

LINFEDEMA DE MIEMBRO INFERIOR POR REFLUJO QUILOSO: TRATAMIENTO QUIRURGICO. REPORTE DE UN CASO

GABRIEL BROCHNER,* ABEL JIMENEZ,* MAURICIO ROJAS,* RUBENS C. MAYALL**

Servicio de Angiología del Hospital da Gamboa. Río de Janeiro (Brasil)

Introducción

El linfedema de miembro inferior por reflujo quiloso representa una forma grave de linfedema, por su evolución altamente incapacitante y la gran dificultad para el especialista de planear una táctica terapéutica adecuada. Diversas alteraciones anatómicas han sido descritas como válvulas linfáticas anómalas, megalinfáticos y alteraciones del conducto torácico, lo que evidencia gran complejidad fisiopatológica. Esto ha llevado al desarrollo de diferentes técnicas quirúrgicas para resolver las anomalías presentadas, logrando en algunos casos buenos resultados.

Clínicamente se pueden observar ciertas características: unilateralidad del linfedema, presencia de vesículas en piel de contenido linfático quiloso, ausencia de historia familiar y lesiones cutáneas simulando hemangiomas (1). No es raro observar la presencia de quilotórax, quiloabdomen, quiluria o quilometrorrea (2). Mostramos un caso donde se optó por un tratamiento combinado clínico-quirúrgico, a través de su estudio y seguimiento durante cuatro años.

Cuadro clínico

Paciente que nace con formaciones hemangiomaticas en región inguinal izquierda y cara interna de rodilla homolateral. Los mismos son resecados 48 horas después del nacimiento, diagnosticándose histopatológicamente como Hemangioma tipo linfoide.

Desde los siete años de edad comienza con episodios de ersetipela y linforrea a través de vesículas, predominando éstas en región de rodilla izquierda. Estos episodios se repitieron de forma constante hasta el momento en que se presenta a consulta, con 12 años de edad, apreciándosele linfedema de miembro inferior izquierdo, blando, no doloroso, presencia de vesículas de contenido linfático, con ausencia de antecedentes familiares. El laboratorio clínico de rutina y el examen Doppler vascular no mostraron alteraciones. Al realizarse compresión manual de cara anterior de muslo izquierdo, en sentido ascendente, se apreciaba la formación

* Médicos Residentes.

** Jefe de Servicio.

de una tumoración de unos 10 cm de diámetro, de consistencia blanda, depresible (fig. 1).

Sometida a estudios angiográficos, no se evidenciaron alteraciones arteriales y/o venosas. La linfografía mostró la presencia de anomalías linfáticas, con: Manchas algodonosas (lagos linfáticos), conductos linfáticos de bordes irregulares y permeabilidad aumentada (extravasación) en todo miembro inferior, región inguinal y suprainguinal (fig. 2).

