

CONTRIBUCION AL TRATAMIENTO DEL LINFEDEMA SECUNDARIO DE LOS MIEMBROS INFERIORES

Dr. Scorticati, Carlos Humberto* - Dr. Taboada, Anselmo - Dr. Casabé, Alberto Ricardo - Dr. Bellora, Oscar

Resumen y conclusiones

A) Se presenta una terapéutica quirúrgica para el tratamiento del linfedema secundario:

Se describe la fisiopatología del mismo en pacientes oncológicos;

Se desarrolla la técnica operatoria utilizada;

Se comentan los resultados obtenidos.

B) Remarcamos que ofrecemos un método quirúrgico coadyuvante, inocuo y simple, para el tratamiento del linfedema secundario, que de ninguna manera actúa sobre la causalidad etiológica ni fisiopatológica.

Pretende, en cambio, reducir el componente mecánico de estos cuadros singulares, el cual, según venimos juzgando, es causa de brusca descompensación; teoría que debe ser cuidadosamente evaluada en cada caso particular, por una prolija semiología de la región, previamente a la decisión quirúrgica.

Introducción

La conclusión de una de las Mesas Redondas del Congreso Francés de Cirugía del año 1979, que trató exhaustivamente el tema de linfedema, fue: "La cirugía del linfedema crónico de miembros inferiores es aún desilusionante, y por eso muchos cirujanos dudan de tratar quirúrgicamente a sus pacientes y prefieren confiarlos a los métodos médicos".

En nuestros años de labor en el Instituto "Angel H. Roffo" hemos observado que los pacientes con progresión ganglionar, originada en neoplasias de los órganos pelvianos y genitales (carcinoma de próstata y vejiga, cervix, útero, recto, pene, escroto y vulva), y especialmente si presentaban celulitis esclerosa actínica secundaria a irradiación ileoinguinal y/o hipogástrica, desarrollan, en un elevado porcentaje, linfedema de miembros inferiores, el cual inicialmente es blando, blanco, indoloro, distal y a predominio vespertino. En su evolución, esta modalidad de linfedema puede aumentar bruscamente, convertirse en doloroso y conducir a impotencia funcional, debido a sumación de factores: miositis y neuritis isquémica, trastornos tróficos y aumento desmesurado de peso y volumen, pudiendo adquirir aspecto "elefantiásico". En estas circunstancias, el linfedema se hace también severo en muslo, con límite neto a nivel del pliegue inguinal donde las fibras conectivas que fijan la piel a la arcada (fig. 1: ligamento de Pétrequin) impiden o limi-

tan la difusión linfática hacia el abdomen. Como ya lo mencionamos, la celulitis esclerosa secundaria en los pacientes irradiados exagera marcadamente el proceso descrito.

Nos pareció evidente que a la obstrucción linfática se sumaba un obstáculo mecánico, factor determinante de la brusca descompensación, trocando el carácter relativamente benigno y tolerable del linfedema, haciéndolo sumamente marcado, doloroso y postrante.

Inferimos entonces que la situación era comparable a la del anillo fimótico, en el proceso de parafimosis, en que la inextensibilidad del mismo condiciona el desarrollo de un brusco edema, que descompensa rápidamente las medidas, haciendo irrefutable el prepucio.

En la región inguinal el elemento inextensible es el anillo crural, con su plano muscular posterior constituido por el psoas ilíaco reforzado por la cinta ileopectínea hacia afuera, y el músculo pectíneo con el fuerte ligamento de Cooper sobre la cresta pectínea, hacia adentro. El borde interno lo constituyen las fibras arciformes del ligamento de Gimbernat, y el borde anterior, la arcada crural, que se extiende desde la EIAS a la espina del pubis (fig. 2). Del parangón con el tratamiento quirúrgico, que requiere en ocasi-

