

EL ROL DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE VÁRICES EN PACIENTES CON LINFEDEMA Y/O LIPEDEMA DE MIEMBROS INFERIORES

Por **M. Földi, G. Idiazabal**

Földiklinik, Hinterzarten, Alemania

Publicado en inglés en: *Lymphology* 33 (2000) 167- 171, traducido y corregido por los autores para su actual publicación.

RESUMEN

El tratamiento quirúrgico de venas varicosas en pacientes con un linfedema y/o lipedema en los miembros inferiores (MI) es discutido. Se evaluaron historias clínicas de 261 pacientes atendidos entre los años 1989 – 1997 en la Földiklinik, los cuales presentaban linfedema (68 pacientes), lipolinfedema o linfolipedema (103 pacientes) y lipedema (90 pacientes) y habían sido tratados quirúrgicamente por sus varices. En cada grupo los resultados fueron desalentadores, ya que la edematización de los MI aumento o se mantuvo en más del 90% de los pacientes y los síntomas como pesadez, fatiga, calambres, (“sintomatología varicosa) mejoró en menos del 10 %. Estas conclusiones apoyan que el tratamiento quirúrgico de las varices en pacientes con linfedema y/o lipedema solo debe ser practicado solo cuando existe una indicación absoluta para la cirugía (por ej. tromboflebitis ascendente o sangrado). El Tratamiento Complejo Descongestivo sigue siendo la mejor opción terapéutica para este tipo de pacientes.

ABSTRACT

The role of operative management of “symptomatic” varicose veins in patients with lower extremity lymphedema or lipedema is controversial. We reviewed the clinical outcome of 261 patients between 1989 – 1997 at the Földiklinik with lower extremity lymphedema (69 patients), lipo-lymphedema or lympho-lipedema (103 patients) or lipedema (90 patients) who had undergone operation for varicose veins. In each group, the results were dismal as leg swelling worsened or was unchanged in greater than 90 %, whereas symptoms such as heaviness, fatigue, cramps (termed varicogenic symptomatology) were improved in less than 10%. These findings support that operations for varicose veins in the legs of patients with lymphedema, lipedema, or combinations of these disorders should be undertaken only if there is an absolute indication present (ascending phlebitis and/or bleeding). Otherwise, complete decongestive physiotherapy is still the best treatment approach for these groups of patients.

1. INTRODUCCIÓN

Como la Insuficiencia Venosa superficial primaria tiene una incidencia del 45% en mujeres y del 23% en el hombre, no es sorprendente encontrar esta patología coexistiendo con otra como el linfedema y/o lipedema (síndrome caracterizado por piernas gordas y edema ortostático). En varias ocasiones se discutió el tema si en un paciente con un linfedema en un miembro inferior (MI) y varices, estas deben tratar quirúrgicamente. Este mismo interrogante relacionado a lipedema y varices no se aludió anteriormente hasta ahora.

En 1975, Brunner ⁽¹⁾ señaló la “responsabilidad linfológica” en operaciones de várices en pacientes con linfedema de MI. Este autor documenta una incidencia de linfedema post safenectomía del 4,5 % y previene en decidir realizar una safenectomía o ligadura de perforantes en pacientes con linfedema coexistente. Brunner enfatiza “que no se obtiene ningún beneficio operando la Vena Safena Interna (VSI) o venas perforantes en pacientes con edemas localizados en el dorso del pie, indoloros, sin cambios de coloración de la piel y que se producen en el verano o luego de un viaje largo en auto, porque son signos de un Linfedema y no de venas varicosas”. Si a pesar de esto, el cirujano opta por operar las varices, este debería informar al paciente de estas posibles complicaciones y recordar las relaciones anatómicas del sistema linfático con las venas superficiales, principalmente a nivel del cayado de la Vena Safena Interna ⁽²⁾. Van Bellen et al ⁽³⁾ demostró mediante linfografía indirecta (con medio de contraste oleoso), que la safenectomía según Babcock originaba importantes lesiones en los Colectores Linfáticos Safenos Internos a nivel del muslo. Bergan ⁽⁵⁾ describe linfoceles (por ejemplo: injurias de vasos linfáticos) en una incidencia del 2.1% en pacientes operados de varices. Timi et al ⁽⁶⁾ evidencia mediante linfografía radio-isotópica una injuria linfática del 63% en pacientes safenectomizados. Según Oesch et al ⁽⁷⁾ la reserva funcional y la capacidad regenerativa del sistema linfático evita que se desarrolle un linfedema, sin embargo en pacientes con una linfangiopatía latente, este tipo de cirugía actuaría como factor desencadenante para desarrollar un Linfedema. Si se decidiese realizar una safenectomía en un paciente con un MI linfedematoso, esta patolo-

