

Linfedema postmastectomía, una complicación poco reconocida

I. Martínez Galán^a, M. Torres Lacomba^a, H. Romay Barrero^a, V. Muñoz Madero^b, S. Martín Villalvilla^b y O. Mayoral del Moral^b

^aEscuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de Toledo. Universidad de Castilla La Mancha.

^bHospital Provincial de la Misericordia de Toledo.

OBJETIVOS. Conocer la prevalencia de linfedema postmastectomía en nuestro medio, así como la percepción que del mismo tienen las pacientes y el diagnóstico y tratamiento que de él se realiza.

MÉTODOS. Cincuenta y tres pacientes operadas de cáncer de mama entre 1995-1999, que acudieron a revisión a la consulta de cirugía en el primer trimestre de 2000.

Se recogieron datos demográficos, factores de riesgo y tratamientos realizados. El diagnóstico de linfedema se realizó con medida de perímetros circunferenciales de ambos miembros superiores cada 5 cm, cuando existían al menos dos perímetros consecutivos con una diferencia mayor de 2 cm respecto al miembro contralateral. Se valoró la sensación subjetiva de linfedema y el tratamiento realizado.

RESULTADOS. Dieciséis pacientes (30,2%) creían haber tenido edema tras la cirugía y de ellas sólo 6 consideraban padecerlo en el momento de la entrevista. La valoración mediante circunmetría reveló que 18 pacientes presentaban linfedema (34%). Doce de las 18 pacientes no eran conscientes de padecerlo. Las 6 pacientes que creían tener linfedema en ese momento, efectivamente lo presentaban. Sólo en 2 casos se había realizado algún tipo de tratamiento.

CONCLUSIÓN. Es necesaria una mayor educación y concienciación sobre este problema tanto del personal sanitario como de las pacientes.

Palabras clave: linfedema postmastectomía, prevalencia, educación sanitaria.

OBJECTIVES. To know the prevalence of postmastectomy lymphedema in our setting, as well as the perception that the patients have of it and the diagnosis and treatment performed on it.

METHODS. Fifty three patients operated on for breast cancer between 1995-1999, who came to check-up in the surgery out-patient clinic in the first quarter of 2000.

Demographic data, risk factors and treatments performed were gathered. The lymphedema diagnosis was performed with measurement of circumferential perimeters of both upper limbs every 5 cm, when there were at least two consecutive perimeters with a difference greater than 2 cm regarding the opposite limb. The subjective sensation of lymphedema and treatment performed was assessed.

RESULTS. Sixteen patients (30.2%) believed they had had edema after the surgery and only 6 of them considered that they had it at the time of the interview. Assessment by circumferential measurement revealed that 18 patients presented lymphedema (34%). Twelve of the 18 patients were not aware of suffering it. The 6 patients who believed they had lymphedema at this time really had it. Some type of treatment was only performed in 2 cases.

CONCLUSION. Greater education and awareness on this problem, both by health care staff as well as the patients, are necessary.

Key words: postmastectomy lymphedema, prevalence, health care education.

INTRODUCCIÓN

El linfedema puede aparecer como consecuencia del tratamiento quirúrgico y/o radioterápico del cáncer de mama (CM). Se han descrito distintos factores de riesgo como son la obesidad, la infección de la herida quirúrgica,

el haber desarrollado un seroma postquirúrgico, etc.¹⁻⁶, pero, a pesar de ello, no es posible conocer qué pacientes desarrollarán linfedema y quienes no.

El linfedema no suele comprometer la vida de las pacientes, pero puede provocar dolor, impotencia funcional y por tanto, limitar las actividades de la vida diaria. Además, hay un factor estético que unido a la situación de estas pacientes, puede producir alteraciones psíquicas y, por otra parte, no se debe olvidar que el linfedema es causa de otras complicaciones como linfangitis, erisipela o linfosarcoma⁷.

La incidencia de linfedema postmastectomía varía en las diferentes series de la literatura científica, oscilando

Correspondencia:

I. Martínez Galán.

Campus de la Fábrica de Armas.

Avd. Carlos III s/n.

45072 Toledo.

Correo electrónico: Ines.Martinez@uclm.es

Recibido el 03-03-03; aceptado para su publicación el 17-07-03.

entre 6% y 70%^{1,8}, dependiendo fundamentalmente de los parámetros utilizados para el diagnóstico. Actualmente, lo habitual es considerar que existe linfedema cuando se produce un aumento mayor de 1,5 ó 2 cm en alguno de los perímetros circunferenciales del miembro superior en comparación con el miembro contralateral. Según este criterio diagnóstico, la incidencia de linfedema está entre el 25%-35%⁹⁻¹¹. Así que, de manera general, podemos decir que un tercio de las pacientes que han sido sometidas a linfadenectomía por tratamiento del CM y/o radioterapia desarrollarán linfedema. Teniendo en cuenta que en nuestra área sanitaria (Toledo Centro y Mancha) la tasa de CM en mujeres es de 59,6 por 10⁵ habitantes y año y que la población de mujeres es 190.284 (datos facilitados por el Registro de Cáncer de Toledo), cabe esperar que cada año se produzcan 114 casos nuevos de CM y que de ellos 28-40 desarrollen linfedema.

