

ALGUNOS RECURSOS TÉCNICOS PARA LA PRÁCTICA DE LA ANASTOMOSIS LINFO-VENOSA POR MEDIO DE LA AGUJA-CÁNULA (*)

G. ROMAGNOLI, M. MONTORSI y U. FOX **

III Clinica Chirurgica dell'Università (Direttore, Prof. W. Montorsi).
**** II Clinica Chirurgica dell'Università (Direttore, Prof. G. Pezzuoli).**
Milano (Italia).

Los Linfedemas constituyen, desde el punto de vista médico y quirúrgico, un problema aún no resuelto por completo.

Entre otras cosas, lo demuestran los resultados deducidos de la literatura y la variedad de terapéuticas, sobre todo quirúrgicas, de vez en cuando propuestas y adoptadas.

Bajo el aspecto puramente quirúrgico cabe indicar tres grandes directrices terapéuticas en uso en la actualidad: Drenaje simple, drenaje y exéresis y exéresis radical.

En particular el drenaje simple puede efectuarse: en el tejido subcutáneo, en la cavidad abdominal, en los tejidos subaponeuróticos, en el subcutáneo del tronco, en el sistema venoso y en el sistema linfático.

De los procedimientos citados el que hoy día parece obtener los mejores resultados inmediatos y a distancia es el drenaje en el sistema venoso, en sus distintas variantes: anastomosis linfo-venosa, anastomosis cápsulo-linfo-venosa, anastomosis linfático-venosa directa y anastomosis linfático-venosa mediante aguja.

De todas estas anastomosis la que, a nuestro juicio, satisface lo dicho antes es la anastomosis linfático-venosa por medio de especiales agujas canuladas fenestradas. Esta técnica, propuesta por **Degni** en 1968, se efectúa con frecuencia merced a simples recursos que facilitan la intervención. Partiendo de la experiencia microquirúrgica experimental y clínica desde 1976 a hoy en la III Clínica Quirúrgica de la Universidad de Milano hemos efectuado 41 intervenciones de drenaje mediante anastomosis linfático-venosa en el tratamiento de los linfedemas de los miembros inferiores y superiores tanto primarios como secundarios.

La experiencia adquirida en los casos operados nos ha llevado a per-

* Traducido del original en italiano por la Redacción.

feccionar los recursos técnicos que han facilitado, en especial en los últimos efectuados, la práctica material del acto quirúrgico de por sí bastante compleja y delicada.

Estos recursos permiten una más cuidadosa localización preoperatoria de los ganglios linfáticos y de los linfáticos a ellos aferentes (los más fiables para un buen éxito de la intervención) y una mayor facilidad de reconocimiento y aislamiento de los linfáticos más aptos para la anastomosis.



Fig. 1.—Ganglios inguinales puestos de manifiesto por linfografía.

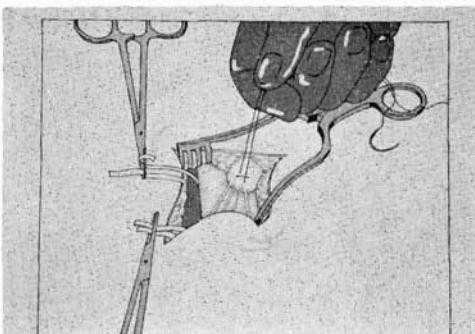
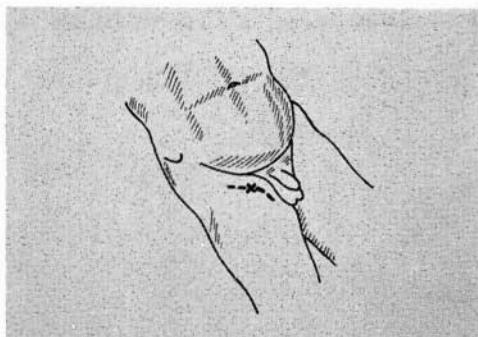


Fig. 2.—Incisión en proyección al ganglio localizado, algo curvilinear, látero-medial y concavidad inferior.