gía se agravaría. A juzgar por May ⁽⁸⁾ “la cirugía de varices en los MI con linfedema crónico lleva a un incremento del edema; injurias de los vasos linfáticos no pueden ser evitados completamente”. Recuerda el hecho de que la forma ascendente del linfedema precoz (primario) se manifiesta inicialmente con edema del dorso del pie. Y este paciente mal orientado puede llegar a creer, que con la cirugía de sus varices se resuelve el problema de su linfostasis. El estadio I del linfedema se caracteriza por que el edema revierte luego del reposo nocturno y el cirujano en su recorrida matutina no evidenciará el edema vespertino. Al fallar el diagnóstico del linfedema, coexistente a las varices, el tratamiento quirúrgico de las mismas puede incrementar el edema. May ⁽⁸⁾ ocasionalmente realiza una safenectomía en pacientes con un linfedema de MI, pero le informa en forma escrita, que la edematización del miembro se puede incrementar. Él sostiene que “si se opera cuidadosamente, el aumento del edema no es siempre la regla” y que “prácticamente todo edema que aparece luego de una cirugía de varices es un linfedema secundaria a una lesión de los vasos linfáticos”.

Fischer y Früh ⁽⁹⁾ sostienen una opinión totalmente opuesta, abogando el tratamiento quirúrgico de venas insuficientes en MI con linfedema. Estos autores analizaron los resultados obtenidos en 39 MI operados de varices, que presentaban concomitantemente linfedema.

El tratamiento quirúrgico no se indicó por la cuantía del edema o por las indicaciones absolutas generalmente aceptadas para esta cirugía, sino la presencia de “síntomas de origen venoso” como pesadez, fatiga, dolor y otros “no definidos” justificaron la intervención. Luego de la flebectomía la pesadez y la fatiga mejoraron en un 74%; el dolor y los calambres en un 79%; y los “síntomas indefinidos” en un 83%. En 3 pacientes la safenectomía originó nuevos síntomas, como calor en la planta de pie y dolores en la cicatriz. Además, el linfedema se agravó en un 7,4% de los casos y en 4 pacientes, que jamás habían sufrido de erisipelas/celulitis, presentaron en el postoperatorio 16 episodios de erisipelas. Estas opiniones conflictivas nos impulsaron a evaluar la influencia del tratamiento quirúrgico de venas insuficientes en MI con un linfedema instalado. El lipedema no tratado puede evolucionar luego de 2 décadas a un lipolinfedema y un lipedema desarrollarse a partir

de un linfedema (linfolipedema). También se trata en este trabajo sobre la influencia venosa en MI con lipedema.

2. MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una evaluación retrospectiva de pacientes, que fueron atendidos, en la Földiklinik entre los años 1989 y 1997, con los siguientes diagnósticos:

Grupo I: linfedema con varices (68 MI)

Grupo II: lipolinfedema y linfolipedema con varices (103 MI)

Grupo III: lipedema con varices (90 MI)

En estos pacientes las varices nunca fueron tratadas. El 87% de los pacientes era de sexo femenino (Edad media: $51 \pm 27 - 76$ años).

El tratamiento quirúrgico evaluado, consistió en: Safenectomía parcial o total, crosectomía y resección de colaterales insuficientes.

2.1 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Tratamiento de varices previo al desarrollo del linfedema y/o lipedema
- Edemas de origen sistémico: insuficiencia cardíaca, hipoproteinemia.
- Edema cíclico idiopático
- Edema asociado a IVC

Debido a que no se midieron los volúmenes de los MI previo a la cirugía, se tomó en consideración la opinión de los pacientes sobre la evolución (mejor, peor, sin cambios) de la edematización de los MI y de los "síntomas flebológicos" luego de la safenectomía.

