

Linfangioplastia mesentérica en el tratamiento de las elefantiasis de los miembros inferiores (*)

MIGUEL DE REYES PUGNAIRE

Ex-Cirujano del Hospital de Bata (Río Muni). Traumatólogo del Seguro de Enfermedad, Granada (España)

Los métodos actuales de tratamiento de los linfedemas y elefantiasis de los miembros inferiores dan, a la larga y en la inmensa mayoría de los casos, resultados que no permiten considerar resuelto el problema del tratamiento de estas enfermedades. Se han empleado métodos de derivación linfática, de exéresis y mixtos. Las exéresis han sido cada vez más amplias, hasta llegar a la total extirpación de los tejidos afectados, cubriendo las superficies cruentas resultantes con injertos cutáneos laminares tomados de la piel de cubierta de la zona extirpada. Con esto se consigue por lo habitual un resultado inicial aceptable, si bien bajo el punto de vista estético dista mucho de ser perfecto, quedando justificado su empleo sólo en casos monstruosos. En los casos medianos o discretos no creemos que el enfermo gane mucho; en ellos vale más limitarse a un tratamiento médico y vendaje elástico o proceder a métodos quirúrgicos menos radicales cuyos resultados suelen ser solamente paliativos y pasajeros para gran número de casos. En algunos casos graves, en los que se practicaron intervenciones muy amplias, hemos visto que en las zonas de extensas cicatrices y en las que se aplicaron injertos cutáneos se desarrollaron después formaciones queloideas recubiertas de piel hiperqueratósica costrácea, eczematizaciones, ulceraciones, etcétera, y la recidiva del estado elefantiásico, quedando en una situación final nada satisfactoria.

Ante estos resultados, nos preocupamos de buscar algún método nuevo de tratamiento; y se nos ocurrió y consideramos con base científica suficiente el realizar una linfangioplastia utilizando el mesenterio y en general los mesenterios intestinales. Para ello se utilizan colgajos tallados en dicho mesenterio, previa la extirpación del intestino correspondiente, que son desplazados e implantados en la raíz del miembro enfermo con objeto de derivar hacia el sistema linfático mesentérico la circulación linfática obstruida del miembro.

La riqueza linfática en vasos y ganglios de los mesenterios intestinales los hace aptos para tal fin; la disposición anatómica y la vascularización sanguínea de estos mesenterios permiten la talla de colgajos que, conservando su irrigación, son susceptibles de amplios desplazamientos.

(*) Comunicación al VI Congreso de la Unión Internacional de Angiología, Barcelona (España), septiembre de 1967.

Realizamos la primera intervención con este método en junio de 1962. Su resultado rebasó las esperanzas que teníamos depositadas en él, siendo objeto de una Comunicación al Congreso de Cirugía del Mediterráneo Latino, celebrado en San Sebastián en junio de 1963, y de su publicación en «Barcelona Quirúrgica».

Transcribimos de la citada Comunicación las características del caso y la técnica empleada:

