

Anastomosis adenolinfo-safena de Nielubowicz - Olszewski - Sakolowski

E. MORENO GONZALEZ y J. OLIVERA DOMINGUEZ

Servicio de Cirugía General (Prof. L. Estella B. de Castro)
Gran Hospital de la Beneficencia del Estado
Madrid (España)

La existencia de anastomosis linfovenosas y su demostración linfográfica mediante cineradiología ha sido ya de sobra comentada (**Burtz y Shafer**, 1964; **Danese, Howard y Bower**, 1962; **Malék**, 1964; **Pressman y Simon**, 1961) sin que haya sido posible ponerlas en evidencia para su examen macroscópico.

Laine y Howard (1963) intentaron en el linfedema, con fines terapéuticos, la anastomosis entre un tronco linfático y otro venoso, sin resultado positivo. **Nielubowicz y Olszewski** describieron, en 1966, los resultados obtenidos después de la intervención, practicando un minucioso estudio anatomo-patológico de la zona operatoria y de los órganos con ella relacionados.

Calderón, Roberts y Johnson (1967) describieron los resultados obtenidos con un nuevo tipo de anastomosis adenolinfovenosa, utilizando el segmento distal de un ganglio inguinal sobre la pared de la safena, con ligadura de este vaso distal a la anastomosis en un intento de evitar la trombosis venosa y con ella la obstrucción del «shunt». Aunque demostraron la permeabilidad por exploración flebográfica, los resultados no demostraron éxito alguno, ya que las medidas circunferenciales del miembro se mantuvieron en las cifras preoperatorias.

Utilizando el perro como animal de experimentación, **Rivero**, en el mismo año, practicó el «shunt» linfovenoso entre un nódulo poplíteo previamente seccionado y el tronco venoso principal. La permeabilidad conseguida de inicio en la anastomosis sólo se mantenía por espacio de dos o tres meses.

Nielubowicz, Olszewski y Sakolowski publicaron, en 1968, los resultados conseguidos en cuatro pacientes afectos de linfedema unilateral de extremidad inferior, en los que se practicó anastomosis linfovenosa semejante a la descrita por **Calderón** y colaboradores, pero sin ligadura del tronco venoso safeno. En los cuatro enfermos consiguieron la regresión del linfedema. Un año más tarde, insistieron sobre esta misma técnica **Politowski, Bartkowski y Dynowski**, al difundir los hallazgos en 16 enfermos a los que se practicó. En ocho de ellos descendió el edema, manteniéndose la mejoría por espacio de dos a cuatro meses; en los restantes no se llegó a obtener resultado positivo alguno.

La técnica descrita por **Calderón** y colaboradores ha sido practicada en España



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

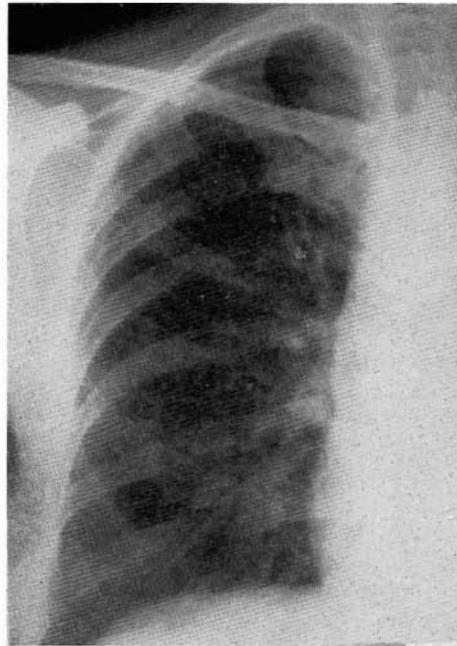


Fig. 4.

FIG. 1.—Aspecto de las extremidades inferiores en el momento del ingreso de la enferma que presentamos.

FIG. 2.—Linografí a donde se aprecia una red difuminada de fino retículo, sin que se observe tronco linfático independiente común alguno.

FIG. 3.—Aspecto de las extremidades inferiores de la enferma a los pocos días de haberle practicado la anastomosis linfovenosa en la pierna lindefematosá.

FIG. 4.—Fina y homogénea trama reticular, observable en ambos campos pulmonares, apreciada a los pocos minutos de la linografí a práctica en la pierna mes y medio después de la intervención. La imagen sugiere el rápido paso del contraste a nivel de la anastomosis y su detención a nivel del filtro pulmonar.

por primera vez por **Martorell** (1969) en un solo caso, obteniendo regresión del proceso por espacio de un mes, pasado el cual recidivó por completo. Poco después, **Gómez-Ferrer** (1969) refirió el resultado espectacular conseguido desde las primeras veinticuatro horas, utilizando el procedimiento de **Nielubowicz** y colaboradores en 1968, en una enferma que padecía un linfedema secundario a la invasión neoplásica de la cadena linfática inguinal. La normalización del tamaño de la extremidad se mantuvo durante tres meses, recidivando más tarde a causa del tratamiento cobaltoterápico implantado.

