

# ANALISIS Y VALORACION DEL TRATAMIENTO KINESICO EN EL LINFEDEMA POSTMASTECTOMIA

## AUTORES:

Licenciada en Kinesiología. Liliana E. Falcón  
Personal Full Time Hospital " Dr. Julio C. Perrando" Resistencia- Chaco- Argentina.  
Kinesiologa Burich, Ida Cristina.  
Personal Full Time Hospital"Dr. Julio C. Perrando"

## RESUMEN:

Estudio retrospectivo con revisión de historias clínicas desde Enero del año 2000 a Marzo del 2004 de pacientes con diagnóstico de Linfedema o Cirugía de Mama con el fin de determinar la incidencia de Linfedema Postmastectomía en el servicio de Kinesiología y evaluar los resultados terapéuticos.

**Palabras claves:** Linfedema, valoración.

## INTRODUCCION:

El linfedema postmastectomía es de origen secundario a la afectación tumoral ganglionar, resección quirúrgica, inflamación o fibrosis pos radiación de los ganglios axilares. Condición que genera un mecanismo de obstrucción mecánica con enlentecimiento del flujo linfático. Existe entonces una combinación de sobreproducción de linfa y obstrucción mecánica obvia que resulta

en una akinesia ya descrita por Beninson ,J. En 1999. 1 La disminución de movimientos en dedos, muñeca, codo y fundamentalmente hombro provocan mayor estancamiento linfático generándose un círculo vicioso de dolor – inmovilidad – pesadez – dolor.

Podemos distinguir según el tiempo de aparición dos tipos de linfedemas el temprano que aparece en el postoperatorio inmediato y el tardío relacionado con la terapia radiante.2

Cuando existe éstasis linfática ésta puede evacuarse por vías colaterales y pueden formarse anastomosis además el aumento de presión hidrostática abre las uniones intercelulares y permite el paso macromoléculas (descrito por Casley- Smith 1980), también aumentan los macrófagos en el intersticio, fagocitando proteínas .Si estos mecanismos fallan dan lugar al edema que progresivamente pueden llevar a una fibrosis del tejido.

La cuantificación del volumen del linfedema es fundamental en la valoración y en el seguimiento del mismo. Algunos autores definen existencia de edema con una diferencia de 1,5-2 cm en los perímetros de dos puntos simétricos en ambas extremidades.3 Sin embargo se considera un indicador más sensible para el diagnóstico una diferencia del 10% entre las dos extremidades en este sentido según Mortimer la medición de múltiples circunferencias es un método fiable. **Cuadro I**.

La terapia física como el drenaje linfático manual que procura con movimientos suaves de las manos generar un estímulo mecánico para reducir el edema a través del ingreso a los capilares de las proteínas, la presoterapia secuencial que colaborará con el ingreso de agua a los capilares linfáticos, la utilización de vendajes de contención y la actividad programada intentaran restablecer el volumen del brazo que hagan compatible su uso con las actividades de la vida diaria.

**Cuadro I** : Volumen Total- Medición de circunferencia Múltiple.

$$\text{Perímetro}^2 / \pi = \text{volumen total}$$

## MATERIAL Y METODO:

Estudio retrospectivo en el que se realizó la revisión de Historias Clínicas desde Enero del año 2000 a Marzo del año 2004, incluyéndose en la selección todos los pacientes ingresados al Servicio de Kinesiología del "Hospital Perrando" en ese lapso de tiempo y que contara con diagnóstico de Linfedema de miembro superior o Cirugía de mama , que hubieren realizado tratamiento y pacientes con diagnóstico de limitación de la movilidad de hombro en los que se hubieren detectado edema del miembro superior. Se registraron 71 pacientes, todos del sexo femenino , con una edad mínima de 28 años y una máxima de 81 años con una media de 51 años.

Las mediciones de circunferencia del miembro afecto se realizó con cinta métrica tomándose como referencia 4 medidas –**Tabla 1**.

El número de pacientes con limitación a la movilidad de hombro fue de 18 lo que representó el 25,35% esto se

registró como un déficit en el rango de movimiento tanto de la flexión como de la abducción. Una de las complicaciones más registradas fue el edema costal que se presentó en 11 pacientes (15,49%).

**Tabla I**

Brazo	10 cm proximal al olécranon.
Antebrazo	10 cm distal al olécranon.
Muñeca	Apófisis estiloides del cúbito.
Mano	Cabeza de metacarpianos.