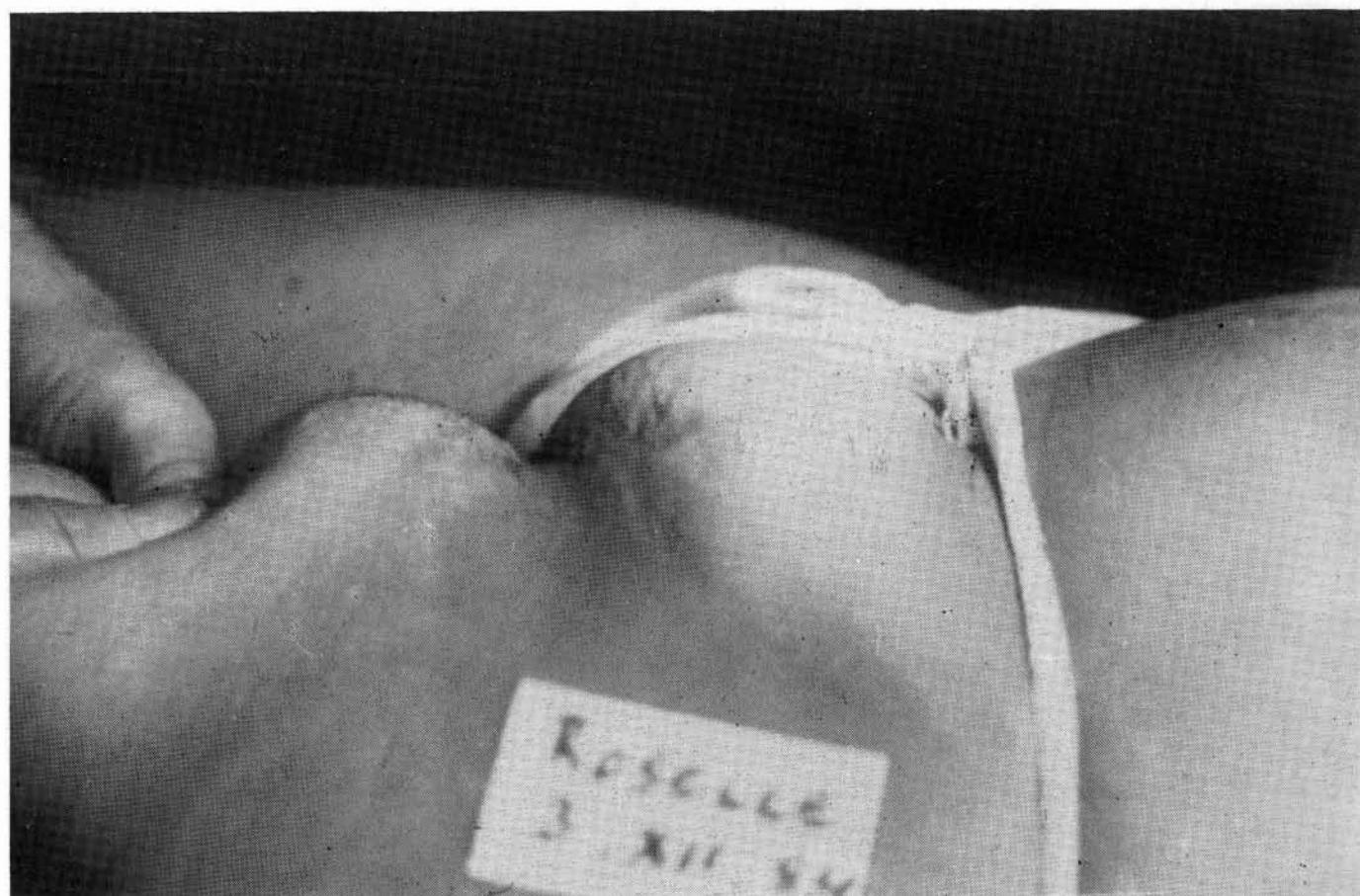


FIG. 1.-Compresión manual en muslo izquierdo mostrando reflujo quiloso en región inguinal.

La conducta terapéutica se inició a base de reposo absoluto con miembros elevados, benzopironas y antimicrobianos. Reducido el linfedema, se sometió a tratamiento quirúrgico, realizándose anastomosis linfático venosa a nivel de pierna, como tentativa de reducción de la hipertensión linfática, sin lograrse mejoría en relación al tratamiento clínico. Se observó en el campo operatorio linforrea de cantidad considerable. La paciente fue dada de alta medicada con benzopironas y utilizando media elástica de alta compresión, habiendo observado una mejora de aproximadamente el 80%.

Tres años después, se realizaron nuevos estudios angiográficos de control. Al intentar puncionar la arteria femoral izquierda se obtuvo un líquido lechoso (quito) que provenía de un lago linfático, comprobado con la inyección de contraste yodado. Fue practicada linfografía del lado contralateral (MID), observándose reflujo linfático a nivel de la segunda vértebra lumbar (fig. 3).



FIG. 2.-Linfografía. Reflujo quílico con lagos linfáticos en región inguino-pélvica izquierda.



FIG. 3.-Linfografía miembro inferior derecho mostrando reflujo linfático hacia hemiabdomen izquierdo a nivel lumbar.

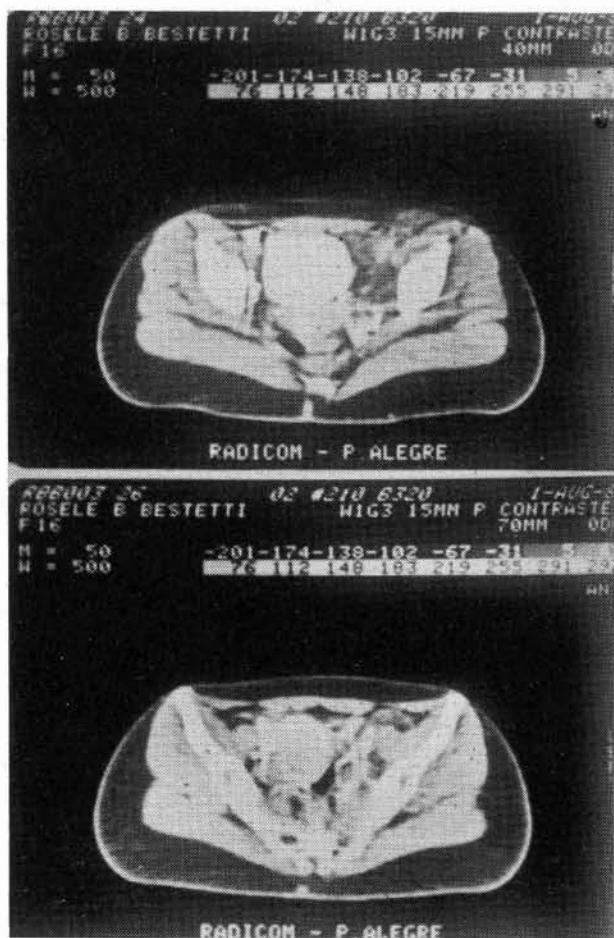
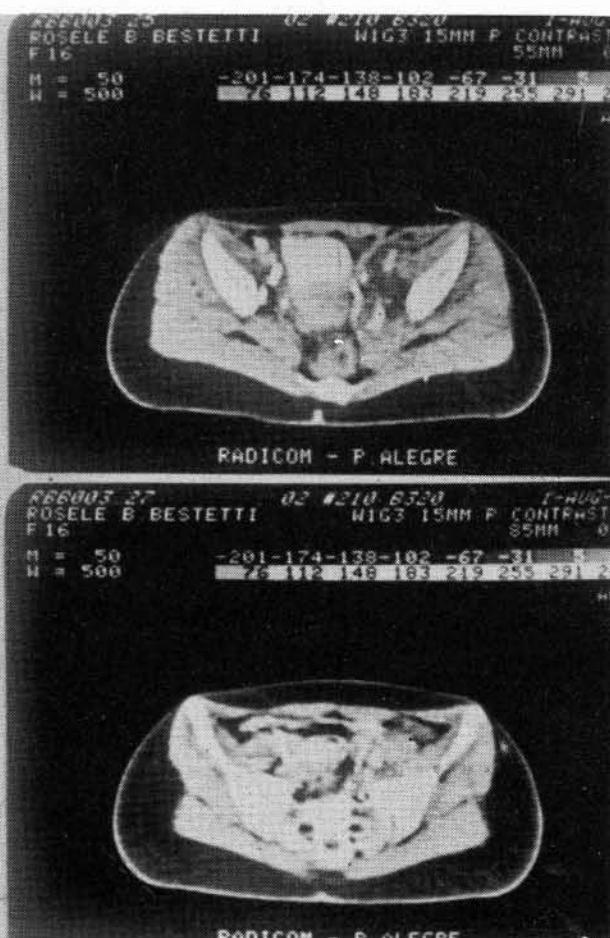