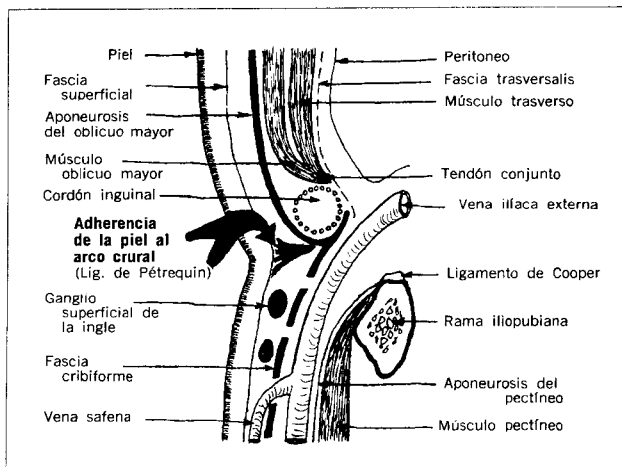


Figura 1

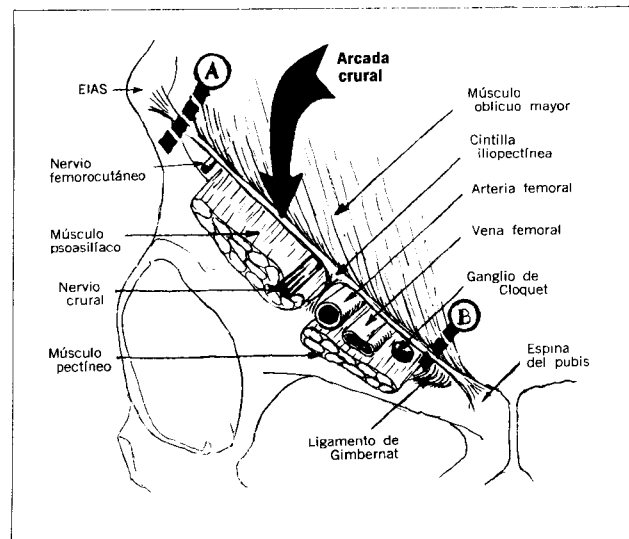


Figura 2. A: trazo de sección de la arcada inguinal; B: trazo suplementario de sección.

Instituto de Oncología "Angel H. Roffo"

* Jefe del Servicio de Cirugía Urogenital
Ayacucho 169 - Buenos Aires

nes la parafimosis, hemos deducido que la sección del anillo crural podría eliminar el componente mecánico en la progresión del linfedema, sin que, por supuesto, ello actúe sobre la etiología del mismo: obstrucción de las vías linfáticas y compresión venosa, condicionadas ambas por adenomegalias neoplásicas y/o radioesclerosis.

Material y métodos

a) Técnica quirúrgica

Con anestesia local se infiltran los planos a nivel del pliegue inguinal, a 1 cm por dentro de la EIAS, la infiltración subcutánea se realiza con abundante líquido, con el fin de separar la dermis de la arcada crural, rompiendo las fibras que la unen por disección hidráulica y distendiendo las más resistentes, para favorecer su sección una vez incindida la piel. La incisión se efectúa en forma perpendicular a la arcada, en una extensión de 2 cm, variando en algo de acuerdo con la obesidad y grado de linfedema que presente el paciente. Se seccionan ampliamente las fibras dermoaponeuróticas, en forma tal que permitan una fácil comunicación del tejido subcutáneo abdominal con el triángulo de Scarpa. En esta maniobra se debe cuidar de no herir algún ramo arterial o de la subcutánea abdominal, ligándolo si se interpusiera en la disección.

De inmediato se llega a las nacaradas fibras del ligamento inguinal, que en estos cuadros tiene una tensión tan marcada que lo hacen totalmente rígido. Reconociendo su nítido borde, se lo eleva con una pinza fuerte, mientras que por divulsión roma se disecciona su cara inferior, separándolo de la fascia ilíaca subyacente. Se continúa la disección digitalmente, hacia adentro, hasta sobrepasar los vasos ileofemorales, llegando a palparse el borde externo del ligamento de Gimbernat, que en estas circunstancias suele perder su arco natural y se halla rectificado por la presión del linfedema. Se procede entonces a seccionar perpendicularmente la arcada, a nivel de la incisión cutánea, observándose que las fibras cortadas se distancian, haciendo imposible cualquier intento posterior de resíntesis. Verificada la perfecta hemostasia, se cierra la herida, colocando exclusivamente 2 ó 3 puntos de piel, afrontando los bordes en sentido perpendicular a la incisión, para disminuir la tensión sobre los puntos, y aumentar la longitud (tal como se realiza en la postioplastia de Duhamel).