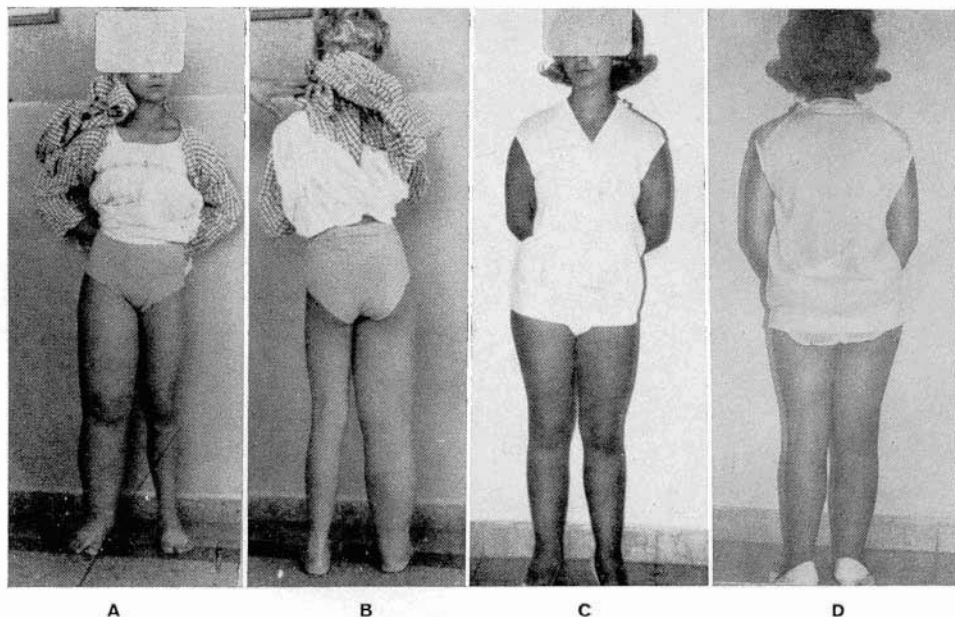


FIG. 1. A y B) Estado de la enferma antes de la intervención, a los 16 años de edad. C y D) Estado de la enferma a los cinco años de la intervención, a los 21 años de edad.

Se trataba de una enferma de 16 años de edad y que llevaba seis de enfermedad. La afección se había iniciado por un brote de linfangitis en el muslo derecho, seguido de un aumento de volumen del muslo que luego se extendió a la pierna y al pie. Desde entonces la enfermedad evolucionó con rapidez y gravedad bajo el punto de vista de las alteraciones locales, adquiriendo el miembro gran tamaño (fig. 1 A y B).

Intervención (fig. 2): Laparotomía infraumbilical derecha transversa. Dentro de la cavidad abdominal apreciamos la existencia de ganglios aumentados de volumen a lo largo de los vasos ilíacos y también en la cadena ileocólica.

Teníamos proyectadas dos zonas para tomar el colgajo: primero, a nivel del íleon final, inmediato al ciego, pero la presencia a este nivel de algún ganglio aumentado de volumen nos hizo desecharla; la otra zona era un poco más proximal, a nivel donde el mesenterio desciende más y donde la rama de la arteria mesentérica forma varias filas de arcos vasculares (en la porción yeyunal proximal sólo existen una o dos filas de arcos). Separamos un asa de intestino de

