

Anastomosis linfovenosas en el tratamiento del linfedema secundario

FERNANDO GOMEZ-FERRER BAYO
Valencia (España)

No habiendo podido asistir al Congreso de la Sociedad Europea de Cirugía Cardiovascular de Amsterdam, nos llamó la atención extraordinariamente en el de Viena el trabajo de **Nielubowicz y Olszewski**, no porque no lo conociésemos sino por la maravillosa demostración experimental que presentaron. Es —tal como ellos lo definen— un sencillo tratamiento quirúrgico del infedema que consiste en la creación de una anastomosis entre uno o varios ganglios linfáticos y una vena vecina para que desagüe la linfa desde los vasos aferentes por los senos medulares y subcapsulares a la luz venosa aliviando así el estasis linfático.

El caso que presentamos es el de la paciente R. I. que nos fue remitida a primeros de septiembre de 1968 por sufrir edema de miembro inferior izquierdo. Esta paciente había sido hysterectomizada diez años antes por sufrir un adenocarcinoma de endometrio. El aumento de las circunferencias, tanto del muslo como de la pantorrilla, era verdaderamente notable. Los análisis del laboratorio eran normales por completo y en la flebografía pudimos apreciar un discreto estrechamiento de la vena ilíaca con dilatación de la femoral.

Intervención (16-9-68): Incisión vertical del triángulo de Scarpa. En el mismo existen abundantes adenopatías. Disecamos proximalmente la mayor de ellas, que en dicha zona se encontraba más próxima a la vena safena interna, manteniendo intacto su hilio vascular. Seccionamos su polo superior oblicuamente. Aislamos un segmento de la safena interna inmediatamente antes de entrar por la fosa oval y le practicamos, después de clamarla proximal y distalmente, una incisión longitudinal similar a la longitud de la superficie cruenta del ganglio. Anastomosamos la cápsula del ganglio a esta ventana venosa con Mersilene de 5-0 (fig. 1). No hubo salida de sangre ni de linfa por el drenaje tipo Redon que dejamos y la cicatrización se obtuvo por primera intención.

A partir del primer día postoperatorio la mejoría fue muy marcada y los diámetros disminuyeron rápidamente hasta un máximo conseguido en el cuarto día postoperatorio.

El **examen histopatológico** del fragmento ganglionar fue el siguiente: Producción carcinomatosa infiltrativa en ganglio inguinal, el cual persiste actualmente con sus características histológicas propias. La infiltración tumoral se produce a nivel de los senos medulares del órgano, los cuales aparecen llenos por infiltrados celulares cordónales o seudoadenoides. Estos cordones tienen células

de núcleos hipercrómicos irregulares y polimorfos en donde se observan frecuentes mitosis. La cortical del ganglio mantiene su actividad linfopoyética observándose algunos folículos con centros germinativos en actividad (**Dr. Llombart Bosch**).

El resultado favorable se mantuvo tres meses, fecha en la que comenzó un declive de la enferma y la perdimos de vista después de remitirla nuevamente al ginecólogo con nuestro informe.

Entonces fue cuando mandamos el resumen de esta comunicación con la creencia de que la paciente había entrado en su fase terminal, pues no respondió a nuestra carta para comprobar su estado. Espontáneamente nos visitó hace dos semanas refiriéndonos que se le había ordenado cobaltoterapia y a partir de entonces comenzó a empeorar de nuevo su edema mientras que su estado general se mantenía bien.

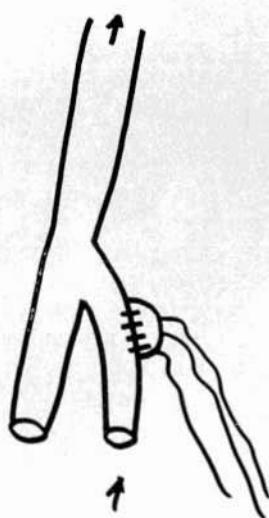


FIG. 1



FIG. 2

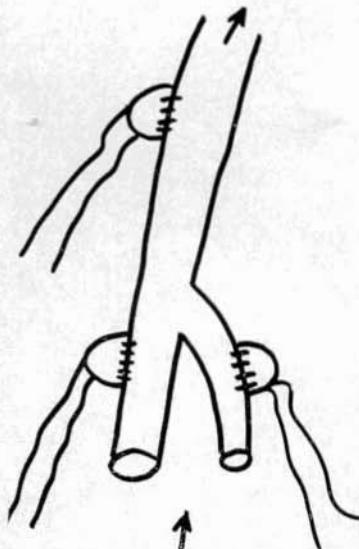


FIG. 3

FIG. 1. Anastomosis de la cápsula del ganglio linfático a una ventana venosa. Esquema de la intervención practicada en el caso que presentamos.

FIG. 2. La ligadura venosa por debajo de la anastomosis puede favorecer, a nuestro criterio, el fracaso de la intervención por facilitar la coagulación intravascular y el fallo del funcionalismo de la anastomosis.

FIG. 3. La práctica de varias anastomosis linfovenosas en el mismo miembro, bien sea en la femoral, en la safena o en la propia ilíaca, parece dar mejores resultados.

