



NOTA CLÍNICA

Drenaje linfático subcutáneo (linfocentesis) de la extremidad superior en el linfedema relacionado con el cáncer de mama. A propósito de un caso

Carlos M. Acevedo*¹ y Andrés F. Noriega-Pulgarin²

¹Servicio de Dolor y Cuidados Paliativos. Liga Contra el cáncer. Seccional Risaralda, Pereira, Colombia. ²Departamento de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos. Clínica de Marly, Bogotá, Colombia.

Recibido el 24 de junio de 2021

Aceptado el 22 de noviembre de 2022

PALABRAS CLAVE

Linfedema, cuidados paliativos, drenaje.

Resumen

El edema es el resultado de un desequilibrio entre la filtración capilar y el drenaje linfático del espacio intersticial; el edema no linfático se produce como resultado de un cambio en la permeabilidad de las paredes capilares y, como consecuencia, se origina un cambio de gradiente entre las presiones hidrostáticas de los vasos sanguíneos y los tejidos; en cambio, el linfedema se refiere a que el edema es causado por daño linfático, en todos los casos de edema crónico habrá alguna alteración del drenaje linfático, ya sea por una anomalía subyacente (primaria o secundaria), ya sea por “falla linfática” debido a sobrecarga linfática. El grado de daño linfático influye en la presentación clínica del edema; con el tiempo, el componente líquido del edema puede ser sustituido por fibrosis y/o tejido adiposo.

El linfedema de las extremidades es una de las enfermedades más difíciles de manejar en medicina paliativa. Un estudio retrospectivo reciente reveló que el 46 % de los edemas eran de tipo mixto (linfático y no linfático), el 29 % eran linfedema y el 10 % eran edemas no relacionados con el sistema linfático.

En la mayoría de los casos es una consecuencia de las enfermedades malignas y sus tratamientos, y supone una enorme pérdida de calidad de vida. Cuando fallan las técnicas de drenaje por compresión y la compresión con medias, se puede intentar el drenaje subcutáneo.

Hay pocos informes con diversas técnicas de drenaje subcutáneo, con inserción de catéteres simples o múltiples, diferentes modos de recogida de líquido, sobre todo en las extremidades inferiores con variación en la tasa de éxito.

*Autor para correspondencia:

Carlos Mario Acevedo

Servicio de Dolor y Cuidados Paliativos. Liga Contra el cáncer. Seccional Risaralda. Cra. 4 #23-55, Pereira, Risaralda, Colombia

Correo electrónico: cmac_257@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2022.1272/2021>

e-ISSN: 2340-3292/© 2023 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

Subcutaneous lymphatic drainage (lymphocentesis) of the upper limb in breast cancer - related lymphedema. A propose of a case

KEYWORDS

Lymphedema, palliative care, drainage.

Abstract

Edema is the result of an imbalance between capillary filtration and lymphatic drainage of the interstitial space; non-lymphatic edema occurs as a result of change in the permeability of capillary walls, resulting in change in the gradient between the hydrostatic pressures of the blood vessels and tissues, whereas lymphedema refers to edema being caused by lymphatic damage; in all cases of chronic edema there will be some impairment of lymphatic drainage, either by an underlying abnormality (primary or secondary) or by "lymphatic failure" due to lymphatic overload. The degree of lymphatic damage influences the clinical presentation of edema; over time, the fluid component of edema may be replaced with fibrosis and/or adipose tissue.

Lymphedema of the extremities is one of the most difficult diseases to manage in palliative medicine. A recent retrospective study revealed that 46 % of edema cases were of mixed type (lymphatic and non-lymphatic), 29 % were lymphedema cases, and 10 % were non-lymphatic edema cases.

In most cases it is a consequence of malignant diseases and their treatments, and represents an enormous loss of quality of life. When compression drainage and compression stocking techniques fail, subcutaneous drainage may be attempted.

There are few reports with various subcutaneous drainage techniques, with insertion of single or multiple catheters, different modes of fluid collection, especially in the lower extremities, with variation in success rate.

