, sino del antebrazo sobre el brazo, así como contracciones isométricas del deltoides que darán paso a una inmediata movilización del hombro una vez cicatrizada la herida operatoria.
8. La radioterapia, cuando se juzgue necesaria, evitirá en lo posible la radiodermitis, con lo que se suprimirá uno de los factores más importantes en su etiopatogenia.
9. Finalmente, consideramos que el edema del brazo a que me estoy refiriendo es el resultado de varios factores conjugados que es preciso conocer y pensar en los mismos en el desagradable momento de tener que amputar una mama.

RESUMEN

A continuación de unas consideraciones sobre el edema del miembro superior postmastectomía radical y sobre sus posibles causas, se señalan los factores que intervienen y la manera de evitarlos o al menos compensarlos.

SUMMARY

Considerations are made about the edema of the superior limb following radical mastectomy and its possible causes, emphasizing those factors that might be important in its etiopathogeny and the way to prevent them.