DISCUSIÓN

Es claro que, basándonos en el trabajo experimental y clínico de los autores polacos, está justificado el tratar quirúrgicamente el infedema secundario de la

forma descrita, ya que es la más lógica y eficaz de cuantas operaciones se han publicado. Es bien cierto que la relación entre ambos sistemas no sólo es embrionaria, por lo común de su origen, sino también anatómica, ya que aparte de las desembocaduras de los confluentes yugulosubclavia se han demostrado con toda evidencia otras muchas anastomosis linfovenosas, sobre todo a nivel de los mismos ganglios. Estas anastomosis linfovenosas espontáneas periféricas son funcionantes como demostraron **Threefoot** y colaboradores con isótopos. Sin embargo, **Calderon, Roberts** y **Johnson** no han tenido buenos flujos en sus operaciones experimentales. No se trata en su caso de factores técnicos ya que demostraron flebográficamente la permeabilidad venosa después de anastomosis término-laterales. Por ello pensamos nosotros que la ligadura venosa por bajo de la anastomosis pueda favorecer la coagulación intravascular y el fallo del funcionalismo de la anastomosis (fig. 2). La segunda posible causa de fracaso es el crecimiento de tejido fibroso en el punto de la implantación, que puede obliterar los linfáticos del ganglio. La proliferación endotelial sobre la superficie cruenta del ganglio no impidió el desarrollo de las comunicaciones vasculares. Por último, las diferencias en las características del flujo de la sangre y de la linfa, que sólo podrían ser superadas gracias a las contracciones musculares activas. En resumen, **Calderon** y colaboradores han visto los estomas abiertos pero no han podido demostrar flujo linfático por ellos.

Sin embargo **Nielubowicz** y **Olszewski** en su trabajo experimental demostraron perfectamente el flujo por las anastomosis. Ahora bien ¿debe anastomosarse un ganglio tumoral? Creemos que no. En primer lugar, porque puede facilitar la diseminación neoplásica, cosa que en nuestro caso no ocurrió ya que la enferma vive en la actualidad y no se ha demostrado metástasis en ningún punto. Pero en la casuística de los autores polacos hay varios casos de muerte relativamente rápida después de este tipo de intervención. En segundo lugar, porque la invasión neoplásica del ganglio bloqueará pronto la circulación linfática por el mismo; de tal modo que creemos que únicamente deberían anastomosarse los ganglios que por biopsia extemporánea, mejor incluso que por linfografía, se demostraron que no están invadidos por el tumor. En nuestro caso el resultado bueno se debería a que la infiltración tumoral se producía sólo a nivel de los senos medulares mientras que la cortical del ganglio mantenía su actividad linfopoyética, observándose incluso algunos folículos con centros germinativos en actividad.

En esta paciente no cabe duda de que el resultado se mantuvo hasta que se inició la cobaltoterapia. Los resultados a la larga son bastante fugaces pero no impiden una mejoría subjetiva y objetiva evidente que el paciente agradece. Evidentemente se trata de una intervención paliativa, pero la benignidad de la misma y lo favorable aunque pasajero de su resultado hace que pueda practicarse sin riesgo alguno en este tipo de enfermos con linfedema secundario. En éstos, los resultados lejanos (según se desprende de la más amplia experiencia de los autores polacos) son mucho mejores que en el linfedema primario. En aquél han obtenido un porcentaje de reducción de 3,8 cm. de diferencia en la circunferencia de la pantorrilla, recomendando practicar dos a tres anastomosis linfovenosas en el mismo miembro, bien sea con la vena ilíaca, con la femoral o con la safena (fig. 3). Nosotros probablemente cometimos el error de no practicar

más que un shunt y por ello el resultado fue efímero, bien fuera por la total invasión del ganglio por el tumor o por la fibrosis provocada por la cobaltoterapia.

RESUMEN

Se presenta un caso de linfedema secundario por obstrucción neoplásica del drenaje linfático del miembro inferior en una paciente que había sido intervenida hacia diez años de carcinoma de cuello uterino. Se practicó una anastomosis de un ganglio del triángulo de Scarpa con la safena interna. Esta no fue seccionada, permitiéndose el flujo de la sangre por la misma con objeto de evitar que quedara un fondo de saco propicio para la coagulación y por consiguiente para el fracaso de la anastomosis. El resultado fue espectacular desde las primeras 24 horas. Se mantuvo tres meses, fecha en que comenzó el período terminal de la enferma. Es evidente que en este caso se trata de una intervención paliativa, pero la benignidad de la misma y lo favorable del resultado, aunque pasajero, hace que pueda practicarse sin riesgo alguno en este tipo de pacientes.

SUMMARY

A case of secondary lymphedema treated by lymphovenous anastomosis is reported. Indications and causes of failure of this method are discussed.

BIBLIOGRAFIA

- Calderón, Roberts y Johnson:** Experimental approach to the surgical creation of lymphatic-venous communications. «Surgery», 61:122;1967.
- Nielubowicz, Olszewski y Sakolowski:** Surgical lympho-venous shunts. «J. of Cardiovascular Surgery», 9: 262;1968.
- Nielubowicz, J. y Olszewski, W.:** XVth Congress of the European Cardiovascular Society, Amsterdam. «Journal of Cardiovascular Surgery», pág. 384.
- Martorell, F.:** Anastomosis linfaticovenosas como tratamiento del linfedema. «Angiología», XXI:61;1969.