

TECNICA QUIRURGICA

Las derivaciones linfovenosas en el tratamiento del linfoedema de los miembros

Dres. Rómulo Danza, Jorge Baldizán,
Teodoro Navarro y Bartolomé Grillo

La derivación linfovenosa tiene indicación en el linfoedema de los miembros cuando se acompaña de dilatación de los colectores, teniendo especial utilidad cuando no se ha llegado al fibroedema. Entre las etiologías del linfoedema se destacan: intervención inguinal por safenectomía interna o vaciamiento linfático inguinal, trombosis linfática ganglionar de origen inflamatorio, linfoedema postmastectomía. Los autores exponen su experiencia en 12 casos intervenidos con la técnica de Cordeiro. Se destacan los resultados favorables en el 83 % de los casos y fundamentalmente la ausencia de morbilidad.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Lymphedema.

El linfoedema de los miembros es un problema de difícil tratamiento para lo que se han descrito distintas operaciones que en último término buscan un drenaje linfático del miembro hacia otras zonas linfáticas. Cuando existen colectores linfáticos dilatados, sin duda que una técnica importante a tener en cuenta es la derivación linfovenosa.

Nielobowicz y Olzewski presentaron en 1966 una técnica de derivación linfovenosa que consistía en la anastomosis de un ganglio inguinal a la vena safena (8). Posteriormente Carcacia y Zucker (1) describieron su técnica de derivación que consistía en la colocación de un conducto linfático en un orificio previamente realizado en la vena safena. La técnica de Cordeiro (2, 3, 4, 5) que nosotros utilizamos desde hace 3 años, es una modificación de la anterior. La base de la técnica es la introducción de los colectores linfáticos en una vena, tratando de que la luz del linfático quede abierta de modo que la linfa pueda drenar directamente hacia la circulación venosa. Para ello Cordeiro (5) ideó agujas similares a las de inyección pero con una ranura de 1,5 cm. en

Clinica Quirúrgica "3" (Prof. R. Praderi) y Equipo de Cirugía Vasculard de la Asociación de Empleados Civiles de la Nación (Prof. Agdo. R. Danza). Montevideo.

el cuerpo y a 0,5 cm. de su extremidad. En fecha posterior M. Degni (6, 7) presentó también en Brasil una técnica similar.

INDICACIONES

La etiología de los linfoedemas de los miembros es múltiple. Señalaremos entre ellos los:

Postcelulíticos, donde la celulitis produce una linfangitis con trombosis linfática que frecuentemente es a nivel de los ganglios inguinales.

Postquirúrgicos. — La disección del cayado en la safenectomía cuando las maniobras no tienen el cuidado necesario con las vías linfáticas, la mastectomía radical, la histerectomía radical, así como los vaciamientos ganglionares inguinales, donde la misma naturaleza de la enfermedad hace necesaria una extirpación de importantes zonas del sistema linfático, dan origen a linfedema.

Congénitos. — Existe un porcentaje de anastomias congénitas del sistema linfático en las que hay una hipogenesia o agenesis de los colectores y que por tanto no son tratables por el método de derivación. Por otra parte existen casos de alteraciones congénitas con colectores normales o dilatados que son tratables por esta técnica.

MATERIAL Y METODO

La comunicación se basa en 12 casos de linfoedema de miembros tratados por derivación linfovenosa que corresponden a enfermos mutuales y privados.

Se realizó en todos ellos flebografía y linfografía preoperatoria. La linfografía (Dr. Grillo) se hizo mediante la inyección intralinfática de Azul Patente V. En los casos en que se demostró dilatación del sistema linfático a nivel del muslo o de la raíz del brazo se indicó la intervención.

En la mayoría de los casos se inició la intervención con la inyección de Azul Patente interdígital de acuerdo a la técnica de Cordeiro; pero en los últimos casos de derivación a nivel del miembro inferior no se utilizó esta inyección pues ya habíamos adquirido expe-

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 6 de agosto de 1980.

Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica, Médico Residente de Clínica Quirúrgica, Asistente de Clínica Quirúrgica y Asistente del Departamento de Radiología. Fac. de Medicina. Montevideo.

Domicilio: Av. Juan C. Blanco 2485, Montevideo (Dr. R. Danza).



Fig. 1.—Linfografía preoperatoria. Se observa el éstasis linfático con colectores dilatados.

riencia para reconocer los linfáticos aún sin coloración. Por otra parte, en algunos de los casos en que se utilizó la inyección no fue posible obtener que los linfáticos se tiñeran.