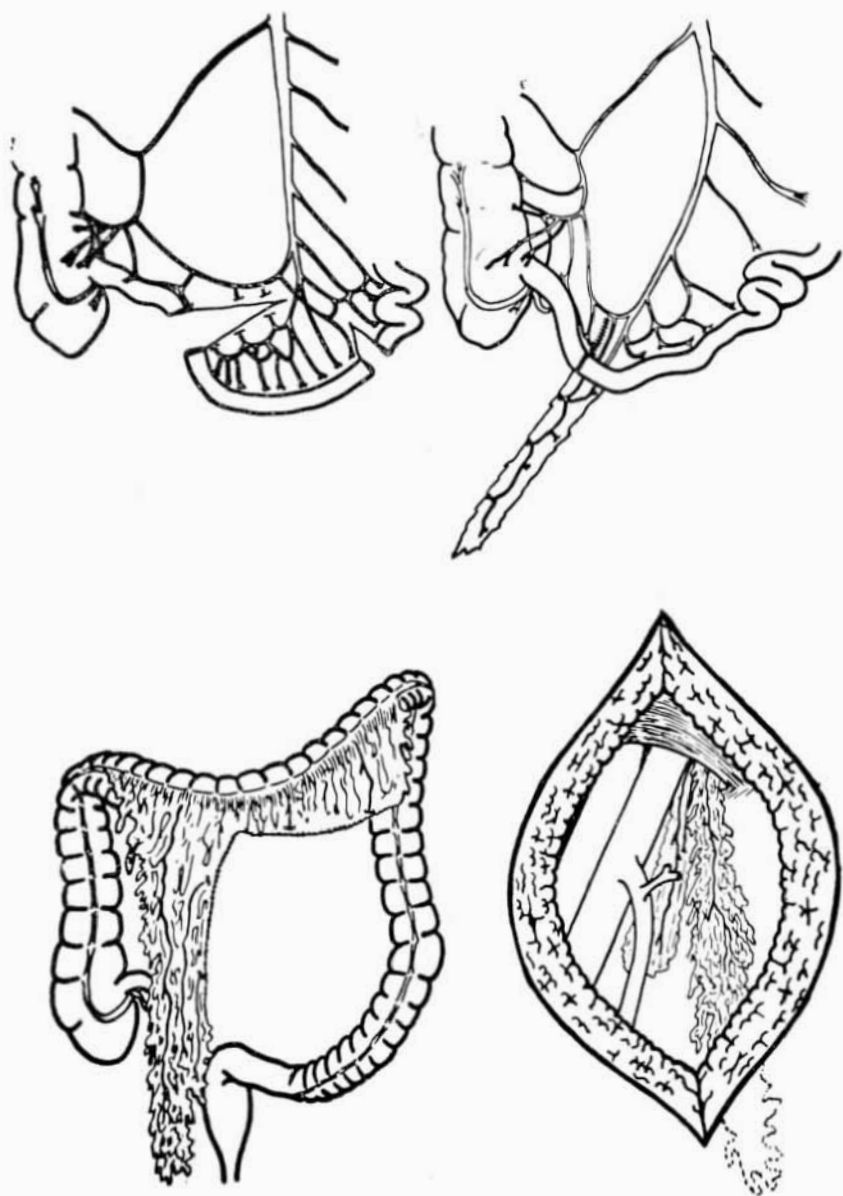


FIG. 2. Esquema de la intervención. Sección de un sector de intestino, aprovechando su mesenterio para obtener el colgajo a aplicar a la raíz del muslo. Colgajo suplementario tomado del epiplón mayor.

unos 25 cm mediante dos secciones extendidas al mesenterio: la distal extendiéndose hasta cerca de la arteria mesentérica y avanzando después en sentido proximal, seccionando dos arterias primarias colaterales: la proximal penetrando menos en el mesenterio para dejar dos arterias penetrando en la base del colgajo.

Restablecimos la continuidad intestinal mediante una anastomosis terminoterminal. Separamos el intestino del asa excluida, dejando adherida al mesenterio una porción seromuscular, con lo que quedó completado el colgajo.

La enferma presentaba un mesenterio corto y, una vez extirpado el intestino, el colgajo resultó menor de lo que esperábamos. Por tal motivo decidimos suplementarlo con un colgajo tomado del epiplón mayor con su base a la derecha.

Pasamos a la región inguinal, trazando una incisión vertical por dentro de los vasos femorales. Extirpamos varios ganglios linfáticos y descubrimos el infundíbulo crural. Una vez protegida la vena, pasamos por dentro de ella una pinza cerrada que, perforando la fascia transversal y el peritoneo, penetró en la cavidad abdominal. Con ella llevamos los colgajos hasta la región inguinocrural, donde los fijamos con un par de puntos de catgut. El colgajo de epiplón era más largo y lo alojamos en un túnel labrado en el tejido celular subcutáneo hacia abajo de la herida. Todas estas maniobras hay que realizarlas con gran delicadeza para no desgarrar los colgajos. Después de fijar el colgajo de mesenterio a la pared de la fosa ilíaca interna, cerramos las heridas abdominal e inguinal.

Como hemos indicado el resultado de la intervención fue muy bueno y se mantiene después de transcurridos más de cinco años (figura 1 C y D). En los primeros tiempos después de la intervención la enferma llevaba siempre aplicada una media o un vendaje elástico compresivo, como prescribimos a todos los operados, pero más tarde lo abandonó y a pesar de no llevar vendaje alguno no se produjo el menor edema.

Posteriormente hemos operado otros dos casos, ambos de miembro inferior izquierdo. En estos dos tomamos el colgajo del mesocolon ileopélvico.

En uno de ellos el resultado ha sido muy favorable, aunque no tan perfecto como en el reseñado antes. Durante años el enfermo tuvo que estar hospitalizado, hasta que después de la linfangioplastia que le practicamos a primeros de 1964 pudo desempeñar su profesión sin interrupción, persistiendo sólo un pequeño edema en el tobillo y pie. Una ulceración que tenía en la planta del pie curó sin recidiva.