Acevedo CM, Noriega-Pulgarin AF. Drenaje linfático subcutáneo (linfocentesis) de la extremidad superior en el linfedema relacionado con el cáncer de mama. A propósito de un caso. *Med Paliat.* 2023;30:40-43.

INTRODUCCIÓN

El edema es el resultado de un desequilibrio entre la filtración capilar y el drenaje linfático del espacio intersticial. El edema no linfático se produce como resultado de un cambio en la permeabilidad de las paredes capilares y, como consecuencia, se ocasiona un cambio de gradiente entre las presiones hidrostáticas de los vasos sanguíneos y los tejidos. El linfedema se refiere al edema causado por daño linfático y/o por edema crónico. El grado de disfunción linfática influye en la presentación clínica; con el tiempo, el componente líquido del edema puede ser sustituido por fibrosis y/o tejido adiposo^{1,2}.

El linfedema de las extremidades es una de las enfermedades más difíciles de manejar en medicina paliativa. Un estudio retrospectivo reciente reveló que el 46 % de los edemas eran de tipo mixto (linfático y no linfático), el 29 % eran linfedema y el 10 % eran edemas no relacionados con el sistema linfático³.

En la mayoría de los casos es una consecuencia de las enfermedades malignas y sus tratamientos, y supone una enorme pérdida de calidad de vida. Cuando fallan las técnicas de drenaje por compresión y las medias de compresión, se puede intentar el drenaje subcutáneo⁴⁻⁸.

Hay pocos informes con diversas técnicas de drenaje subcutáneo, con inserción de catéteres simples o múltiples, diferentes modos de recogida de líquido, sobre

todo en las extremidades inferiores con variación en la tasa de éxito⁴⁻⁸.

CASO CLÍNICO

Previo consentimiento de la paciente, presentamos el caso de una paciente de 48 años, con un carcinoma ductal invasivo bilateral de mama en estadio IV.

En el momento de realizar el diagnóstico del cáncer de mama, tenía afectación pulmonar y mediastínica. Tenía la pared torácica derecha y los ganglios linfáticos axilares derechos comprometidos en los estudios de extensión de la tomografía computarizada con contraste.

Recibió 4 ciclos de adriamicina más ciclofosfamida antes de que los resultados del inmunofenotipo estuvieran disponibles; luego comenzó un régimen de carboplatino más paclitaxel durante 12 semanas más.

Cuando llegó a la clínica de cuidados paliativos y tratamiento del dolor, tenía linfedema en la mano, el antebrazo y el brazo de la extremidad superior derecha (linfedema grado III)⁹, con dolor referido por la paciente como punzante y opresivo, asociado a disestesias, cuantificado como 7/10 en la Escala Visual Analógica. Se realizó titulación con morfina y se determinó una dosis de 4 mg cada 6 h, acetaminofén 1 g cada 8 h por vía oral, gabapentina 300 mg por vía oral cada 12 h, con una disminución de más del 50 % del dolor respecto

a nivel previo (2/10). También presentaba limitación de los arcos de movimiento de la extremidad superior derecha, su estado funcional estaba conservado con ECOG 1 y Karnofsky Performance Status de 80 (Figura 1).

Recibió terapia de drenaje manual para el manejo del edema sin éxito, no se usó vendaje y terapia de compresión dada la no disponibilidad en el momento. No era candidata para tratamiento quirúrgico, así que, como medida de último recurso, intentamos la terapia de drenaje subcutáneo para aliviar sus síntomas.

Con una técnica aséptica y previo consentimiento de realización de procedimientos, colocamos una aguja de calibre 18 entre el primer y el segundo dedo de la mano derecha; esto se conectó en un sistema cerrado a una bolsa estéril durante 5 días (Tabla I) y luego se retiró todo el sistema (Figuras 2, 3 y 4).



Figura 1. Linfedema en mano, antebrazo y brazo.

Tabla I. Tiempo y volumen de drenaje.

Día de drenaje	Mililitros
1	200
2	150
3	140
4	160
5	120



Figura 2. Colocación de aguja de calibre 18.



Figura 3. Fijación y cubrimiento de aguja.



Figura 4. Sistema cerrado de drenaje.

