

LINFEDEMA DE MIEMBRO INFERIOR. REPORTE DE 6 CASOS

A. JIMENEZ ARMAS*, G. BROCHNER* y R. C. MAYALL**

Servicio de Angiología. Hospital da Gamboa. Rio de Janeiro (Brasil)

Introducción

El sistema linfático continúa siendo una estructura poco conocida, siendo asien- to de una amplia gama de patología tanto primarias como secundarias, observándo- se mayor incidencia de compromiso en miembros inferiores.

Los rudimentarios métodos utilizados en nuestro medio como auxiliares diag- nósticos en estas enfermedades tornan difícil poder encuadrar todas y cada una de estas entidades, en las que muchas veces se encuentra asociado más de un factor etiológico.

Una conducta adecuada y dedicación sobre estos enfermos que poseen una en- fermedad crónica progresiva discapacitante, nos permite obtener mejorías significati- vas en la evolución de estas patologías.

Material y métodos

Seis pacientes portadores de linfedema de miembros inferiores fueron dirigidos a nuestro Servicio de Angiología, siendo estudiados clínica y angiográficamente, en- contrando en todos ellos etiologías diferentes. La edad media fue de 42 años, varian- do de 14 a 71; el 83,3% de los pacientes era del sexo masculino y el 16,6% femenino (Cuadro I).

Todos los pacientes fueron internados y sometidos a tratamiento médico inicial. Este tratamiento consiste en: reposo absoluto con los miembros inferiores elevados; bomba neumática de acción intermitente; benzopironas por vía oral o endovenosa; vendajes compresivos; antibióticos y curativos cuando es necesario. Si se observa grandes acantosis, realizamos curetajes seriados hasta conseguir un máximo de eliminación.

La historia clínica y los estudios no invasivos (dopplerometría) nos orientaron a realizar flebografía en todos los pacientes, linfografía superficial en 5, linfografía profunda en 1 y arteriografía en 4. El Cuadro I muestra el reporte radiográfico con los datos más importantes para cada caso.

Estos estudios nos permitieron establecer el diagnóstico definitivo en cada pa- ciente. Los datos angiográficos nos orientaron para indicar y planear el tratamiento

* Internos del Servicio.

** Jefe del Servicio.

quirúrgico en cuatro de los seis casos. El Cuadro II muestra el diagnóstico y el procedimiento quirúrgico efectuado. Todos fueron controlados durante 18 meses.

Resultados

En los 6 casos se observó una evolución satisfactoria, siendo rigurosamente controlados durante los dos primeros meses y controlados mensualmente 18 meses. Tomando como parámetro las medidas en centímetros de los diferentes segmentos de la extremidad afectada, se diseñó un gráfico para cada paciente.

CUADRO I
Datos de identificación y angiográficos

Nº	Edad	Sexo	Flebografía	Linfografía	Arteriografía
1 MI Izquierdo	14	masc.	Normal.	Bloqueo linfático perimaleolar sin reflujo profundo.	Ramos de hiperostomía en el muslo.
2 Bilateral	44	masc.	Varices de venas solares, avalvulación de femoral profunda.	Superficial: lagos linfáticos, canalículos obstruidos. Profunda: hipoplasia linfática.	Ramos de hiperostomía en arterias tibiales anterior y posterior.
3 MI Derecho	22	masc.	Normal.	Hiperplasia linfática con gran reflujo dérmico.	No se realizó.
4 MI Izquierdo	66	fem.	Obstrucción del sistema profundo a nivel inguinal. Palma fisiológico.	Escasez de linfonódulos, falla de llenado e imágenes cortadas.	No se realizó.
5 MI Derecho	71	masc.	Ausencia de venas safenas, drenaje por venas peroneas.	No se realizó.	Ectasia en todo el sistema arterial.
6 MI Izquierdo	48	masc.	Normal.	Bloqueo total de la circulación linfática a nivel 1/3 medio del muslo.	Normal.

De acuerdo al gráfico I, observamos que durante los primeros 10 días de hospitalización todos los pacientes mostraron franca mejoría. Con 18 meses de seguimiento la evolución fue buena para los casos 2, 4, 5 y 6; fue regular para los casos 1 y 3. Consideramos como resultado bueno una reducción del linfedema de más del 50% y regular una reducción entre el 30% y 40%.

