

FLEBEDEMA Y LINFEDEMA POSTFLEBITICOS

F. MARTORELL y A. SANCHÍZ

*De los Servicios de «Cirugía Vascular» y de «Terapéutica Física»
del Instituto Policlínico de Barcelona*

La secuela más constante de las trombosis y trobiflebitis de los miembros inferiores es el edema, manifiesto clínicamente por la hinchazón del miembro. Este edema postflebítico difiere del edema de la fase aguda de la tromboflebitis por ser de origen mecánico, localizarse en los puntos declives (fig. 1 A), reducirse en decúbito y no acompañarse de aumento de temperatura local. Es sabido que el edema de la fase aguda tromboflebítica no se localiza en los puntos declives, sino a nivel del territorio trombosado, no es reductible por el decúbito, persiste permaneciendo en cama y se acompaña de aumento de temperatura local.

El edema linfático puro, se observa en los miembros inferiores en los casos de invasión neoplásica de los ganglios fémoroilíacos. Este edema se caracteriza por ocupar la raíz del miembro en lugar de su parte distal, es un edema rizomélico (fig. 1 B) y no disminuye con el reposo en cama.

Con menor frecuencia las tromboflebitis dejan como secuela un edema mixto, venoso y linfático (fig. 1 C), que tiene las siguientes características:

- 1.º Mucha menor frecuencia que el edema venoso.
- 2.º Se presenta sólo en las tromboflebitis fémoroilíacas.
- 3.º Es consecuencia de una intensa periflebitis.
- 4.º El edema es rizomélico o total.
- 5.º No es reductible por el decúbito.
- 6.º Las terapéuticas corrientes fracasan.
- 7.º Obedece a la Roengenterapia antiinflamatoria crónica.

La roengenterapia se practica sobre la región fémoroilíaca, aplicando 100 r. tres veces a la semana, total 1.000 r. Características de irradiación: 200 K. V. Miliamperios 7. Filtraje, 0,5 Cu. 1 mm. Al. F. C. 50 cm.

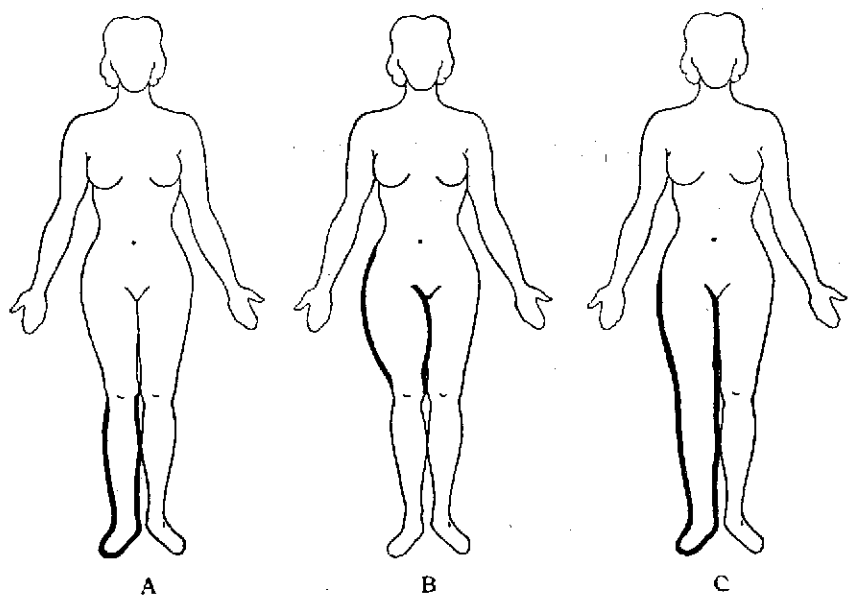


Fig. 1. — A. *Edema acromélico*. B. *Edema rizomélico*. C. *Edema total*.

En resumen, existen dos tipos de edema postflebítico: uno venoso, *flebedema postflebítico*, y otro linfático, *linfedema postflebítico*. El primero es frecuentemente acromélico y reductible por el decúbito; el segundo es raro, rizomélico y no reductible por el decúbito. El tratamiento debe conducirse de distinta manera.

SUMMARY

There are two kinds of postphlebotic edema: *phlebedema* of venous origin; and *linphedema* of lymphatic origin. The first is frequent, acromelic and disappears at night by resting in bed. The second, is rare, rizomelic and does not disappear at night with the rest in bed. The treatment is different in each case.