

Linfedema por várices linfáticas

Tratamiento quirúrgico

Dr. JULIO MAÑANA *

DELIMITACION DEL TEMA

Las clasificaciones etiopatogénicas de los linfedemas, en congénitos, esenciales y secundarios, debe ser revisada a la luz de los conocimientos aportados en los últimos diez años por Servelle (7) y Deysson (6), Kimonth y col. (1, 2, 3, 4) y recientemente por Tossatti y col. (8, 9).

Los fundamentos etiológicos, fisiológicos y patológicos que rigen esta comunicación, se pueden resumir de la siguiente manera:

La cisterna de Pecquet posee una función de válvula capaz de impedir el reflujo de la linfa y/o el quilo a lo largo de los colectores linfáticos iliacofemorales. Función semejante cumplen los linfonódulos pélvicos y suprainguinales, así como todos los ganglios del cuerpo humano.

Cuando la cisterna de Pecquet no cumple con su función valvular, se aprecia un reflujo del quilo (Servelle y Deysson). Si los linfonódulos pélvicos no cumplen a su vez como válvulas de contención, porque faltan o funcionalmente no se oponen al reflujo linfático, se invierte el sentido de la corriente de la linfa, constituyéndose las várices linfáticas con sus consecuencias: dilatación de los colectores, hipertensión linfática, estasis y linfedema.

Refluye el quilo de la cisterna de Pecquet a los colectores linfáticos de los miembros y de la pelvis. El análisis por punción de la linfa del miembro afectado, da una composición química semejante a la del quilo. Puede incluso acompañarse el cuadro de quiluria. La administración de un colorante con una comida grasa, tiñe los linfáticos del muslo.

Vemos que el reflujo del quilo puede ser provocado por un trastorno de la cisterna de Pecquet, sea ya anatómico o funcional.

En estos casos se crean dilataciones incompetentes de los linfáticos de la pierna, originándose así las várices linfáticas de los miembros inferiores. Al fin de cuentas es un linfedema por reflujo antigraavitacional de la linfa [Tossatti y col. (8, 9)]. Para estos autores, la cisterna de Pecquet no es un simple reservorio, sino un verdadero linfonódulo en su mecánica dinámica para la corriente de la linfa, oponiéndose al reflujo del quilo y haciendo avanzar la linfa de los miembros inferiores y de la pelvis hacia el canal torácico.

Análogo papel al de la cisterna tienen los linfonódulos pélvicos. *Agenesia, atrofia, aplasia de los linfonódulos aortoiliacofemorales*, hacen que la linfa pélvica refluya a los colectores de los miembros inferiores por los linfáticos femorales u obturadoras, creándose en estas circunstancias un linfedema y no un quiledema.

Kinmonth, decía que los linfedemas de los miembros se pueden deber a: 1) *aplasia*; 2) *hipoplasia*; 3) *várices*. En los dos primeros casos la falta de colectores o su pequeño desarrollo le oponen un obstáculo a la marcha de la linfa, verdadera obstrucción (linfedema obstructivo). En el segundo caso existe un reflujo del quilo (quiledema) o de linfa (linfedema) (linfedema no obstructivo).

Esta incompetencia de la cisterna de Pecquet o de los linfonódulos anatómica o funcional, congénita o adquirida, logra crear por debajo verdaderas várices linfáticas. En el sentido exacto de la expresión de várices, éstas se originan cuando

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 14 de mayo de 1969.

* Docente Adscripto de Cirugía (Facultad de Medicina de Montevideo).

existe la inversión de la corriente del fluido líquido dentro del vaso, en este caso la linfa.

Surge de este concepto un nuevo criterio de tratamiento: evitar el reflujo antigraavitacional de la linfa al miembro inferior, por ligaduras escalonadas o únicas de los colectores linfáticos suprainguinales o resección segmentaria de las várices linfáticas.

MANERA DE ESTUDIAR ESTOS PACIENTES

1) Es importante la historia clínica cuando nos muestra que se está frente a un linfedema esencial o en algunos casos de congénitos, aunque puedan manifestarse en la pubertad.

2) El examen del líquido del linfedema por punción linfática, previa comida grasa con colorante. El análisis de éste, muestra una composición igual a la del quilo y la presencia del colorante.

3) El estudio linfográfico es fundamental, ya que permite objetivizar: 1º) las dilataciones linfáticas; 2º) la no existencia de obstrucción; 3º) la falta o mal funcionamiento dinámico de los linfonódulos; 4º) el reflujo linfático según la posición del paciente.

TRATAMIENTO

Es indispensable que el tratamiento quirúrgico que se propone, encuentre al paciente en la etapa del linfedema reversible y no constituido; es decir, cuando la fibrosis no ha invadido los espacios celulares del miembro inferior, creando alteraciones anatómicas irreversibles. El tratamiento intensivo preoperatorio a veces hace regresar estos edemas que habíamos juzgado como irreversibles, en etapa de fibrosis.

