

Edema en la extremidad inferior derecha en dos mujeres jóvenes

Arias Núñez MC

Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario de Orense

Mostramos los casos de dos mujeres, ambas de 25 años, sin antecedentes de interés ni relación de parentesco entre ellas, que consultaron por presentar tumefacción no dolorosa hasta la raíz del muslo en la extremidad inferior derecha, de reciente aparición, que mejoraba en decúbito. Negaban antecedentes de infección, traumatismo o cirugía de la zona.

La exploración física era normal, salvo la presencia de edema con fóvea en la extremidad afectada.

Los estudios complementarios realizados, que incluyeron hemograma, VSG, bioquímica (glucosa, albúmina, pruebas de función hepática y renal y hormonas tiroideas), radiografía de tórax, ecografía Doppler de extremidades inferiores y tomografía axial computerizada abdomino-pélvica, no mostraron alteraciones significativas. Se realizó una linfografía isotópica de los miembros inferiores.

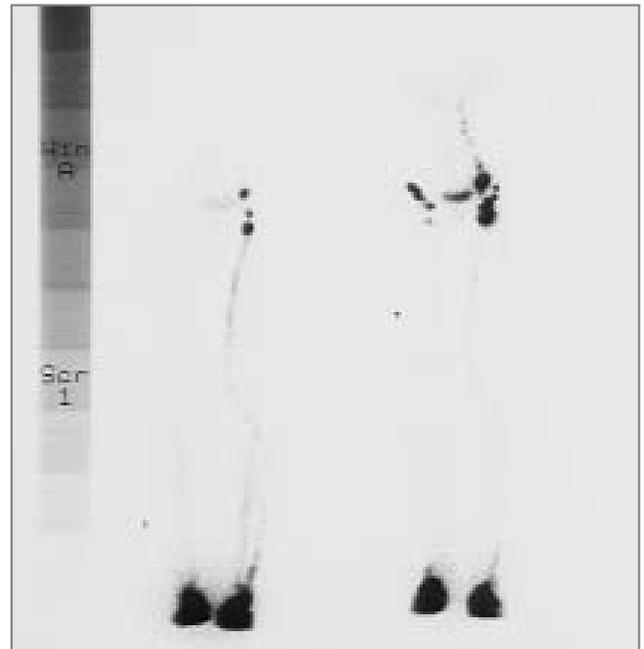
El diagnóstico definitivo fue de linfedema primario precoz.

COMENTARIO

El linfedema se define como la acumulación de linfa en los espacios intersticiales causada por un defecto en el sistema linfático. Puede ser primario (10%) o secundario (90%) a infecciones, neoplasias o procesos quirúrgicos (lo más frecuente)^{1, 2}.

El linfedema primario predomina en mujeres (más del 70%) y se clasifica en congénito (menores de 1 año), precoz (1-35 años) y tardío (mayores de 35 años). Puede deberse a ausencia (aplasia), deficiencia (hipoplasia) y/o malformaciones en la circulación linfática².

La prevalencia del linfedema primario es muy variable, dado que se trata de una patología muchas veces infradiagnosticada. Afecta sobre todo



Figuras 1 y 2. Linfografía isotópica. Hipoplasia de linfáticos.

CASO CLÍNICO

CASO CLÍNICO

a miembros inferiores y en especial al izquierdo, aunque puede ser también bilateral³.

El diagnóstico se basa en la historia clínica y el examen físico. Se confirma con técnicas de imagen como la linfografía isotópica⁴.

Las medidas terapéuticas son fundamentalmente conservadoras. Consisten en medidas de compresión,

elevación de miembros y fisioterapia para evitar las complicaciones a largo plazo (elefantiasis)⁵. A pesar de ser una práctica muy habitual, no está indicado el empleo de diuréticos⁶.

En definitiva, ante un paciente con edema, sobre todo unilateral, debemos considerar entre los diagnósticos diferenciales el linfedema primario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mortimer PS. American Cancer Society Lymphedema Workshop: the pathophysiology of lymphedema. *Cancer* 1998;83(Suppl):2798-802.
2. Tiwari A, Cheng K, Button M. Differential diagnosis, investigation, and current treatment of lower limb lymphedema. *Arch Surg* 2003;138:152-61.
3. Roy H, Bhardwaj S, Ylä-Herttuala. Biology of vascular endothelial growth factors. *FEBS Lett* 2006;580:2879-87.

4. Mortimer PS. ABC of arterial and venous disease: swollen lower limb-2: lymphoedema. *Br Med J* 2000;24:1030-40.
5. Kerchner K, Fleischer A, Yosipovitch G. Lower extremity lymphedema. Update: Pathophysiology, diagnosis and treatment guidelines. *J Am Acad Dermatol* 2008;59:324-31.
6. Ely JW, Osheroff JA, Chambliss ML. Approach to leg edema of unclear etiology. *J Am Board Fam Med* 2006;19:148-60.