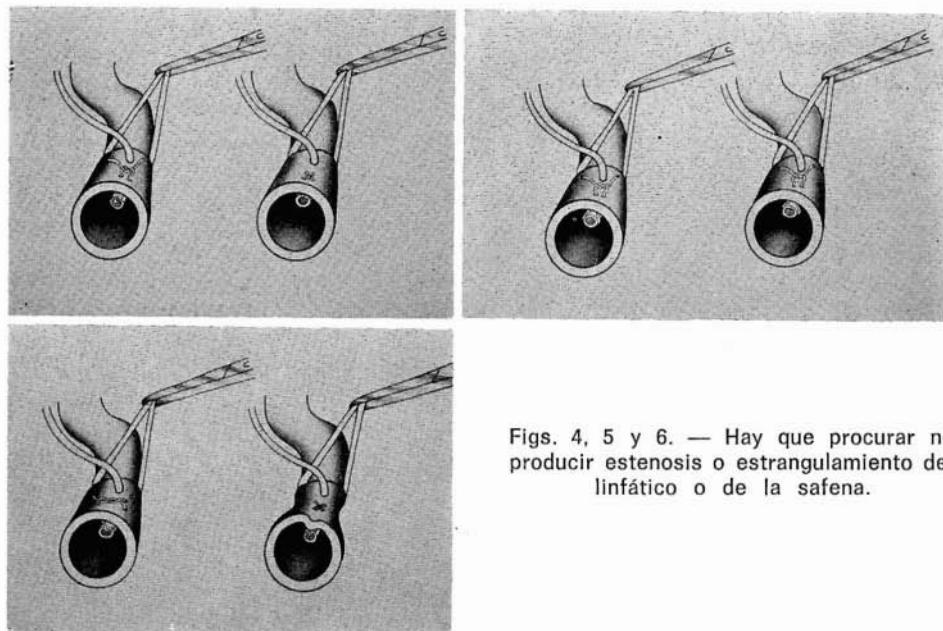
Fig. 3.—Colocación de un punto por transfixión para poder ejercer tracción del ganglio hacia arriba.

El primer recurso consiste en la proyección cutánea por referencia radio-opaca de los ganglios inguinales puestos de manifiesto por la linfografía (fig. 1). Basados en la indicación así obtenida, la incisión cutánea puede efectuarse justo en correspondencia del ganglio localizado de tal manera.

Esta debe ser curvilinea ligeramente, en sentido látero-medial y concavidad inferior (fig. 2), lo que permite el fácil aislamiento del ganglio escogido. Una vez aislado, el paso a través de su cúpula de un punto por transfixión (6/0 monofilamento) (fig. 3) hace posible una ligera tracción

hacia arriba del ganglio, maniobra que pone en tensión los colectores aferentes y los hace más identificables y aislables.

El aislamiento debe hacerse en sentido distal y la longitud del linfático a aislar está en función de la distancia entre el ganglio y la safena. Para la correcta ejecución de la anastomosis es, en efecto, muy importante que el linfático no esté a tensión. El aislamiento distal deberá seguirse hasta que la longitud del linfático aislado pueda permitir su fácil introducción en la vena safena por medio de la aguja-cáñula fenestrada. En este aspecto es evidente que cuanto más vecino esté el ganglio a la safena tanto más fácil se efectuará la anastomosis.



Figs. 4, 5 y 6. — Hay que procurar no producir estenosis o estrangulamiento del linfático o de la safena.

Hay que poner especial cuidado y delicadeza en el aislamiento del colector en sentido distal, ya que una lesión a tal nivel compromete de modo definitivo su utilización; por otra parte, el colector tiene que ser bien aislado pero no esqueletizado por completo, ya que la conservación de cierta cantidad de tejido a su entorno permite su mejor trofismo y un mejor drenaje. Este recurso, a primera vista poco importante, la experiencia ha demostrado que es de gran utilidad por diversos motivos: en primer lugar hace técnicamente más simple la anastomosis al ganglio y, en segundo lugar, por que los colectores aferentes, aparte presentar menos alteraciones estructurales, son más numerosos.

En la exploración quirúrgica se buscarán siempre y se conservarán otros colectores linfáticos no aferentes al ganglio; los cuales serán utilizados sólo si los aferentes no están disponibles. Recordemos que todos cuantos recursos faciliten el acceso y la movilización de los colectores

afferentes son importantes para el éxito de la intervención de anastomosis linfático-venosa.

En este aspecto hay que poner particular atención en el lugar de unión del colector linfático, que en los casos en que se presente particularmente dilatado hay que procurar sobre todo no producir estenosis o estrangulamiento del linfático. Lo mismo vale para la fijación del colector a la pared venosa, en cuyo caso se produciría la estenosis de la safena (figuras 4, 5 y 6).

