

Linfedema. Tratamiento con terapias descongestivas más cirugía

Dres. Juan A. Araújo Refreschini¹, Jorge G. Curbelo Wern²,
Alfredo L. Mayol Romero², Gerardo G. Pascal Velazco²,
Fisiot. Kitty Lowensberg³

Resumen

Se presenta el caso de una paciente de 57 años portadora de linfedema de miembro inferior derecho secundario a resección de carcinoma vulvar más linfadenectomía inguinal, con complicaciones funcionales, infecciosas, estéticas y psicológicas. Del examen físico inicial se destaca un peso corporal de 124 kg y un miembro inferior derecho francamente aumentado de tamaño con perímetros de muslo de 138 cm, de rodilla de 90 cm y de pierna de 73 cm.

La paciente fue tratada en forma multidisciplinaria mediante terapia descongestiva y posterior exéresis quirúrgica de tejidos laxos según plan propuesto por nosotros.

El resultado fue un descenso ponderal que de 124 kg pasó a 81 kg y disminución del perímetro del miembro afectado que pasó a 66 cm, 40 cm y 39 cm en muslo, rodilla y pierna respectivamente.

Fue satisfactorio el control alejado a los 8 meses y a los 2 años.

Palabras clave: Linfedema-terapia

Introducción

El linfedema de miembros es una entidad patológica caracterizada por acumulación de líquido rico en proteína en el espacio hístico subcutáneo, no en el espacio muscular profundo.

Se caracteriza por edema crónico, progresivo, siendo al principio reversible y luego irreversible.

En su etapa de irreversibilidad produce una gran impotencia funcional.

Diversas alteraciones de la dinámica de los líquidos intersticiales y capilares pueden aumentar la presión del in-

tersticio y causar edema, que será un signo más en la clínica de diversas entidades nosológicas. El diagnóstico diferencial debe hacerse con edemas por aumento de la presión capilar media (cardíacos, tromboflebitis, angioneurótico, reacciones alérgicas), edemas por disminución de la proteinemia (quemaduras extensas, síndrome nefrótico, dietas con déficit crónico de proteínas), edemas por aumento de la permeabilidad capilar (quemaduras, reacciones alérgicas) y edemas por retención renal de líquidos (enfermedad renal).

Desde el punto de vista etiológico distinguimos el linfedema primario (obedece a una anomalía en el desarrollo del sistema linfático normal) y el linfedema secundario (por obstrucción o destrucción de los linfáticos normales).

El linfedema primario representa, aproximadamente, sólo 10% del total. Varias son las causas de linfedema secundario, siendo las más frecuentes las posquirúrgicas, posradioterapia y las posflebiticas, entre otras⁽¹⁻⁴⁾.

Caso clínico

HDS, sexo femenino, 57 años, procedente de medio ru-

Este trabajo fue presentado en el IV Congreso Uruguayo de Dermatología, en noviembre de 1992 y en la sesión científica de la Sociedad de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética del Uruguay el 18 de agosto de 1993

1. Cirujano Plástico del Hospital Pereira Rossell. Hospital Pasteur.
2. Posgrados del Servicio de Cirugía Plástica y Microcirugía del Hospital Pasteur.
3. Fisioterapeuta del Servicio de Fisioterapia del Hospital Pasteur

Correspondencia: Dr. Juan A. Araújo Refreschini, J. B. Blanco 3370/201 Montevideo (Uruguay).

