



Zaragoza
24 y 25 de noviembre de 2023

ORGANIZA



Asociación de Personas con Linfedema, Lipedema
y otras patologías linfáticas en Aragón

RESUMEN

Asociación Madrileña de Afectados de Linfedema (AMAL)
Yolanda Robledo do Nascimento

Avances en el tratamiento quirúrgico del linfedema y lipedema

Dr. Jaume Masià

El Dr. Jaume Masià disculpa su ausencia de última hora, por motivos personales. Deja su ponencia grabada. Para él, el gran avance ha sido “ponerlo encima de la mesa, darlo a conocer”.

De esta manera, se puede investigar, pero con el gran inconveniente de la aparición de los “tiburones financieros de la medicina” que quieren abarcar este mercado, más recientemente es lo que ha ocurrido con el lipedema.

Hace un recordatorio de las primeras cirugías del linfedema, con la técnica de Charles, pasando por las distintas técnicas quirúrgicas pero que no han funcionado porque no tenían la tecnología. Gracias a la supramicrocirugía, se desarrollaron los métodos de imagen para poder diagnosticar el sistema linfático. En 2008 trajo el primer PDE a España.

El linfedema depende de cómo están los vasos linfáticos para que la cirugía tenga éxito. Cuanto antes se opere, mejor, y si puede ser profiláctica, mejor.

Destaca la importancia del diagnóstico precoz del linfedema. Primera línea de actuación, siempre que se pueda, se deben realizar las anastomosis linfovenosas, para que ya tenga una salida. La transferencia de ganglios es una técnica que conlleva unos riesgos, pudiendo quedar afectado el lugar donde se toman esos ganglios linfáticos. Aunque ese riesgo ha disminuido mucho con las nuevas técnicas, sigue existiendo. Se necesita más investigación.

La grasa hipertrófica en el linfedema, no se puede eliminar de otra forma, solo mediante liposucción. Estas técnicas como base, se adentraron en el lipedema. En esta enfermedad es fundamental hacer un buen diagnóstico. Las técnicas quirúrgicas en el lipedema, si están bien hechas, tienen poco riesgo.

Como último avance destaca la cirugía profiláctica (T-LAR), que se realiza en el mismo acto quirúrgico en el que quitan los ganglios linfáticos, hacen anastomosis linfovenosas allí donde se han interrumpido esos vasos linfáticos. Muestra unos resultados sobre esta técnica que reducen el linfedema tras cáncer de mama de un 32% a un 3,6%.

Nutrición: pilar fundamental del tratamiento del lipedema

Dra. Noemí González

Desde hace seis meses se dedica solamente al lipedema, junto a un equipo interdisciplinar.

¿Por qué nutrición como base del tratamiento? Sabemos que el lipedema afecta a diferentes órganos/sistemas y que viene determinada por una inflamación. Una inflamación crónica de bajo grado. Viene determinada por un “estresor”, factor al que estamos sometidos de forma continua, por ejemplo: estrés, hormonas, resistencia a la insulina, actividad física y el ayuno. Estos tres últimos resumen la alimentación.

En el lipedema se han deducido tres cosas: que es genético, de dependencia hormonal y es inflamatorio. Para estos tres aspectos podemos influir con la nutrición. No podemos abordar la grasa enferma ya depositada pero sí para controlar los síntomas y que no progrese.

Todas las dietas tiene en común: disminuir el consumo de ultraprocesados, reducir el consumo de alcohol, reducir el gluten y los lácteos que inflaman. Ella insiste en los excesos. No se trata de eliminar de tu dieta, sino de reducir el consumo.

En el lipedema se pueden hacer muchas cosas sin gastar mucho dinero, si comprendes cuál es el mecanismo que no te sienta bien. Es decir tú puedes gestionarlo. Es importante la figura del nutricionista para indicarte qué alimentos o suplementos son necesarios en cada caso.

La obesidad y el lipedema tienen en común la grasa. En el lipedema la grasa no reacciona al ejercicio ni al déficit calórico de la dieta. El lipedema duele y avanza si no haces nada para frenarlo. En la alimentación hay tres aspectos básicos:

1. Microbiota: son los seres vivos que viven en nuestro organismo que nos nutren, nos defienden de otros virus y bacterias y benefician o mejoran nuestro tubo digestivo, nos protegen. Lo alimentamos con prebióticos y los probióticos.
2. Hormonas: las hormonas femeninas hacen que acumulemos grasa. El colesterol influye en estas hormonas, se forma un círculo en el cual tenemos que encontrar el equilibrio. Existen disruptores endocrinos como pesticidas, aditivos, etc, que pueden alterar estas hormonas.

