

Acta Médica
Grupo Ángeles

Volumen **3**
Volume

Número **2**
Number

Abril-Junio **2005**
April-June

Artículo:

Linfedema secundario de miembros inferiores: Presentación de un caso problema

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Grupo Ángeles Servicios de Salud

Otras secciones de este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

Others sections in this web site:

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Linfedema secundario de miembros inferiores: Presentación de un caso problema

Edgar Arredondo Vergara Lope,* Rodolfo Arámbula Blando*

Resumen

El linfedema se caracteriza por aumento de volumen, especialmente de tejido subcutáneo, secundario a estasis de fluido linfático en el espacio intersticial. Angiopatía de difícil diagnóstico y tratamiento, dadas las peculiaridades estructurales y funcionales del mismo, que lo obstaculizan. Se discute el caso de un paciente de 40 años, alcohólico crónico con datos de: lesión lumbar punzocortante, fractura traumática de cuello de fémur derecho, tromboflebitis iliofemoropoplítea bilateral de causa no identificada y linfedema secundario; en quien se habían realizado: Esplenectomía por la lesión mencionada, corrección instrumental de la fractura, colocación de filtro intracaval de indicación desconocida y a quien manejamos mediante "Derivación linfovenosa inguinal bilateral" y posteriormente "Dermolipolinfedemoexcéresis" con toma y aplicación de injertos de piel en estampilla y totales, logrando disminución de volumen, mejoría estética y mejor función.

El linfedema, ya sea primario o secundario es de manejo azaroso, lo que se confirma ante la gran variedad de métodos desarrollados intentando, tanto la reconstrucción de las vías de flujo linfático, como la corrección de las deformidades y la función de extremidades afectas. Se hace hincapié en el tratamiento mixto y el uso de injertos estampillados de zona donadora sana.

Palabras clave: Linfedema, dermolipolinfedemoexcéresis, injertos en estampilla.

Summary

Lymphoedema is characterized by swelling, especially of subcutaneous tissues, secondary to the stasis of lymphatic fluid in the interstitial space. It is an angiopathy of difficult diagnosis and treatment because its structural and functional peculiarities. In here we present the case of a 40 year old patient, a chronic alcoholic man with the following antecedents: a lumbar- cuts; a traumatic fracture of the right femoral neck; bilateral- thrombophlebitis of the ilio-femoro-popliteal region of no identifiable cause, and secondary lymphoedema. He had been previously treated with an esplenectomy for the wound mentioned; he had been done an instrumental correction of the fracture; he had an intracaval filter placement of unknown indication; The treatment we gave him was a "Lymphovenous anastomosis" and afterwards a "Dermo-lipo-lymphoedema-excisions", done with dermal-small print - flaps or large flaps collocation for covering the underlying tissues. As a result we observed volume diminishing, and aesthetic and functional improvement. The lymphoedema, either of primary or secondary origin, is of difficult management, wich is confirmed by the great variety of techniques developed to reconstruct the lymphatic pathway, or to make plastic corrections of the affected and dysfunctional limbs. In here, we emphasize the need of a mixed treatment and the use of small print dermal grafts from a healthy zone.

Key words: Lymphoedema, dermo lipo limphoedema excisions, small print dermal grafts.

* Jubilado IMSS. Miembro de la Sociedad Mexicana de Angiología y Cirugía Vascul ar A.C. Certificado por el Consejo de Angiología y Cirugía Vascul ar, A.C. Miembro de la Sociedad Médica del Hospital Ángeles Metropolitano, A.C.

Hospital Ángeles Metropolitano

Correspondencia:

Dr. Edgar Arredondo Vergara Lope
Hermosillo No. 26, Despacho 202, Colonia Roma Sur,
C.P. 06760. México, D.F.

Aceptado: 28-02-2005.

INTRODUCCIÓN

El término “linfedema” define una condición patológica específica, caracterizada por aumento de volumen de tejidos blandos, especialmente el subcutáneo, como resultado de estasis del fluido linfático (portador de anhídrido carbónico, poco oxígeno y gran cantidad de linfocitos fibrinógeno, protrombina y sobre todo un alto contenido proteínico) en el espacio intersticial.^{2,3}

Desde el punto de vista nosográfico, el linfedema se puede clasificar en primario y secundario. Considerándose como primarios aquéllos sin una causa claramente identificable (idiotóxicos); aunque se llegan a encontrar uno o más factores desencadenantes,^{3,7,12} los linfedemas congénitos están incluidos en esta categoría.⁸⁻¹⁰ El linfedema secundario, contrariamente cuenta con un factor causal definido como: oclusión tumoral, remoción quirúrgica de ganglios o vasos linfáticos, con presión extrínseca (fibrosis, edema crónico, *secuela postrombótica venosa*, radiaciones, etc.).³⁻⁵