El otro caso es un ejemplo de la desgraciada historia de muchos enfermos de este tipo. Se trataba de una paciente de 30 años de edad y que llevaba más de quince de evolución de su elefantiasis. Después de múltiples intervenciones de derivación linfática, extirpación de aponeurosis, plastia linfática con epiplón, gangliectomía lumbar, exéresis de tejidos enfermos con aplicación de injertos cutáneos en amplias zonas, etc. el resultado final no podía ser peor, a pesar de que los iniciales de las distintas intervenciones fueron favorables. Después de la linfangioplastia mesocólica, complementada más tarde con exéresis y aplicación de injertos cutáneos en el tobillo y pie, se consiguió un resultado bastante bueno. Posteriormente, la enferma me ha informado que aunque persiste una mejoría relativa han vuelto a aparecer las formaciones queloideas hiperqueratósicas, etc.,

y aumento de volumen del muslo. En conjunto, no podemos considerar este caso como un éxito, a pesar de que diste de encontrarse tal como se hallaba antes de la intervención.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL METODO Y CONSECUENCIAS A DEDUCIR DE LOS TRES CASOS OPERADOS

Nos encontramos ante un método de derivación linfática que se ha mostrado eficaz con un resultado perfecto en el primer caso, muy aceptable en el segundo y con muy poco beneficio en el tercero. No obstante, por lo que respecta a esta última enferma, hay que tener en cuenta la gravedad de las alteraciones tisulares existentes, aumentadas por las múltiples intervenciones a que fue sometida: grandes resecciones de piel, tejido elefantásico y de aponeurosis. Es probable que además se extirpara a la vez gran número de vasos linfáticos, con lo que es posible que el miembro quedara muy pobre en red linfática, cuya circulación de linfa obstruída pudiera ser derivada.

En cuanto a los peligros de la intervención, hay que considerar dos aspectos:

Uno es el riesgo de toda intervención de resección intestinal seguida de anastomosis. Sin embargo, tratándose de un enfermo joven, con buen estado general e intestino sano y realizándola con buena técnica, comprobando bien la vascularización de los cabos intestinales a anastomosar, el riesgo es mínimo y no mayor que el de muchas otras que se practican en Cirugía general u ortopédica para enfermedades de importancia similar o menor.

El otro aspecto que hay que tener en cuenta es el de que con la intervención ponemos en comunicación el sistema linfático del miembro enfermo con los linfáticos mesentéricos, con el hipotético peligro de la afectación secundaria de los últimos.

Repetimos las razones dadas en nuestras comunicaciones anteriores sobre esta cuestión y que hay que distinguir entre las elefantiasis nostras y las parasitarias tropicales.

En la historia de enfermos con elefantiasis nostras generalmente se presenta un período inicial con brotes de lingangitis frecuentes, que posteriormente se hacen más raros al adquirir el enfermo un mejor estado de inmunidad. La intervención debe realizarse cuando la actividad inflamatoria, controlada por las pruebas de laboratorio, se ha disminuido; contando, como contamos hoy, con la poderosa ayuda de los antibióticos y vacunoterapia. Creemos así que la operación puede practicarse sin riesgos importantes. En los tres casos operados no se han presentado consecuencias ni complicación alguna e incluso la tercera enferma operada contrajo matrimonio y ha tenido un hijo.

Mayores precauciones creemos que hay que tomar al realizar ensayos operatorios en los casos de elefantiasis parasitarias filáricas, seleccionando los casos, los cuales deberán ser sometidos a tratamientos antifiláricos antes de la operación y después de ella. Además hay que tener controlado el enfermo a largo plazo.