3. Ayuno: el tiempo que estamos sin comer es el tiempo que el cuerpo necesita para desinflamarse, regenerarse. Si el cuerpo no para de trabajar, no deja de inflamarse. El ayuno beneficia la disminución de la inflamación, disminuye la resistencia de la insulina, ralentiza el envejecimiento, ayuda a que nuestro cuerpo consuma lo que ya tenemos acumulado.

Resumen: Volvamos a alimentarnos.

Cómo base de la dieta antiinflamatoria: más baja en carbohidratos y más alta en grasas saludables y proteínas. Contiene: fruta y verdura fresca, de temporada, rica en antioxidantes, rica en grasas saludables, más pescado y menos carne, cereales y granos integrados y por último, volver a los fermentados.

Al final: reducir/eliminar los productos que no son alimentos. En este caso: “el hábito sí hace al monje”. Volver a la alimentación natural y sostenible.

Compresión y contención con MEDI

Dña. Patricia Pineda

D. Antonio Remírez

Con la compresión luchamos contra la gravedad, para lo que es necesario que la máxima compresión esté en la región más distal, es decir lejos de la zona afectada y que sea decreciente hacia proximal (hacia la ingle o hacia la axila). Esta compresión es más efectiva si además se realiza movimiento.

La compresión se mide con “mmHg” no es lo mismo que el DENIER, que mide el espesor de la media, más traslúcida o más opaca. Pone el ejemplo con un globo, lo mete en una media de tejido circular y muestra cómo este tejido se deforma, en cambio, en un tejido plano no ocurre.

Hay que saber diferenciar la compresión, que la marca el profesional sanitario, de la contención, la cual está marcada por el tipo de tejido y de la cual debe aconsejarnos nuestra ortopedia de confianza.

Es necesario que la prenda de compresión se adapte a la persona que debe usarla ya que tiene que ser funcional. Para conseguir el efecto terapéutico que se desea, ni en linfedema ni en lipedema, pondremos una prenda muy elástica. El tejido más rígido de MEDI: MEDIVEN 550 y la siguiente menos rígida, COSY.

Actualmente, no hay evidencia clínica de calidad que recomiende dormir con la prenda de compresión.

Para finalizar, hacen una recomendación: para dormir con el CircAid no se debe aplicar nada de compresión (no tirar de las tiras, solo ajustarlo).

Actualización en el diagnóstico y tratamiento rehabilitador del linfedema

Dra. Isabel Villarreal

Es una entidad crónica que tiende a progresar si no se trata. El líquido que se acumula es rico en proteínas. Una vez bien diagnosticado, se proponen las pautas de tratamiento. El tratamiento es rehabilitador, no es curativo.

Hay un desequilibrio entre la producción y el transporte, teniendo un efecto negativo sobre la salud física y mental de la persona que lo padece.

El protocolo de diagnóstico: inspección visual, unilateral (un solo lado), bilateral (dos lados), sistémico. Nos fijamos en los signos y síntomas. Podemos observar edema, cambios cutáneos, dolor u otros síntomas. Palpación: si el edema es blando, o se queda el dedo marcado o es duro, o si tiene dolor al tocar la extremidad.

Sí el paciente tiene dolor hay que buscar la causa de ese dolor. Explica los métodos de diagnóstico: la circimetría (medir los perímetros de la extremidad), los métodos de imagen, como la linfogammagrafía).

Comenta los distintos diagnósticos cuando el edema afecta a una extremidad y cuando afecta a las dos extremidades.

A un paciente sin antecedentes quirúrgicos hay que hacerle un esquema de diagnóstico largo y complejo al que se llega al linfedema, casi por descarte.

Comenta la creación de la Escuela de Linfedema del Hospital Clínico de Zaragoza que coordina Mayra Medrano, la siguiente ponente. Utilizan medidas preventivas, terapia física descongestiva y prendas de compresión/contención.

Experiencia de la Escuela de Linfedema en Hospital Clínico

Dra. Mayra Medrano

Las posibles herramientas de prevención del linfedema: educación sanitaria; medidas higiénico-dietéticas; ejercicio físico; drenaje linfático manual y prendas de compresión.