El caso que aquí se presenta, pertenece a esta segunda categoría al ser portador de una secuela postrombótica venosa ilio-femoro-poplítea bilateral, de 8 años de evolución prevalente en un individuo con alcoholismo crónico intenso y factores psicológicos disociativos con pérdida de autoestima e incapacidad cognitiva para la valoración de su padecimiento y el acatamiento de las indicaciones terapéuticas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente masculino de 40 años, con antecedentes hereditarios de etilismo intenso (padre). Personales de alcoholismo desde los 20 años de edad, cuya adicción lo mantiene viviendo en la calle (indigente) con grandes periodos de bipedestación y desprotección absoluta a su *modus vivendi*: esplenectomía por lesión punzocortante de 20 años atrás; fractura postraumática de cuello de fémur derecho que requirió de corrección quirúrgica con colocación de clavo intramedular hace un año y 6 meses (*Figura 1*), mismo tiempo en que se coloca filtro-caval no identificado y por indicación no especificada. El paciente ubica el proceso tromboflebítico 8 años atrás (*Figura 2*) sin definir factor etiológico o desencadenante probable ni modo o sitio de manejo terapéutico inmediato, manifestando el desarrollo de edema bilateral, fenómenos tróficos cutáneos como hiperpigmentación ocre y úlceras perimaleolares recidivantes, de evolución tórpida así como el incremento paulatino de fibrosis subdérmica con desarrollo de edema leñoso y verrucosis dérmica (*Figura 3*).

Se recibe por primera vez hace un año, en el Hospital (Ángeles-Metropolitano) fecha en que se elabora el diagnóstico de secuela postrombótica venosa bilateral ilio-fe-

moro-poplítea acompañada de linfedema secundario, descartándose en ese entonces la posibilidad de tratamiento quirúrgico de la secuela, por lo que nos avocamos al manejo médico de la misma y al intento de corrección quirúrgica del linfedema, razón por la que iniciamos con una derivación linfovenosa troncular múltiple término-lateral y bilateral obteniéndose mejoría ostensible tanto volumétrica como de la dermatopatía inherente (sin úlceras abiertas en esta estancia) egresándose del Hospital con buen estado aparente general y de miembros inferiores. El seguimiento mediato de este paciente se perdió.

Reingresa al hospital a través del servicio de urgencias el 19-07-04, con gran deterioro de su estado general, con evidentes datos de higiene nula, incremento del edema leñoso, úlcera perimaleolares internos y externos bilaterales (*Figura 4*) con signos de infección secundaria al igual que datos de infestación micótica de la piel, desnutrición y exacerbación de su psicopatía. Se ingresa para control de su estado general y limpieza de las úlceras y de la piel; llevándose a cabo nutrición asistida, aseos locales, antibioticoterapia específica (cultivo y antibiograma previos), fibrinolíticos y flebodinámicos. Una vez lograda la limpieza necesaria decidimos complementar nuestro tratamiento del linfedema ahora complicado con úlceras perimaleolares post-flebíticas, efectuando en zonas específicas una “Dermatolipolinfedemoexéresis” extensas, cubriendo con injertos de piel en estampilla y/o completos (según extensión del área), de zona donadora sana (*Figuras 5 y 6*).

RESULTADOS

A pesar de la pluripatología y la presencia de adicciones de difícil control así como de sus alteraciones psicopáticas, logramos la mejoría casi inmediata del estado general y la corrección de las infecciones en los primeros 10 días de antibioticoterapia sistémica y focal, permitiéndonos activar la segunda fase de tratamiento con gran rapidez, apreciándose durante el periodo de observación inmediata y mediata una respuesta adecuada de zonas donadoras y receptoras, con importante disminución de volumen distal y franca integración de los injertos dérmicos. Se mantuvo al paciente (por sus características especiales) una temporada larga en el nosocomio y se egresó del mismo con aceptación total de injertos, buen estado general, mejoría de la piel y mínimo cambio psicológico, razón por la que, una vez egresado volvió a perderse el seguimiento del enfermo que no ha acudido a sus citas ambulatorias.