Con la utilización de Benzopironas, compresión elástica (medias de alta compresión) y medidas de higiene generales, no se observó recidiva de los cuadros de erisipela.

Conclusión

Todos los pacientes portadores de linfedema atendidos en nuestro Servicio de Angiología son internados y sometidos a tratamiento clínico riguroso en etapa inicial. Una vez conseguida la máxima reducción del mismo, se practican estudios flebográficos y linfográficos de rutina, dejando la arteriografía para casos seleccionados. De acuerdo a la etiología, evolución clínica y a los estudios angiográficos, se evalúa una probable conducta quirúrgica, realizándose cuando existan condiciones, debiendo utilizar el máximo criterio médico.

CUADRO II

Diagnóstico y tratamiento quirúrgico realizado

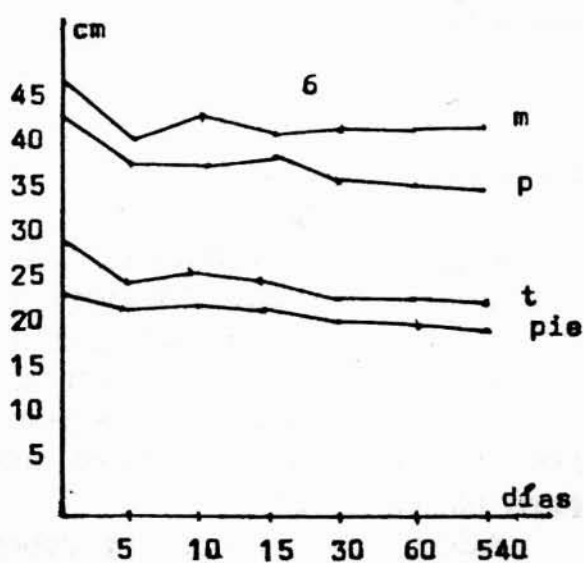
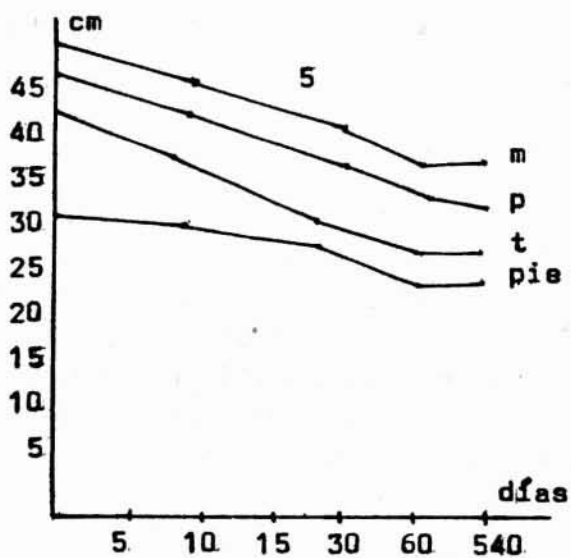
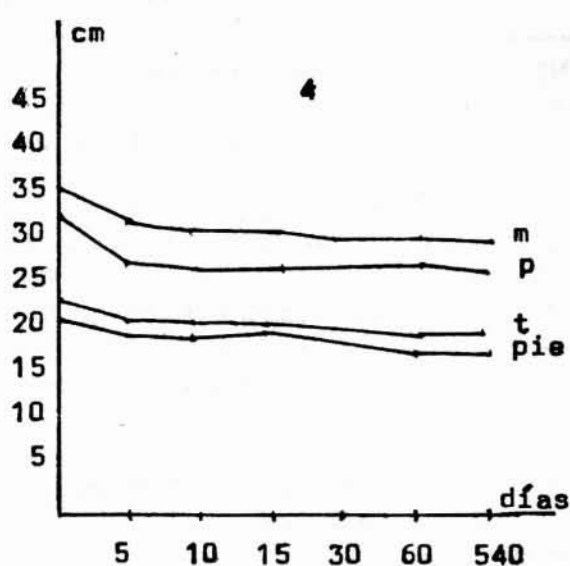
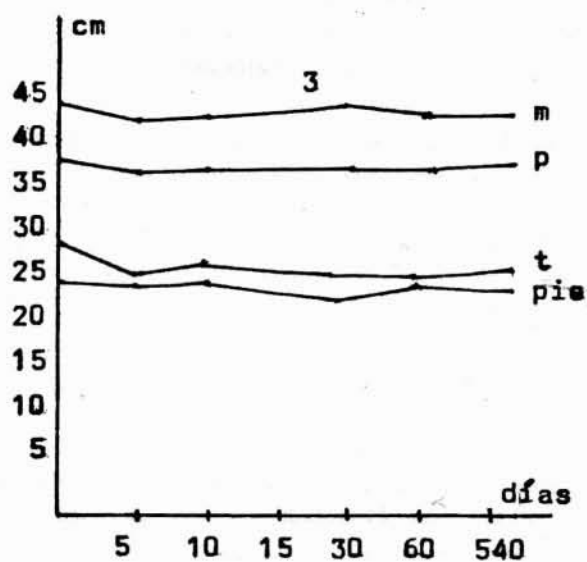
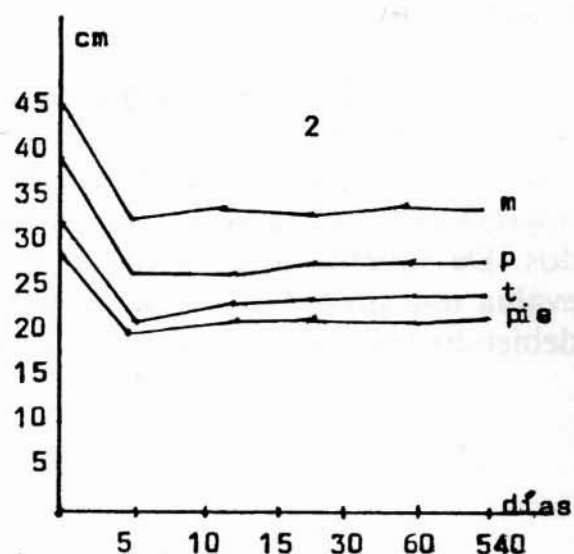
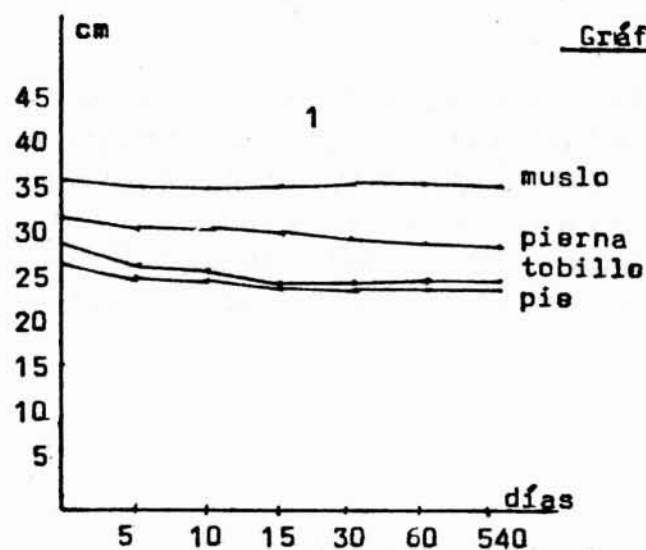
Nº	Diagnóstico	Cirugía realizada
1	Linfedema por brida amniótica.	Ligadura de ramos de hiperostomía, tentativa de anastomosis linfático-venosa.
2	Linfedema congénito tardío.	Ninguna.
3	Linfedema postlinfangítico.	Ninguna.
4	Linfedema postradioterapia por Ca cérvico-uterino.	Anastomosis linfático-venosa a nivel inguinal.
5	Linfedema postquirúrgico (safe-nectomía).	Resecciones parciales de fibredema Sistrunk + injertos de Thiersch .
6	Linfedema postraumático.	Anastomosis linfático-venosa a nivel de 1/3 superior de pierna.