**RESULTADO:**

De los 71 pacientes ingresados 36,62% (26 pacientes) presentaron patología mamaria derecha, 63,38 % (58 pacientes) del lado izquierdo. De los pacientes que presentaron edema costal hallamos edema costal concomitante al edema del miembro superior en 3 pacientes (4,23%) y con edema costal exclusivamente 11 pacientes (15,49%).

El grado mínimo de edema circunferencial hallado fue de 1cm y el máximo de 9 cm. En los segmentos medidos.

El tiempo mínimo de concurrencia al tratamiento registrado fue de 1 sesión el máximo de 88 sesiones y una media de 7 sesiones. Se han hallado adherencias pericicatrizales en doce (12) pacientes (16,90%). **Tabla 2.**

**CONCLUSION:**

La incidencia de linfedema postmastectomía en nuestro servio es del 2,38 %. De los 71 pacientes ingresados el 74,64% (53pacientes) presentó algún grado de edema. La información recabada nos reveló que el linfedema postmastectomía no se limita exclusivamente al miembro superior sino que puede involucrar a la parrilla costal hallándose 14 pacientes el 19,72% con dicha afección. La cirugía de mama ocasionalmente genera alteración en el movimiento articular del hombro hallándose 18 pacientes con alguna disminución en el rango total de movimiento. En el tratamiento de estos pacientes se utilizó drenaje linfático manual sin presoterapia en 44 pacientes el 48,35%. Drenaje linfático manual con presoterapia en 18 pacientes el 25,35%. Posterior al tratamiento con Drenaje linfático manual , Presoterapia secuencial, Ejercicios en posición de drenaje, Bandage, Medidas Higiénicas, solo 5 pacientes (7,04%) mostraron edema residual, se justificó la indicación de manga de contención en 2 pacientes. El tratamiento implementado arrojó un resultado positivo en su aplicación si tenemos en cuenta que de 53 pacientes con edema solo 5 quedaron con edema residual.

**Tabla II** – Frecuencia de alteraciones asociadas.

	Edema miembro Superior exclusivamente	Edema costal	Limitación de hombro	Adherencias Pericicatrizales	Edema costal y en Miembro Superior
N=	39 (54,91%)	11 (15,49%)	18 (25,35%)	12 (16,90%)	3 (4,23%)

**DISCUSION:**

Es evidente que el tratamiento de linfedema conlleva a una terapia compleja ya señalada por Foldi, que la colaboración del paciente es fundamental tanto para asistir a las sesiones de tratamiento, para la realización de los ejercicios, el uso del vendaje de contención como para tener en cuenta las medidas higiénicas que previenen infecciones y complicaciones. La frecuencia de linfedema no está relacionado a la limitación de hombro. Se nos revelan como complicaciones independientes el linfedema de miembro superior y la rigidez articular que estaría más asociada a la técnica quirúrgica.

Toda la terapéutica conjunta colabora con el resultado satisfactorio y en todo caso queda abierta a la investigación específica de resultados del drenaje manual versus presoterapia.

**BIBLOGRAFIA**

1-A simple clinical classification of lymphedema:J. Brunna, A.J.Muller. D. Beninson. Eur. J.Plast. Surgery (1999) 22:404-405.

2-Linfedema secundario a linfadenectomía axilar:concepto y valoración: M. Avellanet,MA. Gonzalez Viejo, M.J. Condon Huerta y A. Saenz Guerrero. Rehabilitación (Madrid 2003); 37(4):215-221.

3-Acerca de la frecuencia del linfedema de hombro miembro superior y de rigidez de hombro después del tratamiento de Cancer de mama:Dr. Jean Claude Fernandez,Dres. S. Le Von. D. Serin. Clinica Saint Catherin. Avegnon. Pag. 9-16.

4-Linfedema : Mauro Figueredo Carvalho de Andrade. Pitta GBB, castro A.A, Burinhan.E .Angiología e Cirugía Vascular: guia ilustrada Maceio:UNCISAL/ECMAL;2000 pag. 1-15.

5-Casley-Smith,J.R.In Foldi M: and Casley-Smith:Lymphangiology.F.KSchattauer Verlag Sttutgar1983

©www.efisioterapia.net - portal de fisioterapia y rehabilitacion