Tratamiento médico.

1) Dietético, normocalórico hipograso e hipoclorico.

2) Fisioterapéutico: estribo de Takars, bicicleta invertida. Medios de presión externa; media elástica o mejor media elástica de medida.

3) Medicamentoso posición postural con elevación de miembros inferiores, oscilador, masaje, masaje hidroneumico, gimnasia, etc. Diuréticos, antiinflamatorios. Si el paciente hace un cuadro de linfangitis, antibióticos, vacunas, etc. Luchar por todos los medios que los procesos inflamatorios no transformen por su proceso obstructivo endocanalicular secundario el linfedema no obstructivo irreversible.

Antes de someterlo a la intervención quirúrgica, el paciente tiene que haber demostrado que su linfedema cede al tratamiento médico y no existe estasis linfática irreversible. La obstrucción de los linfáticos de los miembros inferiores obedece a la cronopatología de edema, organización de la fibrina extravasada, fibrosis, estrangulamiento secundario linfático, linfangiectasia, trombosis linfática con obstrucción linfática; donde juega un importante papel la infección secundaria.

Tratamiento quirúrgico.

Consiste en la ligadura escalonada o extirpación segmentaria de los linfáticos aortoiliacofemorales o los inguinofemorales y en los obturadores en caso de fracaso.

Manera de proceder: dos horas antes de la intervención quirúrgica, inyección de colorante en el dorso del pie. Elevar el miembro para que se coloren los linfáticos femoroiliacos.

Abordaje: dos vías quirúrgicas, suprainguinal e infrainguinal. La infrainguinal, con desinserción de la porción interna de la arcada crural, permite el acceso a los colectores linfáticos ilíacos (esta es la vía que nosotros seguimos en nuestro caso).

Aconsejamos no sólo la ligadura, sino la resección segmentaria de los colectores y la resección de la adventicia de la vena femoroiliaca.

Avenamiento blando de goma o multifilamento. Cierre por planos.

Postoperatorio inmediato. Cura repetida, pues la curación se mojará de linfa teñida con el colorante inyectado. Deambulamiento precoz con pierna *vendada*.

Postoperatorio alejado. Se deben seguir las medidas fisiátricas y medicamentosas del preoperatorio, con la idea de desarrollar vías linfáticas adjuntas a las ligadas.

NUESTRA OBSERVACION

Se trata de un joven de 16 años que consulta por linfedema unilateral de su miembro inferior derecho que toma el $\frac{1}{3}$ distal del muslo, rodilla, pierna, pie, siendo más manifiesto a nivel del tercio inferior de pierna y pie. Su enfermedad actual comenzó hace aproximadamente 3 años, cuando sus familiares notan tumefacción indolora de dicha extremidad. Hasta ese momento ningún hecho patológico había tenido nuestro paciente.

Al examen se comprueba un linfedema con la topografía dicha. Las mediciones de sus miembros inferiores muestran similitud en cuanto a longitud, pero en el sentido transversal en pierna derecha tiene 34 cm. de diámetro, a 13 cm. distalmente de la tuberosidad anterior de la tibia. Mientras que la izquierda a igual nivel presenta 27 cm., es decir 7 cm. a favor de la pierna derecha. Sistema arterial sin particularidades. No *várices*. Abdomen s/p. Tacto rectal s/p. Flebografía de miembros inferiores, normal. Linfografía de miembro inferior derecho realizada a nivel del dorso de pie, sucintamente presenta *várices* linfáticas en todo el trayecto de los linfáticos del miembro inferior, ausencia de linfonódulos inguinales (a pesar de que clínicamente se palpaban pequeñas adenopatías a nivel del triángulo de Scarpa) y femoroiliacos. Reflujo del medio de contraste a los colectores linfáticos aortoiliacos del lado opuesto.

Diagnóstico. Reflujo linfático del quilo de la cisterna de Pecquet, ausencia de linfonódulos que actúen como válvulas, *várices* linfáticas de miembro inferior derecho.

El 26-IX-67 se le plantea la ligadura de sus *várices* linfáticas y comienza el tratamiento fisioterapéutico arriba enumerado, retrocediendo casi totalmente el edema de su miembro inferior, pero reapareciendo en la posición de pie y cuando abandonaba la media elástica, e incluso con la media elástica puesta. Hecho a destacar: con la media elástica se tumefactaba de manera manifiesta el muslo, por compresión de la pierna.

El 2-II-69 se interviene practicándosele una ligadura supra e infrainguinal de los colectores linfáticos de su miembro derecho. En el acto operatorio se observan gruesos colectores linfáticos teñidos por el colorante, uno de ellos de 3 mm. de diámetro.

Postoperatorio inmediato. Levantamiento precoz, pequeño corrimiento linfático a nivel de su herida.