Se usó magnificación con telulupas de 2,5 y 5 aumentos.

La técnica incluye disección de la vena utilizada para la derivación, que se carga entre dos cintas hileras para poder en todo momento realizar la hemostasis de la misma. Se descubre luego los linfáticos a utilizar y se liga su extremidad proximal, mientras que el distal se transfixia a 1 mm. de su extremidad con material de sutura vascular 7/0 monofilamento tratando de no ocluir su luz.

Se punciona entonces la vena con la aguja ranurada de Cordeiro con el mandril colocado. Se retira luego el mandril y se procede a dar los puntos de fijación del material de sutura usado a la parte profunda de la pared venosa (fig. 1). Se anuda luego el punto de fijación del linfático y se retira la aguja luego de colocado el mandril y de realizar un movimiento de rotación que evita que el linfático se moje. Situación intravenosa (fig. 2). La hemostasis de la zona de punción de la pared venosa se realiza espontáneamente.

Esta maniobra se realiza tantas veces como sea el número de linfáticos que se desea anastomosar.

RESULTADOS

Desde el 18/III/77, fecha en que realizamos nuestra primera derivación, hasta el momento actual, hemos efectuado 12 intervenciones de este tipo en 12 pacientes.

Se realizaron 10 en miembros inferiores:

- 3 en linfodema post - safenectomía.
- 3 en linfodema post - celulítico.

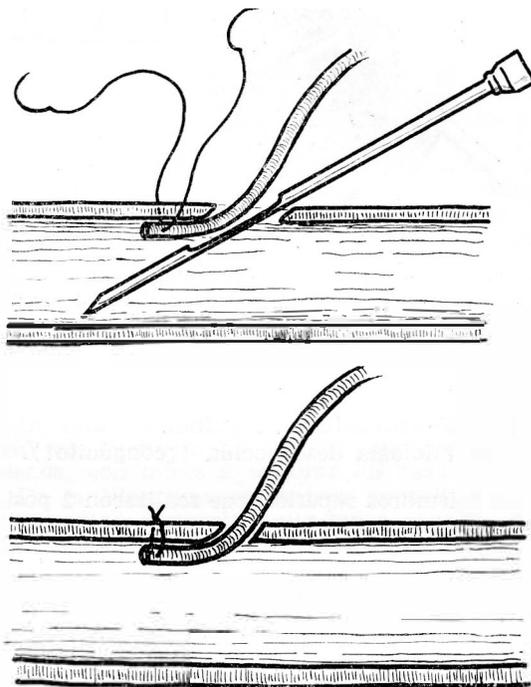


Fig. 2.—Arriba: Vena puncionada con aguja ranurada e introducción del linfático que se sutura a la pared venosa. Abajo: Linfático fijado en la pared venosa.

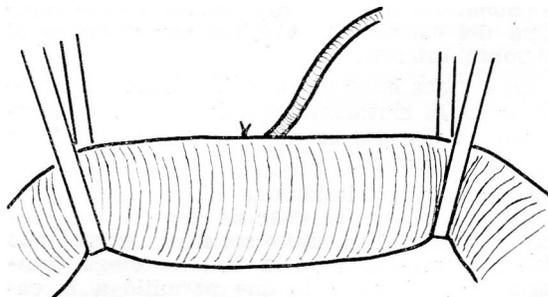


Fig. 3.—Procedimiento terminado. Se observa como el punto de transfixión evita ocluir el extremo del colector linfático.

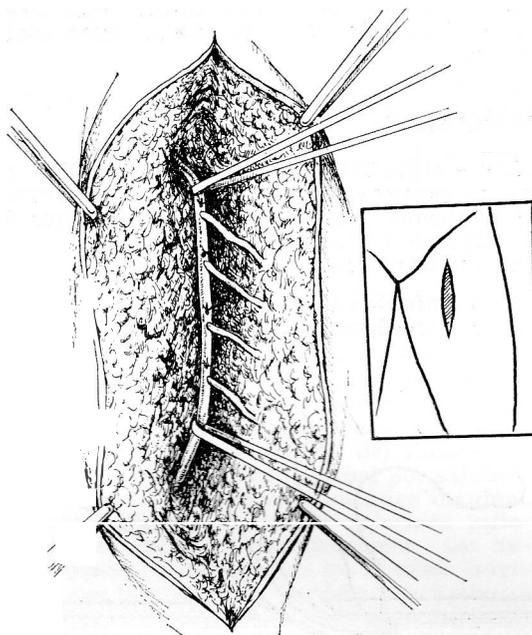


FIG. 4.— Anastomosis linfovenosa a nivel inguinal. Vena safena entre cintas hileras para hemostasis. 4 anastomosis, nótese los puntos de fijación.