En caso de celulitis esclerosa actínica, es conveniente realizar una segunda sección de la arcada a nivel del ligamento de Gimbernat. Esta segunda incisión se practica intentando dar mayor espacio al infundíbulo crural, sitio de paso de los linfáticos profundos, del miembro inferior hacia la cavidad pélvica y la sección parcial del ligamento de Henle. (Tal como lo demuestra la figura 3, tomada de Testut, el anillo

crural tiene un segundo plano muy resistente constituido por el ligamento de Cooper hacia abajo, el de Henle, hacia arriba y adentro, y el de Hesselbach, hacia arriba.)

La sección del Henle debe ser cuidadosa, evitando herir los vasos epigástricos o los anastomóticos de éstos con los obturadores, por lo que es conveniente seccionarlo cerca y paralelamente al ligamento de Cooper.

Creemos que debe cuidarse en el acto operatorio no lesionar vasos linfáticos y que está contraindicada la exéresis de ganglios; ello evitará linfoceles y linforragias molestas que pueden ser factor de complicaciones, y de los vasos femorales, de los que la vena, por su menor tono, sufre la compresión por el linfedema, o las adenomegalias o la esclerosis rádica desbalaceándose la relación entre el flujo arterial a la pierna y el reflujo venoso. Esta sería la causa de ese cuadro de descompensación del linfedema secundario y crónico de los miembros inferiores, y que interpretado así denominamos "edema agudo del linfedema crónico", y que intentamos paliar con la sección del anillo crural.

b) Casuística

Realizamos esta técnica desde hace 5 años y a la fecha la hemos utilizado en 11 ocasiones, a un total de 9 pacientes, en 2 de ellos bilateralmente.

El primer caso que tratamos (H. C. 89308 del Instituto de Oncología "Angel H. Roffo") se trataba de un paciente de 47 años, con Ca. de próstata, presentando metástasis ósea ileo-iscuática que fue irradiada, como así también los linfáticos pelvianos, desarrollando secundariamente franca radioesclerosis que condicionó edema de muslo, que posteriormente se generalizó a todo el miembro inferior izquierdo, impidiendo que se calzara y aun el uso de pantalones si no eran exageradamente holgados. El linfedema condicionó marcada impotencia funcional y dolor.

Con fecha 5/8/75 se procedió a la sección de la arcada (una sola incisión, con cierre cutáneo perpendicular), obteniéndose desaparición completa del edema distal, el cual persistió en la raíz del muslo, yugulándose los dolores y recuperando la deambulacion. Hasta su deceso, un año más tarde, determinado por la evolución de su neoplasia, el linfedema distal no recidivó.

A lo aprendido en esta experiencia se sumó el convencimiento que para realizar un vaciamiento ileoinguinal oncológicamente satisfactorio, era necesaria la exéresis en "block" del tejido celulo-linfático, lo que obliga a la resección completa de la arcada que realizamos con la técnica de Groshong modificada, hecho que no condiciona debilitamiento manifiesto de la región. Coincidiendo con esto hemos observado que los pacientes con vaciamiento ileoinguinal, con resección de la arcada, desarrollan menos linfedema en miembros inferiores que aquellos en los cuales la misma es conservada.

A la fecha no podemos adjudicar ninguna morbilidad al método.

Obtuvimos mejores resultados, en aquellos casos en que las condiciones generales permitían la deambulacion precoz del enfermo, en los cuales la remisión del edema fue más espectacular.

Discusión

Cuando esté indicado el procedimiento que proponemos, se lo podrá complementar con otros, como los de Handley, Shoemaker, Ziemann, etc., los cuales tienden a formar vías de drenajes, mediante la colocación subcutánea de hilos, tubos, fascias, con el fin de que estos elementos se constituyan en canales vectores de la linfa.