Una vez que aparece el linfedema, el tratamiento se basa en un conjunto de medidas físicas, entre las que se incluye drenaje linfático manual, presoterapia, medidas higiénicas, dietéticas y tratamiento farmacológico^{12,13}. Pero en cualquier caso son tratamientos paliativos que no logran curar el linfedema, por lo que éste pasa a ser un problema crónico del que habrá que ocuparse toda la vida.

Dado que ha aumentado la esperanza de vida de estas pacientes y que cada vez se realizan diagnósticos de CM más precoces y en mujeres más jóvenes, creemos de interés realizar algún tipo de intervención para llegar al diagnóstico del linfedema con el fin de mejorar la calidad de vida de estas pacientes.

Por ello con nuestro estudio se pretende conocer la prevalencia de linfedema postmastectomía en nuestro medio, así como la percepción que del mismo tienen las pacientes y el diagnóstico y tratamiento que de él se realiza.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal en el que se incluyeron las 53 pacientes que acudieron a revisión a la consulta de cirugía del Hospital Provincial de Toledo durante el primer trimestre de 2000 y que habían sufrido tratamiento quirúrgico del cáncer de mama entre 1995 y 1999.

Se realizó la revisión de su historia clínica de la que se extrajeron datos demográficos (edad, población de procedencia), posibles factores de riesgo (obesidad, infección de la herida, tratamiento radioterápico, tipo de cirugía, número de ganglios extirpados), así como los tratamientos realizados hasta ese momento. Los datos fueron recogidos protocolizadamente y almacenados en una base de datos informática.

Las pacientes fueron evaluadas, para detectar la presencia de linfedema en el momento de la revisión, mediante medición de perímetros circunferenciales de ambos miembros superiores cada 5 cm y se definió linfedema como la existencia de dos perímetros consecutivos con una diferencia mayor de 2 cm con relación al

miembro contralateral. También se interrogó a las pacientes con respecto a la sensación subjetiva de linfedema y el tratamiento realizado cuando fueron conscientes del edema del miembro superior.

Los datos obtenidos se procesaron estadísticamente realizándose análisis univariable y multivariable. En el análisis univariable se compararon, mediante la prueba t de Student, las medias de las variables edad, número de ganglios extirpados y número de ganglios que mostraron signos anatomopatológicos de malignidad. Mediante la prueba del Chi cuadrado se compararon las proporciones de las variables tipo de cirugía, aplicación de radioterapia y desarrollo de seroma. El análisis multivariable de los posibles factores de riesgo se realizó mediante regresión logística de exclusión por pasos basándose en la razón de verosimilitud utilizando el programa SPSS (8.0).

RESULTADOS

Descripción del grupo

La edad media de las pacientes fue de 55 años (rango 39-80) con una DE de 8,44.

En 31 de ellas (57%) se realizó cirugía conservadora (lumpectomía o cuadrantectomía) y en 22 (43%) cirugía radical (mastectomía completa o radical). En todos los casos se practicó linfadenectomía. Los ganglios extirpados fueron entre 1-10 en el 25,7% de los casos, 10-20 en el 65,7% y en el 8,6% restante se extirparon más de 20 ganglios. En 13 casos las adenopatías mostraron signos anatomopatológicos de malignidad. En cuanto a las complicaciones postquirúrgicas, en 3 casos (5,7%) se desarrolló seroma y en ningún caso hubo infección de la herida quirúrgica. Con relación a la radioterapia se encontró que 26 (49,1%) pacientes la recibieron y 27 (50,9%) no.

Percepción de linfedema y prevalencia real

Las pacientes fueron interrogadas respecto a si creían haber tenido edema del brazo en algún momento tras la cirugía y 16 (30,2%) contestaron en sentido afirmativo. De ellas sólo 6 consideraban tener linfedema en el momento de la entrevista.

Al realizar la valoración mediante circunmetría encontramos que 18 pacientes presentaban linfedema (34%). Esto pone de manifiesto que 12 de las 18 pacientes que padecían linfedema no eran conscientes de ello. Las 6 pacientes que creían tener linfedema en ese momento, efectivamente lo presentaban.

Factores de riesgo

En cuanto a posibles factores de riesgo involucrados en el desarrollo de linfedema, se ha realizado el análisis univariable y multivariable con respecto a la edad, tipo de cirugía, el número de ganglios extirpados, el número de ganglios positivos, la radioterapia, el desarrollo de seroma, no encontrándose en ningún caso relación estadísticamente significativa.