Discusión

La patología linfática es el área de las enfermedades vasculares periféricas en la cual los angiólogos y los cirujanos vasculares han avanzado más lentamente, existiendo gran dificultad para determinar la etiología y fisiopatología de estas entidades. El estudio linfográfico si bien orienta sobre la etiopatogenia no deja de constituir una dificultad técnica que en muchas ocasiones desanima a quien pretende obtener el mayor número de datos que le orienten en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes (2-6).

Además de la linfografía debemos dar importancia a los estudios arteriográficos, flebográficos y radioisotópicos, los cuales deberán ser practicados en el momento apropiado y dependiendo del estado clínico de cada paciente (2-5). El estudio radioisotópico, realizado con oro coloidal, tecnecio 99 o albúmina marcada, nos proporciona información fiable sobre el funcionamiento del linfático inicial (capilar linfático). Esta situación puede definir la contraindicación de una cirugía de anastomo-

Gráfico I



sis linfático-venosa en un paciente con conductos linfáticos permeables y gran deficiencia en la depuración de radioisótopos (7). Trabajos recientes muestran el estudio de las proteínas del líquido intersticial en un miembro con linfedema, evidenciando que cuando existe un aumento de la albúmina en relación a la gama-globulina se consigue una mejor reducción del linfedema con el tratamiento clínico, sucediendo lo contrario con un aumento de gama-globulina (8).

Las benzopironas continúan siendo uno de los medicamentos de mayor utilidad, esta droga además de su notable acción linfocinética, produce modificaciones bioquímicas en los espacios intersticiales fluidificando el colágeno de modo evidente (1). Autores como **Földi** y **Casley-Smith**, mencionan que esta droga tiene una poderosa acción en la reabsorción de los linfedemas por activar la función de los histiocitos que digieren las proteínas estancadas, facilitando su absorción (1-2).

La evolución de los pacientes con el tratamiento clínico establecido y los estudios complementarios realizados, puede orientar hacia procedimientos quirúrgicos asociados, siendo las anastomosis linfático-venosas (en los casos de bloqueo linfático evidente) con las técnicas conocidas las mayormente realizadas (2-3-4). Las cirugías de resecciones mutilantes (**Charles**) son cada vez menos indicadas, practicándose sólo en casos de grandes elefantiasis (2).

Ante la presencia de ramos arteriales anómalos de hiperostomía recomendamos el tratamiento clínico; sólo hacemos la ligadura de los mismos cuando el paciente es sometido a otro procedimiento quirúrgico (anastomosis linfático-venosas) (5).

El régimen dietético estará orientado a la disminución de la obesidad y de la retención hídrica; para ello indicamos una dieta con restricción hidrosalina, pobre en grasas y carbohidratos; rica en colágeno.

Es de vital importancia valorar las actividades de tipo ocupacional de cada paciente, orientándolo a mudarlas de ser necesario.

RESUMEN

Seis pacientes con linfedema de miembros inferiores fueron estudiados en nuestro Servicio durante el comienzo de 1985. Se sometieron a examen clínico y angiográfico, observándose etiologías diferentes. Todos los pacientes recibieron en forma inicial tratamiento médico clínico; en 4 pacientes se realizó cirugía. Presentamos el seguimiento a 18 meses.

AUTHORS'S SUMMARY

Six patients with lymphoedema of the lower extremities were studied in our Service during the beginning of 1985. They were submitted to clinical and radiographical evaluation, where different etiologies were found. The six patients received initial medical treatment, and in four of them, surgical treatment was possible. The 18 months follow-up is presented.

BIBLIOGRAFIA

1. CASLEY-SMITH, J. R.; PILLER, N. B.: The mode of action of coumarin and related compounds in the treatment of edema. «Lymphedema». Georg Thieme Publishers Stuttgart 33-41, 1977.
2. CORDEIRO, A. K.; BARACAT, F. F.: «Linfología». Fundo Editorial Byk-Prociénix Río de Janeiro, 1983.

3. DEGNI, M.: New technique of lymphatico-venous anastomosis for the treatment of lymphedema. «J. Cardiovasc. Surg.», 19: 577, 1978.
4. EDWARDS, J. M.; KINMONTH, J. B.: Lympho-venous shunts in man». «Brit. Med. J.», 4: 579, 1969.
5. MAYALL, R. C.: Síndrome de Hiperostomía. «Los Grandes Síndromes Vasculares». Instituto Mexicano de Seguros Sociales. México 957, 1984.
6. MAYALL, R. C.: Lymphography in post phlebitic syndrome. «J. Cardiovasc. Surg.», 1: 176, 1960.
7. VASCONCELOS DE CARVALHO, R.: «Estudio de permeabilidade capilar linfática no linfedema primario e secundario». XXVI Congresso Brasileiro de Angiologia. Fortaleza (BR) 102, 1985.
8. VASCONCELOS DE CARVALHO, E.: «Estudo do líquido intersticial no linfedema secundario por linfangite e seu tratamento clínico». XXVI Congresso Brasileiro de Angiologia. Fortaleza (BR) 103, 1985.