Una objeción aparentemente lógica al método que ofrecemos, sería que al ampliar el anillo crural se favorece la formación de hernias crurales. En la práctica no lo observamos nunca y creemos que ello se debe a que la radioesclerosis y/o las adenomegalias neoplásicas de la región impiden cualquier deslizamiento peritoneal. También actuaría como dique de contención la gran presión del linfedema en el muslo, linfedema que no desaparece nunca en la raíz de la pierna.

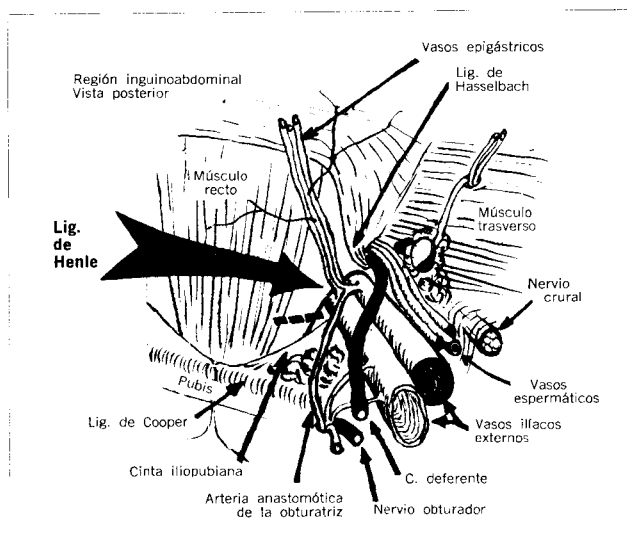
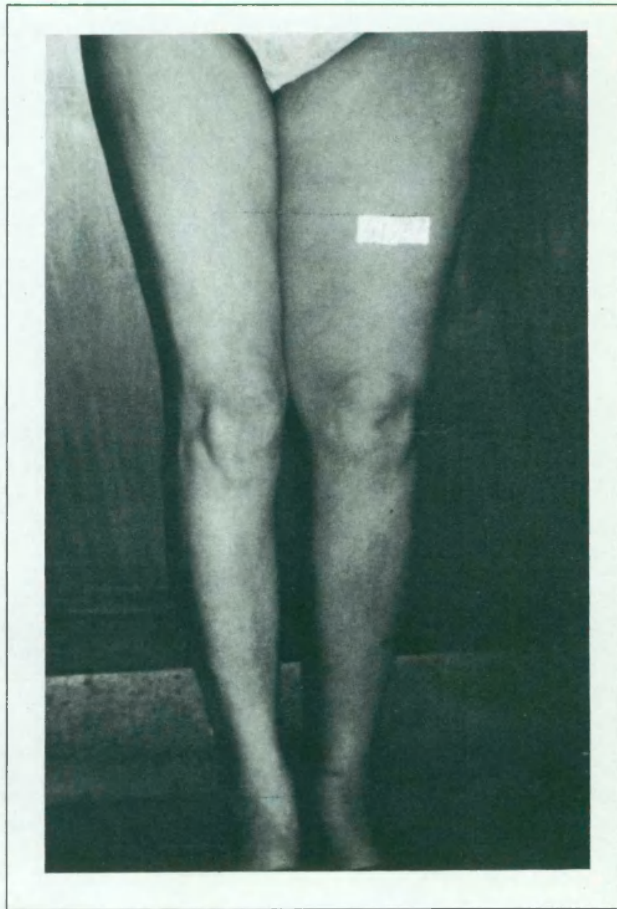


Figura 3. Región inguinoabdominal, vista posterior.



Fotografía 1. Preoperatoria.



Fotografía 2. Posoperatoria.

Referencias

1. Actualités Chirurgicales: 80^e Congrès Française de Chirurgie, 4: 49-68, Ed. Masson - París, 1979.
2. Javkin, B., y col.: Tribuna Médica, XVII/10: 357, 1973.
3. Zieman, S.: "El Linfedema". Ed. Toray. Barcelona, 1966.
4. Groshong, Le Roy E.: S. G. y O., 136:986-990, 1973.