FIG. 4.-Tomografía Axial Computada. Masa tumoral desplazando vejiga hacia pelvis derecha.



Debido a la sospecha de la presencia de quilometrorrea y a la decisión de realizar una cirugía más radical por la necesidad constante de medicación y uso de media elástica, se realizaron tomografía axial computarizada (TAC) (fig. 4) y ecografía abdomino-pélvica, que mostraron la presencia de una masa tumoral en fosa iliaca izquierda, desplazando la vejiga hacia la derecha, sospechándose linfangioma. Preoperatoriamente se realizó una curva de absorción lipídica, la cual no reveló alteraciones.

Llevada a cirugía, previa ingestión de 100 gr de manteca, se procedió a la resección de una masa fibrosa, con aspecto de panal de abeja, en la región supra inguinal izquierda y se ligaron gran cantidad de conductos linfáticos anómalos provenientes de miembro inferior. La vía de abordaje fue por incisión Pfannenstiel. Con esta cirugía se logró una reducción de los síntomas, desaparición de la masa tumoral suprainguinal y la no necesidad de utilizar comprensión elástica en forma constante. Fue seguida durante los primeros 12 meses del postoperatorio.

Conclusión

Cuatro son las técnicas quirúrgicas descritas en el tratamiento de esta patología.

1. Anastomosis Linfático-Venosa (1) para reducción de la hipertensión linfática. No mostró resultado favorable en este caso.
2. Resección de fibredema (cirugía de **Charles**) (1) en casos crónicos con alteraciones dermocutáneas.
3. Técnica de **Servelle** (3, 4) con ligadura de vasos linfáticos abdominales y resección de cadenas linfáticas látero-aórticos y peri-ilíacos. **Martorell** indica la resección de vasos pélvicos anómalos (2, 3).
4. **Tosatti** (6) indica ligadura de conductos linfáticos anómalos inguinales y suprainguinales. Esta técnica ofreció buen resultado en el caso presentado.

Para la elección de la técnica y táctica quirúrgica, consideramos básico el estudio anatómico de la lesión y su repercusión en cada paciente. Observando que las dos últimas técnicas son más adecuadas, se debe evaluar que la cirugía de **Servelle** es más agresiva y ofrece mayor posibilidad de complicación.

RESUMEN

Se presenta un caso de un linfedema de miembro inferior por reflujo quílico, sus estudios y la cirugía realizada.

AUTHOR'S SUMMARY

A case of chyle reflux with lymphedema, lab studies and the surgery performed is shown.

BIBLIOGRAFIA

1. CORDEIRO-BARACAT: «Linfología». Fundó Editorial Byk-Procienix, 1983.
2. MARTORELL, F.: Metrorrea Quilosa. Su tratamiento por la linfangiectomía pélvica. «Angiología», 15:209, 1963.
3. MARTORELL, F.: «Angiología». Salvat Editores, Barcelona, 1967.
4. SERVELLE, M.: Reflux of the intestinal chyle in the lymphatics of the leg. «Ann. Surg.», 133:234, 1957.
5. SERVELLE, M.: «Pathologie Lymphatique in Patologie Vasculaire», Masson & Cie., Paris, 1975.
6. TOSATTI, E.: The antigravitational ligation of the insufficient collector in the treatment of certain cases of chronic lymphedema of the lower extremities. «Lymphedema», Georg Thieme, Publishers Stuttgart, 137, 1977.