A los tres meses de la intervención ha abandonado el tratamiento fisioterapéutico (contra la voluntad del médico); sólo usa venda elástica.

Las medidas en su miembro derecho, luego de 24 horas de no usar la media elástica, muestran una diferencia de 1 cm. del miembro derecho sobre el izquierdo y el paciente no nota mayores diferencias. Practica deportes y juega balompié.

Anatomía patológica. Material examinado: vaciamiento inguinal segmentario inguinocrural.

Descripción macroscópica: material constituido por tejido adiposo en medio del que hay varias adenopatías pequeñas, la mayor de ellas de 8 mm. de eje mayor, fibrosa al corte.

Examen microscópico: se observan cortes de ganglios linfáticos, vasos sanguíneos, tejido adiposo, haces nerviosos y troncos linfáticos. Los ganglios linfáticos muestran marcada fibrosis intersticial, tanto medular como cortical, con poco tejido linfoideo y escasos elementos reticulares. No se observan otros elementos a destacar. Los cortes de troncos linfáticos son abundantes, no comprobándose alteraciones estructurales de los mismos.

En resumen: ganglios fibrosados, abundantes colectores linfáticos.

CONCLUSIONES

Hemos presentado un caso bien tipificado de linfedema primario o esencial, producido por reflujo de la linfa. Creemos que se trata de un reflujo del quilo unilateral del miembro inferior derecho, ya que los ganglios aortoiliacos femorales estaban excluidos de la circulación linfática y no actuaban a manera de válvulas.

Este reflujo linfático produce las *várices* linfáticas en el citado miembro. Creemos que el único tratamiento lógico de esta afección es la ligadura de los colectores linfáticos lo más proximal posible para evitar el reflujo.

RESUMEN

Se realizan consideraciones etiopatogénicas sobre el linfedema.

Se destaca la función de válvula en el sentido linfodinámico de la corriente linfática de los linfonódulos y de la cisterna de Pecquet.

Se distingue el reflujo del quilo del reflujo linfático pélvico.

Bajo este concepto se plantea el tratamiento medicoquirúrgico de esta afección.

Se destaca la importancia de la linfografía en el diagnóstico de esa enfermedad.

Se presenta un caso de nuestra casuística y los resultados obtenidos hasta los tres meses de operado.

RÉSUMÉ

Considérations étiopathologiques sur le lymphedème.

On fait ressortir la fonction de valvule dans le sens lymphodynamique du courant

lymphatique des nodules lymphatiques et de la cistern de Pecquet.

On distingue le reflux du chyle du reflux lymphatique pelvien.

On expose le traitement médico-chirurgical de cette affection.

On fait ressortir l'importance de la lymphographie dans le diagnostic de cette maladie.

On présente un cas et les résultats obtenus jusqu'à trois mois après l'opération.

SUMMARY

In this paper we find etiopathogenic considerations on lymphedemas.

The valve function in the lymphodynamic direction of the lymph flow of lymph nodes and of the cistern of Pecquet, is discussed.

The chyle reflux is distinguished from the pelvic lymphatic reflux.

Medical and surgical treatment of this disease is governed by the above considerations.

The importance of lymphography in the diagnosis of this disease, is stressed.

A case history from our files is presented, together with the results obtained for as long as three months after operation.

BIBLIOGRAFIA

1. KINMONTH, J. B. and TAYLOR, G. W. The lymphatic circulation in lymphoedema. *Ann. Surg.*, 139: 129, 1954.
2. KINMONTH, J. B., TAYLOR, G. B., TRACY, G. D. and MARSH, J. D. Primary lymphoedema. *Brit. J. Surg.*, 45: 1, 1957.
3. KINMONTH, J. B., ROB, Ch. and SIMEONE, F. *Vascular Surgery*. E. Arnold. London, 1962.
4. KINMONTH, J. B., TAYLOR, G. W. and JANTET, G. H. Chylous complications of primary lymphoedema. *J. Cardiovasc. Surg.*, 5: 327, 1969.
5. PIULACHS, P. *Lecciones de patología quirúrgica*, tomo I, pág. 530. Vergara Editorial. Barcelona, 1955.
6. SERVELLE, M. et DEYSSON. Reflux du chyle intestinale dans les lymphatiques jambiers. *Arch. Mal. Coeur.*, 42: 1182, 1949.
7. SERVELLE, M. *Oedèmes chroniques des membres*. Masson. Paris, 1962.
8. TOSSATTI, E. I linfatici ed i linfedemi degli arti inferiori. *Minerva Cardioang.*, 6: 49, 1958.
9. TOSSATTI, E., CARIATI, E., GIUBOLINI, G. y PAOLETTI, P. Nueva interpretación patogénica y tratamiento de la elefantiasis del miembro inferior. *Gaceta Sanitaria*, 5-6: 24, 1966.