3. RESULTADOS

Grupo I: de los 68 MI con linfedema operados de varices el edema:

- Aumentó en un 70,6 % de los MI
- No varió en un 27,9 % de los MI
- Disminuyó en un 1,5 % de los MI

Ningún paciente refirió mejoría de los síntomas flebológicos e incluso empeoraron en un 7,3 % de los pacientes.

Grupo II: de los 103 MI con lipolinfedema o linfolipedema operados de várices el edema:

- Aumentó en un 75,7 % de los MI
- No varió en un 19,4 % de los MI
- Disminuyó en un 4,9 % de los MI

Los síntomas mejoraron en un 0,4% y empeoraron en un 11,6% de los casos.

Grupo III: de los 90 MI con lipedema operados de várices el edema:

- Aumentó en un 58,2 % de los MI
- No varió en un 31,9 % de los MI
- Disminuyó en un 9,9 % de los MI

Los síntomas mejoraron en un 0,4% y empeoraron en un 16,6 % de los casos.

4. DISCUSIÓN

Existe un consenso general, en el cual se admite como indicaciones absolutas para la safenectomía a: la Tromboflebitis ascendente y el sangrado. Por tal motivo, es lógico admitir que tales complicaciones también indiquen esta cirugía en pacientes con linfedema y/o lipedema de MI. Sin embargo, la mayoría de las safenectomías realizadas presentan indicaciones relativas.

Concordando con las directrices de la Sociedad Alemana de Flebología ⁽¹⁰⁾ “la cirugía está indicada cuando se espera una mejoría de las molestias y de las complicaciones”. De acuerdo a esta guía, la safenectomía se contraindica en “enfermedades generales severas, en el paciente postrado, alteraciones de la hemostasis, obstrucción arterial, Linfedema (indicación estricta considerando criterios fisiopatológicos)”. Sin embargo este documento no define el término “indicación estricta”.

Para Bergan ⁽⁵⁾ esta cirugía no son solo tromboflebitis ascendente o sangrado, sino también la presencia de varices, dolor, pesadez y fatiga muscular de MI, hiperpigmentación de tobillos. “Síntomas varicoso” no son para nada específicos a la patología venosa. La “pesadez” es referida en un 54% de los pacientes con lipedema y se presenta en un 31 % de los pacientes con IVS ⁽¹¹⁾. Pesadez, fatiga muscular, calambres y dolor son con frecuencia síntomas de patología ortopédica, neurológica, reumática, metabólica y psicósomática. Un médico no puede asegurar, que luego de la safenectomía se eliminarán estos síntomas no específicos. Partsch ⁽¹²⁾ considera una “indicación profiláctica” para la safenectomía, en el caso que la progresión de la IVS repercute negativamente sobre la hemodinámica del SVP. Este mismo autor cita una “indicación funcional” para esta cirugía, en el caso de que exista una restricción funcional de la bomba muscular de la pantorrilla, que suele mejorar con la compresión digital de las venas perforantes insuficientes. Él también remarca, que “una parte considerable de las varices no deben ser consideradas como una enfermedad de importancia médica. Por consiguiente, no se puede estar operando y esclerosando a todas las várices, en muchos casos francamente ignórelas!”

Basados en los desafortunados resultados de nuestra casuística, nosotros advertimos que si a pacientes afectados por un linfedema, lipolinfedema, linfolipedema o lipedema se sobre agrega una insuficiencia venosa superficial, la cirugía de las várices no se justifica ni por los “síntomas varicosos” ni por una “indicación funcional”⁽¹²⁾. Si se trata un linfedema mediante el Tratamiento Complejo Descongestivo (TCD), compuesto en Drenaje Linfático Manual (DLM), compresión, ejercicios linfocinéticos y cuidados de la piel, se previene el progresivo deterioro del

Síndrome de Varicosidad venosa y evitar la indicación quirúrgica. Se debe advertir que trastornos en el flujo de la VSI en el paciente con Linfedema pueden ser corregidos mediante el TCD. El hecho de que la safenectomía también resulta dañina en pacientes con lipedema no es sorprendente. En esta patología los canales prelinfáticos y los vasos linfáticos iniciales son anormales ⁽¹³⁾. Los colectores linfáticos se encuentran tortuosos y con forma de sacacorchos, en consecuencia la formación y el transporte de la linfa se encuentra obstaculizado. Debido a que la compliance de la piel está aumentado, la efectividad de la bomba muscular reducida y el reflujo venoarteriolar disminuido se produce un aumento del ultra filtrado neto. Estos trastornos explican, porque en estos pacientes aparezca en la segunda mitad del día “pitting” edema. Estos desordenes y los procesos linfangioescleróticos, que aumentan con los años, ayudan a comprender, porque un lipedema no tratado tiende a evolucionar a un lipolinfedema y la safenectomía tiene efectos nocivos.