Explica la Escuela de Linfedema: educación sanitaria, que comienza una vez la paciente está operada. Entregan un díptico que se llevan a casa. Tiene lugar los martes, de una hora de duración, de forma grupal y motivan el automanejo.

Conclusión: la información del paciente es fundamental para la prevención y el tratamiento del linfedema.

Visión quirúrgica del lipedema, lo conocido y lo innovador

Dra. Carmen Iglesias

Hace una introducción sobre esta entidad como trastorno del tejido graso con una causa multifactorial y hace especial hincapié en unidades de tratamiento integral para conseguir éxito con el tratamiento.

El diagnóstico adecuado pasa por acudir a las diferentes especialidades, incluido el apoyo psicológico.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Piden linfogammagrafía a aquellas pacientes que tienen edema con fovea, cuando hay asimetrías y cuando la clínica no coincide con lo que se observa.

Las pacientes con obesidad y lipedema, en ocasiones son sometidas a cirugía bariátrica, no influye en el lipedema pero los resultados posoperatorios ven que sí mejora el lipedema y sus síntomas. Recomienda los hábitos saludables, con tratamientos personalizados. El objetivo de la cirugía en el lipedema es funcional, por aliviar el dolor, es la finalidad de la gran mayoría, pero también se puede considerar el objetivo estético.

La técnica quirúrgica es específica, es una liposucción: tumescente, circular, superficial y profunda, cánulas pequeñas y siguiendo el trayecto de los vasos linfáticos, no en abanicos.

Se hacen muchas más puertas de entrada para disminuir la posible lesión del sistema linfático. Explica el protocolo de la cirugía, en el cual la paciente se queda una noche ingresada.

El número de cirugías depende de la cantidad de grasa que hay que extraer. No se debería sacar más del 10-15% de la masa corporal.

Diagnóstico diferencial del edema en miembros inferiores

Dr. José Antonio Lechón

Explica conceptos básicos: a) ¿Qué es un edema? El líquido que se acumula en el tejido. b) ¿Cómo se produce? Explica las presiones que influyen en el intercambio de fluidos entre el capilar sanguíneo y el tejido, así como las causas que pueden alterar estas presiones que como resultado aumentan el líquido en el edema.

Brevemente explica el sistema linfático y sus funciones.

El linfedema es crónico y hay dos tipos: primario y secundario. El más frecuente en nuestro medio es el linfedema secundario.

Destaca un estudio de la Dra. Isabel Forner, de Valencia, realizado entre 2003 y 2011, el 19% de las personas remitidas al servicio de rehabilitación por edemas eran lipedemas.

Destaca los signos clínicos del linfedema y su comparación con el lipedema.

Así como también describe los métodos por imagen: ecografía modo B, ecografía doppler y elastografía, resonancia magnética (linfomagnética, de difícil implantación por su costes y la formación específica del radiólogo), la prueba estrella es la linfogammagrafía.

Explica la entidad del lipedema, sus distintas nomenclaturas, su complejidad y resalta que está infradiagnosticado. Comenta los diferentes clasificaciones: por estadios de Schmeller y por tipos según la localización de Meier-Vollrath.

El tipo 3 y el 5, marca dos zonas muy claras y más fácil su diagnóstico, en el resto de tipos hay más dudas para hacer un diagnóstico diferencial con la obesidad.

Fundamentalmente se hace un diagnóstico clínico. Afecta más a mujeres. Aparece con frecuencia a partir de la pubertad, hay dolor cuando se palpa, es

característica la aparición de hematomas o pequeños traumatismos. Es fundamental descartar patología venosa, casi obligado en pacientes con lipedema.

Da importancia al diagnóstico diferencial con el edema venoso, provocado por la hipertensión a nivel de las venas y confirmar la ausencia de trombosis.

El síndrome postrombótico tiene que ver con la hipertensión venosa no controlada que puede tener como consecuencia un edema mixto. Menciona de manera especial el flebolinfedema: primario, como en el Sd. Klippel-Trenaunay; secundario, a una patología venosa como la insuficiencia venosa crónica.

Cuando se produce este edema descontrolado se crea un ambiente pro inflamatorio que produce fibrosis del tejido (endurecimiento). Para acabar, explica el Síndrome de dependencia - “Armchair legs”, donde fracasa la bomba muscular, por inactividad de la persona.