Presentado 21/2/95

Aceptado 24/3/95

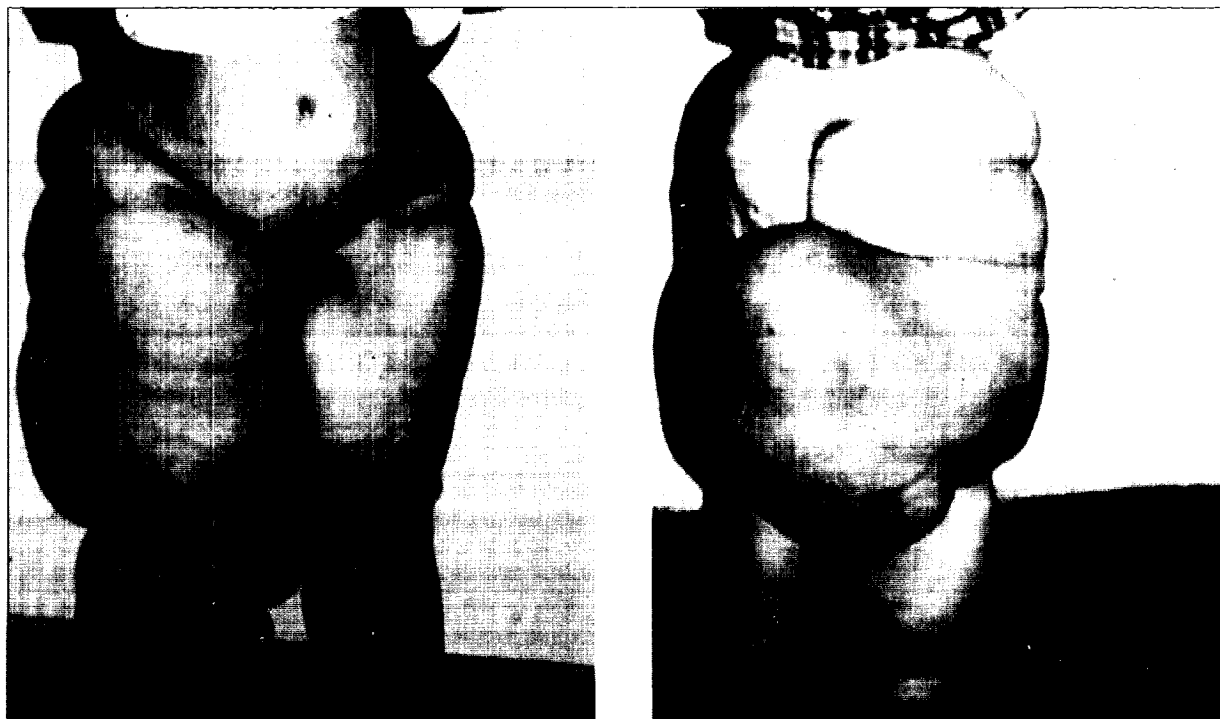


Figura 1. Estado de la paciente al ingreso

ral. Hace ocho años se le resecó un carcinoma epidermoide vulvar y ganglios linfáticos inguinales. Desde entonces nota tumefacción y crecimiento progresivo de miembro inferior derecho. En los últimos seis años ha presentado varios episodios de erisipela. Anímicamente deprimida y negativa; tiene imposibilidad de caminar, sentarse y cambiar de decúbito sin ayuda. Permanece en cama en decúbito dorsal, con eritema y exulceración en dorso y región sacra.

Examen físico

Peso 124 kg, perímetro de miembro inferior derecho a nivel de muslo de 138 cm, rodilla de 90 cm, pierna de 73 cm. Piel tensa eritematosa, cianótica en zonas declives, piel "de naranja". Resto del examen físico sin particularidades (figura 1). Eco-Doppler y flebografía muestran permeabilidad del sistema venoso superficial y profundo en ambas piernas. La linfocentellografía objetiva un gran lago linfático en pierna derecha con bloqueo circulatorio proximal completo. Circulación linfática izquierda conservada. Resto de los exámenes de valoración general sin particularidades.

Tratamiento

Durante 30 días se realiza terapia descongostiva del miembro afectado en lo que incluimos:

- tratamiento dermatológico de la piel;

- 80 sesiones de drenaje linfático manual (2 o 3 sesiones diarias de 45 minutos de duración cada una);
- presoterapia por vendajes (vendajes elásticos a permanencia);
- ejercicios linfoquinéticos de 15 minutos cada 4 horas consistentes en flexión y extensión de pie, rodilla y circunvalación del miembro.

Durante estos días el descenso ponderal fue, en promedio, de 1,2 kg por día. La diuresis promedio día fue de 1,954 litros. La piel, al retraerse, formaba "bolsas" cutáneas que colgaban de la cara interna del muslo y pierna, con flaccidez generalizada.

El peso de la paciente había descendido a 87 kg, ya podía deambular, sentarse y cambiar sola de decúbito (figura 2).

Al mes, la terapia descongostiva no provocaba ya mayor descenso de peso ni de dimensiones del miembro inferior. La diuresis que había llegado a más de 4 litros/día se estabilizó en algo más de 1 litro/día.

A los 45 días del ingreso, se decide intervenir quirúrgicamente para resecar las "bolsas" dermograsas y remodelar el miembro. La intervención se realiza bajo anestesia general y autotransfusión sanguínea. Se resecó un losange de piel y tejidos subdérmicos de la cara interna de muslo de 40 por 21 cm que pesó 5,310 kg y otro losange



Figura 2. Luego de 30 días de terapia descongestiva

de la cara posterior de la pierna de 26 por 9 cm de 1,320 kg de peso.

La paciente cursó un buen posoperatorio retirándose todos los puntos dos semanas más tarde. Se otorga el alta a los 63 días del ingreso con un peso de 81 kg (figura 3). En el momento del alta las dimensiones de ambos miembros inferiores eran muy similares:

	Perímetro miembro inferior derecho (afectado)	Miembro inferior izquierdo (sano)
Muslo	66 cm	65 cm
Rodilla	40 cm	39 cm
Pierna	39 cm	38 cm

Se controló a la paciente a los 8 meses del alta. Mantenía su peso y los miembros inferiores eran razonablemente simétricos

Como se había indicado, usaba una malla lycra a permanencia. No había tenido nuevos episodios de erisipelas. Hacía una vida normal y tenía un excelente estado anímico. Control a los 2 años: 80 kg de peso, el muslo ha disminuido su circunferencia, la paciente solicita nueva remodelación estética cutánea. Leve aumento (3 cm) de la circunferencia de pierna (cuadro 1).

Comentarios

En una persona sana, existe un equilibrio entre la masa tisular a ser drenada por el sistema linfático superficial de un miembro y los vasos linfáticos funcionantes. Cuando ese equilibrio se pierde por exceso de masa tisular o por déficit de linfáticos funcionantes, se produce linfedema.

Este requiere un tratamiento global multidisciplinario.

En el caso clínico presentado se realizó terapia descongestiva más exéresis quirúrgica de remodelación, pero hemos tratado otros cuatro pacientes de los cuales en dos no fue necesaria la etapa quirúrgica.

El tratamiento propuesto consiste en:

- 1) *Cuidado de la piel*: fundamental en colaboración con el dermatólogo para curar una piel patológica y aproximarla a lo que es la piel sana. Control de microorganismos saprófitos patógenos (erisipelas) ⁽⁵⁾. Eliminación de infecciones micóticas en pliegues cutáneos ⁽⁶⁾. Nutrición e hidratación de la piel más cuidados de las faneras.
- 2) *Drenaje linfático manual*: promovido con gran éxito por Michael Földi de Alemania ⁽⁷⁾. Lo principal que procura esta técnica especial de masajes es incrementar la actividad linfoquinética en cuadrantes sanos del cuerpo libres de linfangiectasia, antes de tocar el cuadrante enfermo. El descongestionamiento inicial de los