DISCUSIÓN

El linfedema secundario a secuela postrombótica venosa se explica fistopatológicamente porque, durante la fase

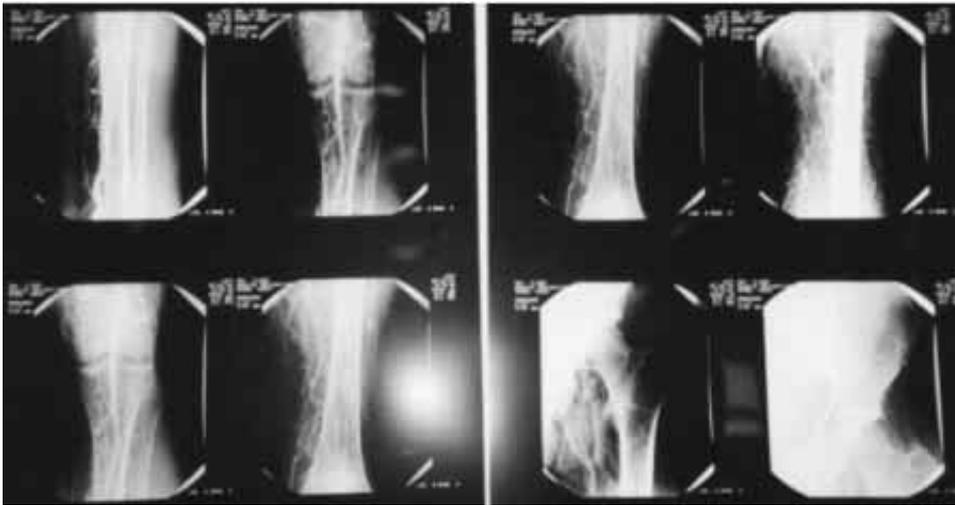


Figura 1. Flebografía de miembros inferiores. Imagen de secuela postrombótica venosa iliofemoro-poplítea bilateral.

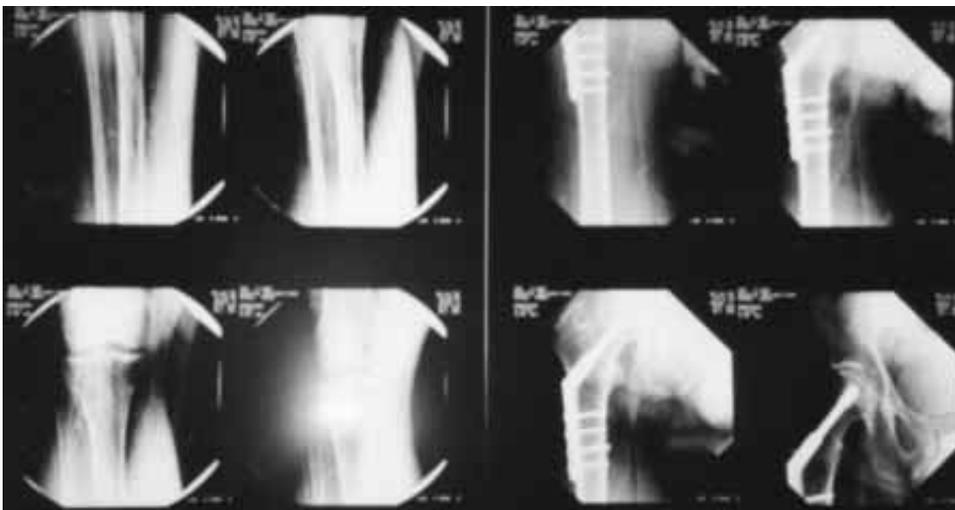


Figura 2. Flebografía. Se aprecia corrección de fractura de fémur derecho.

aguda del proceso, los vasos linfáticos se involucran en más de una forma, pudiendo desarrollar “linfangioespasmo” o bien, dada la vecindad con las venas inflamadas y par tanto con la flebopatología en proceso, producirse “perilinfangitis”, “linfangitis” y “linfangiotrombosis” con la consecuente obstrucción de canales linfáticos, de tal manera que la afectación de la circulación linfática es morfológica y funcionalmente más importante de lo previsto, a más de que, al incrementarse la permeabilidad capilar por el proceso inflamatorio se deposita mayor cantidad de fluido rico en proteínas que espera ser transportado por los linfáticos, preservando y favoreciendo el edema masivo que determinan las características morfológicas y clínicas del síndrome post-flebitico dominadas así, de manera decisiva por el comportamiento de los canales linfáticos.^{6,11,12}

El establecimiento de un edema linfático *per se*, implica para su manejo médico una serie inconmensurable de complicaciones que, aunadas a un problema primario de fondo como lo es la secuela postrombótica venosa bilateral, dificultan aún más las posibilidades de corrección médica o quirúrgica. Ahora bien, ante la pobre respuesta de esta entidad al tratamiento médico consistente de manera básica en el uso de: diuréticos, antiinflamatorios, antibióticos (linfangitis de repetición, dermo infecciones e infestaciones agregadas), flebo y linfodinámicos (de escasa repercusión) y medidas de higiene linfática y/o venosa determinadas por el uso de presoterapia con vendaje elástico¹ o mediante el uso de aparatos de presión continua o intermitente, reposo en cama con elevación de miembros inferiores, etc., también de escasos resultados positivos, se ha desbordado una verdadera cascada de técnicas

quirúrgicas tanto de carácter funcional como plástico, en intentos desesperados por reorganizar el flujo linfático y disminuir el volumen de los miembros afectados reduciendo su carga y mejorando su función motora.