Tratamiento conservador en linfedema y lipedema

Dra. Yolanda Robledo Do Nascimento

Nos comenta que a veces se olvida que el centro de la atención es el paciente. Desde la fisioterapia se puede hacer una terapia descongestiva completa ya que no hay avances con evidencia científica. Las terapias que se trabajan son: DLM (Drenaje Linfático Manual), compresión con vendaje o prendas, ejercicios linfoquinéticos, cuidados de la piel y tratamiento postural.

Con el DLM tenemos un efecto drenante, relajante, analgésico e inmunológico.

Con el DLM para el linfedema se busca reducir el volumen, ablandar la fibrosis y reducir el dolor si lo hubiera

En cuanto al lipedema se busca reducir el dolor gracias a su efecto analgésico, reducir el edema si lo hubiera y preparar al paciente para antes de la cirugía.

La terapia compresiva depende de la fase del tratamiento, ya que de acuerdo a esto se elige el método de compresión. Puede ser vendaje o prenda de compresión.

El vendaje aumenta la presión tisular y el bombeo extrínseco de la musculatura. Además, evita el reflujo si existe insuficiencia valvular y suaviza las áreas de fibrosis.

Ejercicios miolinfocinéticos

Esta área ha evolucionado mucho en los últimos años. Hoy en día las recomendaciones son el movimiento y el ejercicio. Si al ejercicio le ponemos la compresión es la combinación ideal ya que nos ayudará al retorno linfático aumentando la presión sobre los vasos linfáticos superficiales y venas.

Ejercicio terapéutico y físico

Recomienda ejercicio con peso/resistencia, entrenamiento de fuerza, tiro con arco, barco dragón, remar, correr, etc. El ejercicio debe ser individualizado, controlado y guiado por un profesional.

Otros tratamientos complementarios son los ejercicios respiratorios, kinesiotape, vendaje neuromuscular, presoterapia, manutech, deep oscilation, fibromodulación y otros más. Eso dependerá del criterio y recursos de cada fisioterapeuta.

Los tratamientos no varían si el linfedema es primario o secundario sino el estadio en el que esté el paciente.

A partir del estadio II en su hospital entra el paciente a recibir todas las medidas higiénicas, un tratamiento intensivo, prenda de compresión y una cita abierta para acudir cuando lo necesiten.

El lipedema aún no está en la cartera de servicios de la Seguridad Social y el paciente llega cuando está asociado a otras patologías.

Cuidados de la piel en linfedema secundario y primario

Dña. Montse Abanades

La piel hay que cuidarla porque es la barrera que nos defiende de agresiones externas.

Su función clave es impedir la entrada de patógenos a nuestro cuerpo. La piel también tiene una microbiota propia. En el caso del linfedema hay que evitar situaciones que rompan esta barrera o alteren las funciones de la piel. Para la

depilación: con cremas depilatorias, hacer prueba de alergia en una zona alejada de la región con linfedema.

Los hombres cambiarán a máquina eléctrica, no cortar cutículas, no morderse las uñas, uso de guantes, precaución con las venopunciones. La elección del calzado adecuado, zapatillas en piscinas, utilizar repelentes.

Explica la erisipela cutánea y las posibles puertas de entrada que la desencadenan. ¿Por qué la sufrimos con linfedema? Porque la respuesta inmunitaria está alterada. Medidas de higienes: recomienda jabones SYNDET, no aconseja los polvos de talco, la temperatura del agua templada, uso de toallas, evitar baños calientes o fuentes de calor, corte de uñas meticuloso y uso de guantes.

Resalta el uso de fotoprotector y hacer una exfoliación de la extremidad o región con linfedema, una vez a la semana y siempre con la piel húmeda.

En los pies, como prevención, tras acudir a piscina pública, el uso de polvos fungicidas. Hidratación: el agua por sí sola no hidrata la piel, se logra a través de cremas. Guantes. Hidratemos, sobre todo en un proceso oncológico, mejor pronóstico de sí evolución. Una vez al día en el cuerpo, la cara por la mañana y por la noche.

Recomienda los emolientes, por ayudar a restablecer la capa lipídica protectora. Para no alterar el material de las prendas de compresión es recomendable aplicar la crema, o bien, 30 minutos antes de ponerse la media, o bien, por la noche, cuando retiremos la prenda de compresión.

Resumen elaborado por: Yolanda Robledo do Nascimento

Fisioterapeuta y Doctora - Experta en Drenaje Linfático Manual

Asistente por la Asociación Madrileña de Afectados de Linfedema (AMAL)