En consecuencia y valorando todos estos factores, creemos que en enfermos

jóvenes con linfedema unilateral, en buen estado general y en los que la enfermedad toma una evolución progresiva y grave está justificado el proponer al enfermo la intervención, aclarándole bien todos sus aspectos y consecuencias y sobre todo el hecho de que se trata de un nuevo método en vías de experimentación. Siempre hemos expuesto todo con mucha claridad en los casos que hemos seleccionado para esta intervención. Todos los enfermos la han aceptado sin vacilar. Y es que la elefantiasis es una enfermedad que aunque no implique peligro para la vida afecta al enfermo profundamente. En el aspecto local provoca una disminución de la capacidad física del miembro mayor o menor, pero sobre todo repercute mucho sobre la vida social y anímica. Estos enfermos se pasan la vida buscando remedio a su enfermedad, muchos de ellos profundamente desilusionados ante el fracaso de todos los tratamientos médicos y quirúrgicos a que han sido sometidos. Hemos visto y tratado a gran número de ellos y la mayoría se muestran muy afectados psicológicamente por la enfermedad.

Hasta el momento y tratándose de un nuevo método, hemos realizado intervenciones muy limitadas y los colgajos de los mesenterios han sido pequeños, si bien existe la posibilidad de obtenerlos mayores; en el lado derecho a expensas del mesenterio final y del mesocolon ascendente y en el izquierdo a expensas del mesocolon ileopélvico y del descendente. Los tres casos han sido de características muy diferentes para poder deducir conclusiones definitivas sobre el hecho de haber conseguido el mejor resultado cuando empleamos el mesenterio suplementado con epiplón, pero es un hecho que conviene no olvidar ya que la riqueza linfática del mesenterio es mucho mayor. Nuestra impresión es la de que la plastia mesentérica es muy superior a la mesocólica.

Aunque la experiencia es todavía escasa, el método abre un nuevo camino que creemos merece seguir estudiando.

La linfografía anterior y posterior a la intervención debe darnos datos objetivos de gran utilidad, sin embargo hay que tener en cuenta que si provoca una reacción linfagítica puede producir un efecto desfavorable.

Nos parecería muy útil, y así pensamos realizarlo en futuros nuevos casos, el hacer visibles los linfáticos durante la operación, tanto los del miembro, practicando previamente una inyección de colorante en el mismo, como y sobre todo, los de los mesenterios intestinales administrando grasas o colorantes linfotropos e incluso por la inyección local del colorante en el asa que se vaya a extirpar. Así podríamos tallar el colgajo de mesenterio evitando la sección de los vasos linfáticos más importantes y conservando la continuidad de los mismos hacia la cisterna de Pecquet.

En casos muy avanzados podrá ser necesario añadir posteriormente alguna intervención de exéresis reducida a lo indispensable.

RESUMEN

El autor presenta un método original para el tratamiento de las elefantiasis del miembro inferior que consiste en una linfangioplastia utilizando el mesenterio en forma de colgajos desplazados e implantados en la raíz del miembro previa extirpación del sector de intestino correspondiente.

SUMMARY

As the author points out, all therapeutical measures employed up to this date for the treatment of lymphedema have not proved to be very efficient. Medical treatment may improve the condition. It never cures the disease. The various surgical technics used have never been a great success.

During his stay in Guinea (Africa), the author was able to see a considerable number of lymphedemas. It was there that the author developed a new surgical technic. The mesentery is very rich in lymphatic glands and vessels, thus the author thought a lymphangioplasty using mesentery should give good results. As it is showed in fig. 2, the author performs a small bowel resection and then brings the mesentery to the thigh, where this strip is inserted with catgut stitches in the inguino-crural region. The vascularization of this strip of mesentery must be preserved. The first operation with this technic was performed in 1962. In this first case the patient was a 16-year-old girl. She presented a lymphedema of the right lower limb. The excellent result achieved in this first case is shown in fig. 1. Two more patients have been operated with this technic. The second and third patients had a lymphedema of the left lower limb. The ileo-pelvic meso-colon was used.

The results in these three cases were as follows: Excellent in the first case, good in the second, and only fair in the third. In this last case some pedal edema persisted after the operation. The risk of the operation is the risk of any bowel resection performed in young people with no specific bowel disease. The operation is to be performed when all signs and symptoms of inflammation have disappeared in the leg. This is done, in order to avoid the possibility of contamination of the abdominal cavity.

BIBLIOGRAFIA

- De Reyes Pugnnaire, M.: Un nuevo método para el tratamiento quirúrgico de las elefantiasis de los miembros. «Barcelona Quirúrgica», 7: 453; 1963.