- 1 post - histerectomía radical.
- 1 post - adenectomía inguinal.
- 1 de etiología desconocida (¿congénito?).

En miembros superiores se realizaron 2 post - mastectomía radical.

El número de linfáticos anastomosados fue de 1 (el primer caso de nuestra experiencia) a 5 con un promedio de 4.

La vena utilizada para la anastomosis fue:

- 7 casos en safena interna, con 2 anastomosis en safena anterior en un caso.
- 5 casos en vena femoral.
- 2 casos en vena humeral.

En cuanto a resultados tenemos 6 casos (50 %) con desaparición de la sintomatología funcional de desaparición prácticamente completa del edema. Todos ellos corresponden al miembro inferior.

En 4 casos hubo disminución franca del edema y de la sintomatología funcional. Corresponden a 3 casos de miembro inferior y 1 de miembro superior.

En 2 casos no hubo una disminución apreciable del edema, a pesar de que en uno (correspondiente al miembro superior) existió una franca disminución de la sintomatología funcional del miembro, lo que permitió a la enferma un mejor uso del mismo.

Como vemos, pese a lo relativamente reducido de nuestra casuística se aprecia la utilidad del procedimiento, especialmente si tene-

mos en cuenta, que a similitud de la experiencia brasileña (5, 7), no hemos tenido morbilidad ni mortalidad con el mismo.

RESUME

Les dérivations lymphoveineuses dans le traitement de l'oedème lymphatique des membres

La dérivation lymphoveineuse est indiquée dans l'oedème lymphatique des membres quand il s'accompagne d'une dilatation des collecteurs, étant spécialement utile quand le fibro-oedème ne s'est pas présenté.

Parmi les étiologies de l'oedème lymphatique, on met en relief: l'intervention inguinale due à une saphénectomie interne ou à un vidage lymphatique inguinal, la thrombose lymphatique ganglionnaire d'origine inflammatoire, et le lymphoedème postmastectomie.

Les auteurs exposent leur expérience à propos de 12 cas intervenus avec la technique de Cordeiro. On met l'accent sur des résultats favorables dans le 83 % des cas et fondamentalement sur l'absence de morbi-mortalité.

SUMMARY

Lymphaticovenous Anastomosis for the Treatment of Lymphoedema

Lymphovenous derivation is indicated in lymphoedema of limbs when this condition is accompanied by dilation of collectors; and it is particularly useful when fibroedema has not yet set in. Among lymphoedema etiologies we can mention: inguinal surgery comprising internal safectomy or inguinal lymphatic évide-ment, ganglionic lymphatic thrombosis of inflammatory origin and postmastectomy lymphoedema. The series consists of 12 patients on whom surgery was performed with Cordeiro's technique. Results proved favourable in 83 % of cases and, most important, there was no morbimortality.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CARCACIA JM e ZUCKER MM. Tratamento do linfedema. Comunicação prévia. *Rev Bras Cardiovasc*, 5: 119, 1969.
2. CORDEIRO AK. Linfedema primário. Anastomóse linfovenosa. *Congreso Brasileiro de Angiologia*, 16º, 1969 (citado en 5).
3. CORDEIRO AK. Tratamento cirúrgico do linfedema. Técnica pessoal. *Congreso Brasileiro de Angiologia*, 17º, 1970 (citado en 5).
4. CORDEIRO AK. Tratamiento quirúrgico del linfedema. Técnica personal. Presentado al Congreso Latinoamericano de Angiología, 10º y Congreso Uruguayo de Angiología, 1º Montevideo, 1970 (comunicación personal).
5. CORDEIRO AK e BARACAT FF. Novas técnicas de anastomóse linfovenosa para tratamento cirúrgico do linfedema de membros inferiores e linfedema de membro superior. pós-mastectomia. *Mat e Inf*, 34: 211, 1975.
6. DEGNI M. Nova técnica de anastomóse linfovenosa para tratamento cirúrgico de linfedema. *Rev Bras Cardiovasc*, 10: 3, 1974.
7. DEGNI M. New technique of lymphatic - venous anastomosis for the treatment of Lymphedema. *J Cardiovasc Surg*, 19: 577, 1978.
8. NIELUBOWICZ J, OLZEWSKY W. Surgical relief of lymphoedema. *World Med*, 1: 90, 1966.