Así se ha ido desde la “escarificación más punciones múltiples” (Lisfranc 1841);²⁸ “ligadura de arteria iliaca externa o arteria femoral” (Carnochan); “colocación subcutánea de hilos de seda de zona enferma a zona sana” (Handley 1908);²⁸ “colocación de tiras de fascia” (Lexer); “colocación de tubos de goma” (Walther); “disección de región afectada hasta hueso, trepanación del mismo y aplicación de tiras de fascia lata” (Lanz); introducción de tiras pediculadas de fascia o tejido subcutáneo en músculo (Oppel); “introducción de porciones de piel y grasa en músculo” (Rosanow); “incisión de un ojal de fascia, extendiendo la denudación de tejido celular y aplicando piel directamente a músculo” (Kondoleón 1912);²⁸ “Dercorticación del miembro afectado sin lesión de fascia y

cubriendo con piel no elefantíásica” (Charles 1912);^{14,15} “intento de puentear el área edematosa hacia piel sana mediante injertos de pedículo” (Gilles, Fraser, Kinmonth, 1935);²⁸ “diversas modificaciones a las cirugías de Kondoleón y Charles” (Mikulicz, Sistrunk, Homans (1936),¹⁴ Matas, Ghormley, Pratt, Macey (1940);²⁴ “transposición de epiplón” (Goldsmith, Kinmonth);^{20,21} hasta los intentos de “derivación linfonodovenosa” iniciadas por Nielubowcz y Olszewski y modificadas o mejoradas por diversos autores.^{4,5,8,9,12,13}

Ante la necesidad de elegir el proceso idóneo para el mejoramiento de la patología linfática y ante la observancia de que ninguno de ellos es 100% exitoso, nos hemos inclinado por la cirugía mixta, tanto funcional (anastomosis linfovenosas múltiples término-laterales) como plástica, dando así una mejor oportunidad a los pacientes para acercarse a la normalidad, obteniéndose buenos resultados especialmente a nivel plástico mediante la “dermolipolin-



Figura 3. Edema leñoso y verrugosis dérmica.



Figura 5. Injertos de piel en estampilla.



Figura 4. Ulcus en fase de desbridación.



Figura 6. Injerto de piel total.

fedemoexcéresis” y la toma y aplicación de injertos de piel en estampilla con obtención de los mismos de zona sana, que nos ha permitido un ahorro dérmico importante en la zona donadora y una mejor integración en el área receptora con menos rechazo y mejor evolución, así como con ausencia de recidiva linfedematosa por la aplicación directa de las estampillas en fascia muscular.

REFERENCIAS

1. Beninson J. Six years of pressure gradient therapy. A general survey. *Angiology* 1961; 12(1): 38-45.
2. Browse NL. The physiological basis of lymphedema. *Jour Cardiovasc Surge* 1968; XVII European Congress: 78-82.
3. Jampisi CC. Lymphedema: modern diagnostic and therapeutic aspects. *Intern Angiol* 1999; 18: 14-24.
4. Dellon AL, Hoopes JE. The Charles procedure for primary lymphedema. *Plast Reconstr Surge* 1977; 60: 793-812.
5. Edwards JM, Negus D, Kinmonth JB. A review of operations for lymphoedema. *Jour Cardiovasc Surge* 1968; XVII European Congress: 110-115.
6. García M, Arredondo VL. Linfedema congénito. Tratamiento integral con plastia de genitales. *Rev Mex Angiol* 1980; VIII(39): 39-44.
7. Goldsmith HS, Santos R, Beattie EV Jr. Relief of chronic lymphoedema by omental transposition. *Ann Surge* 1967; 166(4): 573-585.
8. Goldsmith HS. Long term evaluation of omental transposition for chronic lymphedema. *Ann Surge* 1974; 180(6): 847-849.
9. Hurst PA, Kinmonth VB, Rutt DL. A gut and mesentery pedicle for bridging lymphatic obstruction. *Jour Cardiovasc Surge* 1978; 19(6): 589-596.
10. Ketterings C. Chylous edema of the leg: A case report. *Ann Surge* 1967; 165(4): 647-654.
11. Kinmonth JB. Primary lymphoedemas (Classification and other studies based on oleo-lymphography and clinical features). *Jour Cardiovasc Surge* 1968; XVII European Congress: 65-82.
12. Ntielubowcz J, Olszewski W, Sokolowski J. Lymphovenous anastomosis. *Jour Cardiovasc Surge* 1968; XVII European Congress 98-105.
13. Sanderson RG, Fletcher WS. Conservative management of primary lymphedema. *Nor Wes Med* 1965; 4: 584-588.

