

*Herrlichen Grusse dem Herrn Kollegen  
Von Hans Vogt*

## LA FISTULA LINFATICA POSTOPERATORIA DE LA EXTREMIDAD INFERIOR

Por los Doctores KRAUSE, E. y VARADY, Z.

Fundamentalmente pueden originarse fístulas linfáticas al ser seccionado un vaso de caudal linfático relativamente intenso. En la extremidad inferior se dará el caso en el cordón linfático epifascial medial, y en la región inguinal en la conexión de los sistemas linfáticos superficial y profundo. Estos vasos linfáticos conducen a los conocidos y numerosos ganglios linfáticos situados en la región inguinal. Con motivo de una herida o incluso al proceder a la extirpación de los ganglios linfáticos pueden originarse fístulas si no se atienden correctamente las conexiones linfáticas. Esta zona es especialmente propensa si se han producido con anterioridad inflamaciones que hayan endurecido y friabilizado el tejido.

En la parte medial del muslo y en la región inguinal se lleva a cabo el mayor número de intervenciones quirúrgicas en vasos sanguíneos. Al ser dañados pequeños vasos linfáticos se produce una estasis por coagulación. Si el daño se ocasiona en un vaso linfático de gran corriente puede producirse una fístula o un quiste linfático.

Al operar en la región inguinal se debe prestar especial atención, pues pueden ser dañados un gran número de vasos y ganglios linfáticos.

Entre nuestros pacientes podemos contar aproximadamente un 2 % con una fístula linfática, originada casi siempre por una intervención arterial. La mayor parte de las veces se dan en la región inguinal. Hay que resaltar que entre nuestros pacientes solamente se produ-

jeron dos fístulas linfáticas en 2.000 operaciones de várices llevadas a cabo en forma no traumática. Ambas fístulas se localizaron en la parte distal medial del muslo. Una de ellas curó con vendajes compresivos, la otra hubo de ser intervenida con ligaduras de puntadas circunvalares.

El diagnóstico es sencillo de llevar a cabo:

De la herida operatoria sale un líquido claro al separar los bordes pegados de la misma, que no presenta infección microbiana ni se observan gérmenes de ningún tipo. Se produce así una fístula linfática con secreción que puede perdurar largo tiempo.

Un quiste linfático se produce cuando la herida permanece cerrada, formándose una hinchazón concéntrica pero sin carácter inflamatorio.

Para proceder a probar la existencia de una fístula linfática se puede inyectar por vía subcutánea una solución de azul patante al 11 % en la parte dorsal del pie. La linfa que segrega después la herida presenta coloración azulada.

La infección secundaria de la fístula linfática podrá producir la ruptura séptica, por ejemplo, de un vaso arterial reconstruido. La propia fístula linfática no acarrea por regla general mayores complicaciones.

Entre 472 pacientes de operaciones con reconstrucción arterial en las extremidades inferiores se produjo una infección en el 1,27 % de los casos, de los cuales el 0,3 % presentaban secreción linfática. Los vasos arteriales mostraban

por regla general desgarros; una amputación no fue, sin embargo, necesaria y diversas formas de reoperación condujeron a la curación.

Para evitar la fístula y el quiste linfáticos con sus complicaciones **lo mejor a nuestro entender es la profilaxis**. La incisión en la región inguinal deberá respetar el aparato linfático, al igual que la incisión en la parte medial del muslo.

El tratamiento de la fístula linfática es sencillo:

Compresas estériles y protección de los bordes de la herida con preparados de cinc conducen en término de 14 a 21 días al corte de la secreción por granulación de la herida.

Los quistes linfáticos suelen resistirse a un tratamiento conservador, como por ejemplo la punción. En el fondo de estos quistes se hallan uno o más orificios, cuya existencia se puede probar son solución azul. Se intervendrán con ligaduras de puntadas circunvalares, decortificando el quiste.

### Conclusiones

Para impedir las fístulas linfáticas postoperatorias es necesario realizar una adecuada incisión inguinal, evitar el manejo operatorio y ligar los vasos linfáticos de mayor calibre.

En caso de aparición de una fístula una curación aséptica es suficiente. Un quiste linfático puede ser tratado por punción o mejor por suturas selectivas después de su reconocimiento por el colorante adecuado.

### Resumen

Profilaxis: 1) corte óptimo; 2) operación atraumática; 3) ligadura del vaso linfático.

Terapia: 1) compresa estéril; 2) venda elástica compresora; 3) punción; 4) ligaduras de puntadas circunvalares.

### Resumen

Pour empêcher les fistules lymphatiques post opératoires il faut réaliser une incision inguinale convenable, éviter l'at-

touchement opératoire et lier les vaisseaux lymphatiques de majeur diamètre.

Dans le cas d'une apparition de fistule, une guérison aseptique est suffisante. Un kyste lymphatique, el peut être traité par ponction ou meilleur par sutures sélectives après sa reconnaissance par le colorant convenante.

### Summary

To avoid postoperative lymphatic fistules it is necessary to perform an adequate incision in the groin, to operate atraumatically and do ligatures to the major lymphatic vessels.

In case of appearance of a fistule normally sterile bandages are sufficient. A lymphatic cyst can be treated by puncture or better by selective suture after tracing by patent-blue-dye.

### BIBLIOGRAFIA

1. Fischer, R.: Operative Behandlung der primären Varikosis, Indikation und Technik. Therap. Umschau, 26:212-220, 1969.
2. Flora, G.; G. Hilbe: Komplikationen nach Varizenoperationen durch Stripping. Zbl. Phlebologie, 2:330-340, 1967.
3. Földi, M.; N. Klüken; M. Collard: Praxis der Lymphgefäß und Venenerkrankungen. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, 1974.
4. Hohlbaum, G. C.: Die ambulante Varizenoperation. Aus: Phlebologie und Proktologie. 4. Jahrgang Nr. 2, Juli 1975. F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart.
5. Krieger, K.: Ein Erfahrungsbericht aus der Plastisch-kos-metischen Venenchirurgie unter besonderer Berücksichtigung der Lokalanästhesie. Med. Welt (N. F.), 15:1736-1738, 1964.
6. May, R.: Chirurgie der Bein- und Beckenvenen. Thieme, Stuttgart, 1973.
7. Nabatoff, R. A.; D. C. C. Stark: Complete Stripping of Varicose Veins with the Patient on an Ambulatory Basis. Amer. J. Surg. N. S., 124:634-636, 1972.
8. Pirner, F.: Erfahrungen bei 60.000 Babcock Operationen. Zbl. Phlebologie, 5:96, 1966.
9. Pirner, F.: Erfahrungen mit ambulanter Durchführung von Varizenoperationen. Zbl. Chir., 91:734-739, 1966.
10. Waibel, P.: Operative treatment of varicose veins. Prog. Surg., 11:1-36, 1973.