Tratamiento recibido para el linfedema

Las pacientes que refirieron haber tenido sensación de linfedema fueron interrogadas sobre las medidas terapéuticas utilizadas para su tratamiento y sólo en 2 casos refirieron haber realizado algún tipo de tratamiento (drenaje linfático manual o farmacológico).

DISCUSIÓN

La prevalencia de linfedema en nuestro grupo es algo más elevada que la descrita por otros grupos, posiblemente sea debido a que una parte importante de la población que se atiende pertenece al medio rural y desarrolla tareas agrícolas y ganaderas, estando más expuesta a lesiones cutáneas y traumatismos que pueden ser factor desencadenante de linfedema.

En cuanto al diagnóstico y tratamiento del linfedema, 12 de las pacientes diagnosticadas por nosotros no eran conscientes de padecerlo en el momento de la evaluación, incluso en casos en que el linfedema era evidente a la inspección y solamente 2 mujeres habían recibido algún tipo de tratamiento. En ningún caso los tratamientos referidos eran acordes con las recomendaciones actuales, que consisten en una combinación de medidas higiénicas, dietéticas, drenaje linfático manual, medidas de contención y tratamiento farmacológico^{14,15}.

Estos datos ponen de manifiesto que en nuestro medio, el linfedema postmastectomía es un problema que pasa desapercibido tanto para las pacientes como para el personal sanitario que las atiende y que cuando se diagnostica tampoco se realiza el tratamiento recomendado actualmente.

A la vista de estos resultados estamos de acuerdo con las propuestas de Runowicz¹⁶, ya que parece necesario mejorar la formación del personal sanitario con relación a esta patología, y la educación de las pacientes en cuanto a autovigilancia. Igualmente consideramos que se debería realizar una vigilancia activa periódica en este grupo de pacientes, mediante la implantación de programas de diagnóstico precoz en el ámbito de la Atención Primaria.

Agradecimientos

Queremos agradecer la colaboración prestada por el Hospital Provincial de la Misericordia de Toledo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Deutsch M. Arm edema after lumpectomy and breast irradiation. *Am J Clin Oncol* 2003;26(3):226-31.
2. Schijven MP, Rutten HJ, Nieuwenhuijzen GA, Roumen RM, van Bussel ME. Comparison of morbidity between axillary lymph node dissection and sentinel node biopsy. *Eur J Surg Oncol* 2003;29(4):341-50.
3. Kuehn T, Darsow M, Regele S, Flock F, Maiterth C, Dahlbender R, et al. Long-term morbidity following axillary dissection in breast cancer patients--clinical assessment, significance for life quality and the impact of demographic, oncologic and therapeutic factors. *Breast Cancer Res Treat* 2000;64(3):275-83.
4. Kocak Z. Risk factors of arm lymphedema in breast cancer patients. *Acta Oncol* 2000;39(3):389-92.
5. Kissin MW, Wesbury G. Risk of lymphoedema following the treatment of breast cancer. *Br J Surg* 1986;73(7):580-4.
6. Werner R, McCormick B, Petrek JA, Cox L, Cirrincione C, et al. Arm edema in conservative managed breast cancer: obesity is a major predictive factor. *Ther Radiol* 1991;180:177-84.
7. Johansson K, Nilsson I, Ingvar C, Albertsson M, Ekdahl C. Breast cancer patients' experiences of lymphoedema. *Scand J Caring Sci* 2003;17(1):35-42.
8. Campisi C, Zilli A, Maccio A, Napoli F, Ferreira Azevedo W Jr, Fulcheri E, et al. Lymphedema secondary to breast cancer treatment: possibility of diagnostic and therapeutic prevention. *Ann Ital Chir* 2002;73(5):493-8.
9. Golshan M, Dowlatshahi K. Sentinel lymph node biopsy lowers the rate of lymphedema when compared with standard axillary lymph node dissection. *Am Surg* 2003;69(3):209-11.
10. Meric F, Mirza NQ, Vlastos G, Ames FC, Ross MI, Pollock RE, et al. Long-term complications associated with breast-conservation surgery and radiotherapy. *Ann Surg Oncol* 2002;9(6):543-9.
11. Chua B, Boyages J. Competing considerations in regional nodal treatment for early breast cancer. *Breast J* 2002;8(1):15-22.
12. Morgan, JR, Masson MR, Casley-Smith JR. Complex physical therapy for the lymphoedema arm. *J Hand Surg* 1992;17:437-41.
13. Tomson D, Klumbach D. Treatment of lymphoedema of the upper limb according to the Földi method: Results. *Europ J Lymphology* 1992;3:88-9.
14. Leduc O. Rehabilitation protocol in upper limb lymphedema. *Ann Ital Chir* 2002;73(5):479-84.
15. Berlin E, Ivarsson C, Palmqvist I, Thagg G, Thulesius O. Postmastectomy lymphoedema. Treatment and a five-year follow-up study. *Int Angiol* 1999;18(4):294-8.
16. Runowicz CD. Lymphedema: Patient and Provider Education. *Cancer* 1998;83(12):2874-6.