

Anastomosis linfaticovenosas como tratamiento del linfedema

F. MARTORELL

Departamento de Angiología del Instituto Policlínico de Barcelona (España)

En 1945 escribía en la primera edición de mi libro «Accidentes Vasculares de los Miembros»: Anatómicamente se admite que la totalidad de la linfa existente en el organismo se vacía en el sistema venoso a nivel de los confluentes yugulosubclavios mediante el conducto torácico en el lado izquierdo y la gran vena linfática en el derecho. Embriológicamente parece ser que en un principio los linfáticos de los miembros inferiores desaguan en las venas ilíacas. Más tarde se establecería la fusión de los linfáticos ilíacos y subclavios, se cerraría la conexión de los primeros con las venas de igual nombre y, por último, la totalidad del sistema linfático desembocaría en las venas subclavias (**Savin**)».

«Personalmente tenemos la impresión de que el desagüe linfático de los miembros inferiores persiste en el adulto con las características que hemos descrito en las primeras fases del desarrollo embrionario».

Investigaciones posteriores han demostrado que la linfa pasa al sistema venoso no sólo por los confluentes yugulosubclavios sino también a nivel de otras regiones y de manera muy especial en la región femoroilíaca.

En 1966, los polacos **Nielubowicz** y **Olszewski** presentaron en el Congreso de la Sociedad Europea de Cirugía Cardiovascular, celebrado en Amsterdam, un tratamiento quirúrgico sencillo del linfedema. Consistía en crear una anastomosis entre un ganglio linfático y una vena vecina. Los senos del ganglio linfático, si eran permeables, derivaban la linfa hacia el sistema venoso y disminuían la estasis linfática. Estos autores, después de diferentes ensayos, llegaron a la conclusión de que este procedimiento operatorio sólo era eficiente en pacientes con linfedema secundario y ganglio linfático demostrable con claridad por linfografía. Estas condiciones se daban en la enferma que vamos a relatar.

OBSERVACION

Ingresa en nuestra Clínica Vascular una enferma de 34 años de edad, monja, procedente de Granada. Hace veinte meses observó la aparición de edema en la totalidad del miembro inferior izquierdo y una tumoración en la región inguinal del mismo lado. El Dr. Cabrera, de Granada, le practicó un estudio angiográfico y le extirpó la tumoración inguinal. Aunque no se precisó la naturaleza histológica



FIG. 1. Examen angiográfico practicado a la enferma presentada en el texto, portadora de un linfedema. A: arteriografía, B: flebografía y C: linfografía.

gica de la tumoración, el dictamen anatomo-patológico asegura que no se trata de nada maligno.

Examen: La pierna izquierda presenta edema con las características del linfedema, más acusado en la raíz del muslo. La arteriografía (fig. 1-A) y la

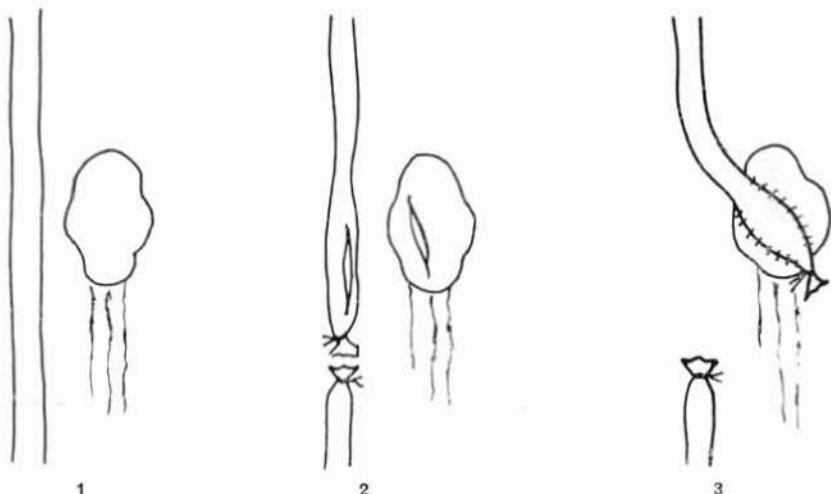


FIG. 2. Esquema de la intervención de anastomosis linfo-venosa realizada en la misma enferma. Vena safena interna anastomosada al ganglio inguinal.

flebografía (fig. 1-B) son normales. La linfografía (fig. 1-C) muestra un ganglio inguinal patológico.

Las pruebas rutinarias de laboratorio son normales. El estado general es bueno. La otra pierna no presenta trastorno circulatorio alguno.

El 7-X-68 se practica anastomosis veno-linfática entre la safena interna y el ganglio inglinal, tal como muestra la figura 2.

La pierna se deshincha. La enferma dice que el dolor que tenía en la ingle ha desaparecido. El 21-X-68 sale de la Clínica sin edema.

El Dr. Cabrera, de Granada, me escribe comunicándome que el brillante resultado que siguió la intervención se mantuvo sólo un mes. Transcurrido este tiempo reapareció el edema.

Este caso confirmaría las experiencias de **Calman** y colaboradores que, practicando anastomosis linfo-venosas en el perro, han demostrado que sólo se mantenían permeables durante cuatro o cinco semanas.

Todavía no puede tornarse una decisión concluyente sobre esta nueva terapéutica, pero creemos que dada su inocuidad vale la pena continuar ensayándola.

RESUMEN

Tras unos comentarios sobre las anastomosis normales linfovenosas, se describe un caso de linfedema tratado sobre la base del procedimiento de **Nielubowicz** y **Olszewski** (1966) por anastomosis linfo-venosa (safena-ganglio inguinal). Al éxito inmediato siguió la recidiva al mes. Esto confirma los trabajos de **Calman** y colaboradores quienes, experimentalmente, demostraron que estas anastomosis sólo se mantenían permeables durante cuatro o cinco semanas. No obstante, el autor sugiere que mientras se toma una decisión concluyente sobre este tipo de intervenciones, dada su inocuidad, vale la pena seguir ensayándolas.

SUMMARY

Experimental implantation of a lymph node into the neighbouring vein as shown by **J. Nielubowicz** and **W. Olszewski** led to the possible application of this procedure in clinical cases of secondary lymphedema. It seems at present that this procedure may only be tried in secondary lymph stasis in patients with clearly demonstrable lymph nodes visible on lymphography.

The operation is performed in patients with secondary lymphedema of the lower limbs. The common femoral vein or the sapheno-femoral junction is dissected out the lymph node is cut across into two halves and an incision corresponding to the diameter of the transected node is made into the vein. The margins of the vascularised half of the transected node are sutured to the vein. A short history of one case operated upon with a follow up for the subsequent month is presented.