Se obtuvo una mejoría del edema (mano, brazo y antebrazo), así como de los arcos de movimiento; no hubo ninguna complicación inherente al procedimiento o posterior a este.

Siete meses después de la intervención (linfocentesis), el edema había disminuido hasta el punto de una recuperación casi completa de la parte superior del brazo derecho en cuanto a movimiento y edema. No hubo ningún tipo de complicaciones relacionadas con el procedimiento (Figura 5).

DISCUSIÓN

En la literatura encontramos pocos reportes de la técnica, principalmente reportes de casos, realizada con mayor frecuencia en miembros inferiores⁴⁻⁸.

El clínico debe diferenciar el edema agudo del crónico. La definición general de edema crónico es la presencia de edema de 3 meses o más (*National Lymphoedema Partnership-NLP*). Sin embargo, es la presencia como tal de fibrosis y grasa, también llamado “*edema sin fovea*” (traducción del inglés - *non-pitting oedema*) el que debe llamar la atención y evitar la realización de linfocentesis⁷.



Figura 3. Imagen del brazo y antebrazo 7 meses posterior a la linfocentesis.

La técnica empleada explicada en las descripciones es variada, pero con unos puntos en común en la mayoría de los reportes que podrían ayudar a disminuir complicaciones. Los principales factores descritos son el uso de sistemas cerrados y la técnica estéril^{4,5,7,8}.

Las posibles complicaciones como infección y hemorragia en el lugar del cateterismo se evitaron con una técnica estéril, un periodo de drenaje inferior a 7 días y el uso de un sistema cerrado de bolsa estéril.

Además de la respuesta clínica positiva (disminución del edema), nuestra paciente estaba en tratamiento activo de quimioterapia, lo que pudo influir en la respuesta prolongada y sostenida a la linfocentesis.

Pensamos que, en pacientes adecuados y con la técnica correcta, es una opción de tratamiento para pacientes en los que las opciones tradicionales no consiguen alivio del edema y la restricción del movimiento secundaria. No hay evidencia que soporte el uso de esta técnica en el linfedema crónico.

CONCLUSIÓN

En los casos refractarios de linfedema de miembros superiores asociado a cáncer de mama, la linfocentesis podría ser una opción terapéutica para obtener mejoría del edema y la movilidad.

CONFLICTOS DE INTERESES

No existen conflictos de intereses entre los autores.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

No ha habido financiación en este estudio.

REFERENCIAS

1. Cooper-Stanton G. Chronic oedema and lymphoedema: What is the difference? *Br J Community Nurs.* 2020;25(Supl 4):S31-5.
2. Rankin J. The National Lymphedema Partnership. *Br J Community Nurs.* 2016;Suppl:S40-1.
3. MacLeod RD, van den Block L. *Textbook of palliative care.* Springer Nature Switzerland AG; 2019. p. 202-17.
4. Liao P, Rossini K, Sauls R. Upper extremity subcutaneous lymphatic drainage “lymphocentesis” for symptom relief in end-stage breast cancer. *Am J Hosp Palliat Care.* 2019;36:111-5.
5. Faily J, de Kock I, Mirhosseini M, Fainsinger R. The use of subcutaneous drainage for the management of lower extremity edema in cancer patients. *J Palliat Care.* 2007;23:185-7.
6. Clein LJ, Pugachev E. Reduction of edema of lower extremities by subcutaneous, controlled drainage: Eight cases. *Am J Hosp Palliat Care.* 2004;21:228-232.
7. Jacobsen J, Blinderman CD. Subcutaneous lymphatic drainage (lymphocentesis) for palliation of severe refractory lymphedema in cancer patients. *J Pain Symptom Manage.* 2011;41:1094-7.
8. Lam PT, Wong MS, Tse CY. Use of closed controlled subcutaneous drainage to manage chronic lower limb oedema in patients with advanced cancer. *Hong Kong Med J.* 2009;15:65-8.
9. Lee TS, Morris CM, Czerniec SA, Mangion AJ. Does lymphedema severity affect quality of life? Simple question. Challenging answers. *Lymphat Res Biol.* 2018;16:85-91.