Otro punto fundamental es el de que si nuestra experiencia está basada en la adopción de una particular técnica, siempre hay que estar presto a una elección ecléctica, adaptando o modificando el acto quirúrgico.

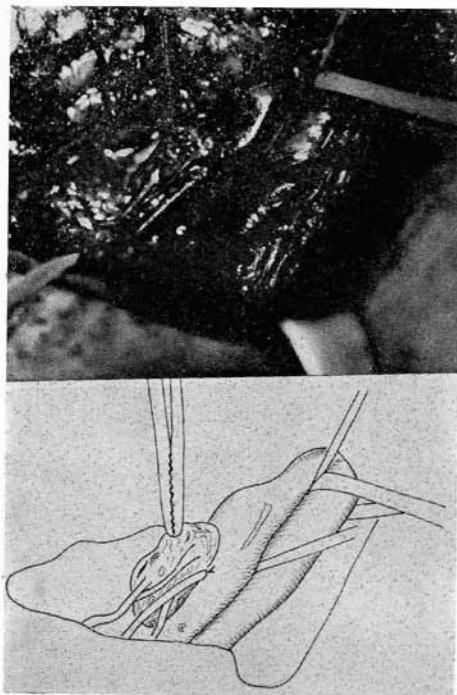


Fig. 7.—En ocasiones hay que adaptarse al caso, como en esta paciente safenectomizada, en la que, tras haber logrado con dificultades y no satisfactoriamente dos anastomosis a la vena femoral común, optamos por una anastomosis linfo-venosa.

gico a la situación del momento. En el caso representado en la figura 7, en una paciente safenectomizada, tras haber logrado efectuar sólo dos anastomosis con la vena femoral común, por otra parte muy difíciles y no satisfactorias, optamos por una anastomosis linfo-venosa.

A nuestro criterio estos recursos nos han permitido una simplificación y una mayor rapidez y seguridad de ejecución de una intervención como el efectuar la anastomosis linfático-venosa que, como para cualquier maniobra quirúrgica, va mejorando siempre con el aumento de la experiencia.

RESUMEN

Basados en una casuística de 41 casos de anastomosis linfático-venosa, los autores exponen los recursos de fácil actuación para simplificar dicha intervención; técnica que respetando determinados requisitos, junto a la experiencia microquirúrgica, puede proporcionar óptimos resultados incluso a largo plazo.

SUMMARY

A new technique of lymphatico-venous anastomosis, united to microsurgical procedure, is commented on. Some means to oversimplify this method are exposed.

BIBLIOGRAFIA

1. **M. Degni:** New technique of lymphatico-venous anastomosis for the treatment of lymphedema. «J. Card. Surg.», 19: 577, 1980.
2. **U. Fox:** Microchirurgia linfática. «Bol. C.I.M.», 1: 3, 1980.
3. **U. Fox; M. Montorsi y G. Romagnoli:** Il trattamento dei linfedemi degli arti con anastomosi linfatico-venose. «Min. Chir.», 34: 1, 1979.
4. **U. Fox; M. Montorsi y G. Romagnoli:** Surgical treatment of lymphoedema of the limbs with lymphatico-venous anastomosis. «Int. J. of Micr.», 2: 39, 1980.
5. **U. Fox; M. Montorsi y G. Romagnoli:** Le anastomosi linfatico venose per il trattamento dei linfedemi degli arti. «Atti Soc. It. Chir.», 82, 1980.
6. **U. Fox; M. Montorsi y G. Romagnoli:** Microsurgical treatment of lymphedemas of the limbs. «Int. Surg.» 66, 53, 1981.
7. **G. Romagnoli; M. Montorsi y U. Fox:** Alcuni accorgimenti tecnici per la esecuzione delle anastomosi linfatico-venose. «Min. Chir.», 36: 515, 1981.
8. **G. Romagnoli; M. Montorsi y U. Fox:** Le anastomosi linfatico-venose nel trattamento dei linfedemi; controlli volumetrici post-operatori. «Min. Chir.», 36: 511, 1981.
9. **M. Servelle:** Chirurgie des lymphatiques. «Enc. Med. Chir.; Tecn. Chir.», Tome Vasculaire.