En 1970, **Hugo** define este tipo de técnica como el mejor procedimiento para tratar el linfedema, siempre que exista permeabilidad del sistema linfático hasta los ganglios inguinales o poplíteos.

Hemos realizado esta intervención (1971) en una enferma de 62 años de edad, que refería una historia de edema progresivo de la extremidad inferior izquierda por espacio de ocho meses (fig. 1). Había sido sometida a tratamiento médico y postural adecuado, sin resultado positivo. El estudio vascular arterial y venoso era normal. La linfografía demostró una red difuminada, en forma de fino retículo, a lo largo de la extremidad afecta, sin independizarse ningún tronco común (fig. 2).

Mediante una incisión longitudinal para evitar la lesión de algún tronco linfático, con disección mínima del tejido celular subcutáneo, se llevó a cabo la anastomosis. Después se instauró terapéutica anticoagulante rutinaria en la práctica de anastomosis venosas.

Desde los primeros días observamos la disminución progresiva de las circunferencias del miembro, siendo casi semejantes a las de la extremidad contralateral (fig. 3). Mes y medio más tarde, manteniéndose la regresión casi absoluta del linfedema, se practicó un nuevo estudio linfográfico, destacando el rápido paso del contraste a nivel de la pierna, sin visualizarse en el muslo; a los pocos minutos de terminar la inyección se demuestra una fina trama reticular, homogénea, distribuida por ambos campos pulmonares, que sugiere el rápido pase del contraste a nivel de la anastomosis, quedando detenido a nivel del filtro pulmonar (fig. 4). Dos meses más tarde la enferma se encontraba en perfecto estado, si bien los diámetros de las extremidades se habían incrementado en dos y tres centímetros, en pierna y muslo, respectivamente.

RESUMEN

Se efectúa una escueta revisión de distintas anastomosis linfovenosas para tratar el linfedema y se presenta un caso, intervenido con la técnica de Nielubowicz y colaboradores, donde se obtuvo la casi total regresión del linfedema mediante anastomosis de la superficie de sección de un ganglio inguinal y la superficie interna del cayado de la safena. A los cuatro meses, se mantenían los resultados iniciales.

SUMMARY

The authors present a brief historical review on treatment of lymphedema by lymphovenous anastomosis. A case of a 62 year-old female patient treated as

indicated by Nielubowicz et al. is reported. Regression of lymphedema was nearly complete during a follow-up period of four months after anastomosis of the sectioned lymph node and the inner surface of the saphena.

BIBLIOGRAFIA

- Burtz, J.; Shafer, L.; Pressman, J.: The anastomosis lymphovenous. «Surgery, Gynecology & Obstetrics», 119:984, 1964.
- Calderon, R.; Roberts, E.; Johnson, L.: Experimental approach to the surgical creation of lymphatic-venous communications. «Surgery», 61:122, 1967.
- Danese, C.; Howard, J. M.; Bower, R.: The treatment of lymphedema. «J. Surg. Res.», 2:317, 1962.
- Gómez-Ferrer, F.: Anastomosis linfovenosa en el linfedema secundario. «Angiología», 21:240, 1969.
- Hugo, N. E.: Recent advances in the treatment of lymphedema. «Surg. Clin. N. Amer.», 51:111, 1971.
- Laine, J. B. y Howard, J. M.: Anastomosis lymphovenous in the treatment of lymphedema. «Surg. Forum», 14:111, 1963.
- Malek, P.: Experimental creation of lymphovenous anastomosis. «Acta Chir. Belg.», 63:655, 1964.
- Nielubowicz, J. y Olszewski, W.: Experimental lymphovenous anastomosis. «Brit. J. Surg.», 55:449, 1968.
- Nielubowicz, J. y Olszewski, W.: Comunicación personal al XV Congreso de la Sociedad Europea de Cirugía Cardiovascular, Amsterdam. «J. Cardiovasc. Surg.», 384, 1969.
- Nielubowicz, J.; Olszewski, W.; Sakolowski, S.: Surgical lymphovenous shunts. «J. Cardiovasc. Surg.» 9:262, 1968.
- Pressman, J. y Simon, M. B.: Lymphedema. «Ibid.», 113:537, 1961.
- Rivero, O. R.; Clanan, J. S.; Reis, N. D.; Taylor, L. M.: Experimental peripheral lympho-venous communications. «Brit. J. Plast. Surg.», 20:124, 1967.