Perrin y Nicolini ⁽¹⁵⁾ sostienen que en presencia de linfedemas severos, estos deben ser tratados mediante compresión elástica, DLM y compresión intermitente, previamente al tratamiento quirúrgico de las várices.

Independientemente, que el tratamiento del linfedema esta mal instituido, ya que la compresión intermitente produce linfedema genital ⁽¹⁶⁾ y la elastocompresión no reduce el edema, los autores no definen el termino severo.

Si bien el actual estudio es retrospectivo y lo ideal seria realizar un trabajo prospectivo y randomizado, en el cual la mitad de un grupo homogéneo de pacientes sea tratado con DLM y la otra mitad quirúrgicamente; el hecho de haber recabado resultados tan desalentadores proscrib éticamente la realización de tal estudio.

RESUMEN

El cuadro del linfedema y lipedema se empeora en la mayoría de los pacientes con IVS, si se les realiza un tratamiento quirúrgico de las várices. Cabe recordar, que este tipo de intervención quirúrgica resulta innecesaria en pacientes con linfedema, ya que el uso permanente de compresión, parte integral del TCD para el linfedema, minimiza el agravamiento del Síndrome de Venas varicosas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brunner, U: Zur Vermeidung von sekundären Lymphödemen nach Varizen-operation. *Phlebol u Protokol* 4 (1975), 266.
2. Kubik, S: Das Venensystem der unteren Extremität. *Der Informierte Arzt, Gazette Medicale*.
3. Van Bellen, R, et al: Lymphatic disruption in varicose vein surgery. *Surgery* 82 (1977), 257 – 259.
4. Babcock, WW: A new operation for the extirpation of varicose veins of the leg. *NY Med J* (1907), 86: 153 – 156.
5. Bergan, JJ: Surgical management of primary and recurrent varicose veins. In: *Handbook of Venous Disorders*. Gloviczki, P, JST Yao (Eds.). Chapman & Hall Medical, London, 1996, 394-415.
6. Timi, JR, MF Zanoni, AS Yamada, et al: Lesions lymphatiques des membres inferieurs après chirurgie des varices. Analyse par lymphoscintigraphia. *Revista Panamericana de Flebología y Linfología* 32 (1988), 17-21.
7. Oesch, A, J Kinser, RP Meyer, et al: Le lymphoedème dans les affections veineuses des jambres. *Med. et Hyg.* 37 (1979), 2746-2749, 1979.
8. May, R: Schädigung der Lymphbahnen bei Varizenoperationen. *Angio.* 5 (1981), 265-268.
9. Fischer, R., G Früh: Resultate der Varizenoperation beim Vorliegen eines primären Lymphödems. *Phlebol.* 20 (1991), 9-13.
10. Langer, C, R Fischer, A Fratila, et al: Leitlinien zur operativen Behandlung von Venenkrankheiten. *Phlebol.* 26 (1997), 66-71.
11. Chardonneau, JM: Etiologies des Lourdeurs de Jambres. *Phlebol.* 1 (1999), 37-38.
12. Partsch, H, CH Stoberl, A Urbanek, et al: Clinical use of indirect lymphography in different forms of leg edema. *Lymphology* 21 (1988), 152-160.
13. Jagtman, BA, JP Kuiper, AJ Brakkee: Measurements of skin elasticity in patients with lipedema of the Monocorps “rusticanus” type. *Phlebol. (France)* 37 (1984), 315-319.
14. Perrin, M, M Nicolini: Indications chirurgicales dans le traitement des varices primitives. *Phlebol.* 2 (1999), 181-185.
15. Boris, M, S Weindorf, BB Lasinski: The risk of genital edema after external pump compression for lower limb lymphedema. *Lymphology* 31 (1998), 15-20.