

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

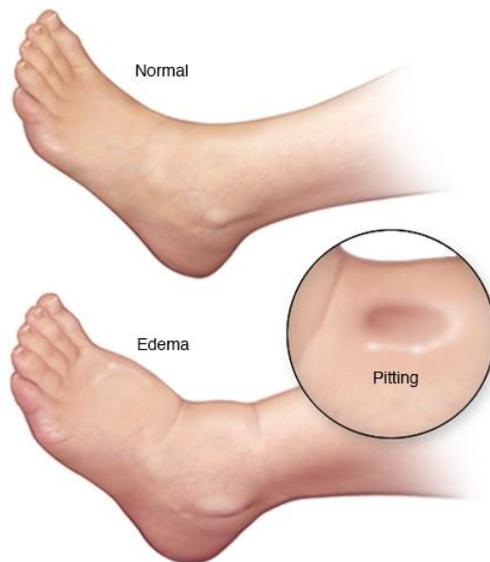
SEXTO SEMESTRE.

ASIGNATURA: MEDICINA PALIATIVA.

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

CUARTO PARCIAL.

TEMA: EDEMA.



TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.

EDEMA

El edema es un exceso de líquido en los tejidos corporales. La mayoría de este líquido se encuentra en los espacios intersticiales, pero normalmente existe un exceso de líquido tanto en el lecho vascular como en las células. La ascitis y el hidrotórax son en ocasiones considerados formas especiales de edema, en las que el exceso de líquido se acumula en las cavidades peritoneales o pleurales, respectivamente. *Anasarca* es el término utilizado para el edema generalizado grave.

Aunque el edema leve o moderado de las piernas y la parte inferior del tronco son frecuentes al final de la vida, el edema masivo es más infrecuente. El edema de una extremidad superior sólo se asocia generalmente a un carcinoma ipsilateral de la mama.

La prevalencia está relacionada con 1) la extensión de la enfermedad primaria y su afectación de los ganglios linfáticos de drenaje; 2) el tipo de cirugía, tanto al inicio como posteriormente, y 3) el tratamiento adyuvante utilizado, tanto en radioterapia como en quimioterapia. La enfermedad en la axila, la linfadenectomía y la radioterapia dan lugar a una incidencia del 30% de edema del brazo en estas mujeres.

PATOLOGIA: Puede haber edema en una o ambas piernas; en el último caso, los genitales generalmente también están afectados. Este tipo de edema se asocia invariablemente a neoplasias pelvianas (útero, vejiga, próstata, recto). Se produce bien porque existe ya una afectación extensa de los ganglios linfáticos o porque la enfermedad ha sido tratada mediante cirugía, linfadenectomía y radioterapia posquirúrgica intensivas. La incidencia del edema, según varios estudios comunicados por Williams y cols Normalmente, la circulación continua del agua corporal requiere las siguientes condiciones:

1. Un corazón normal para bombear la circulación. En la insuficiencia cardíaca congestiva puede producirse edema.
2. Vasos sanguíneos normales para permitir el flujo adecuado y la difusión de agua a nivel capilar. La obstrucción venosa como consecuencia de un trombo o de la

presión tumoral o el aumento de la permeabilidad capilar (p. ej., tóxicos, alergias) producen edema.

3. Intercambio de agua y solutos extracelulares e intracelulares para la nutrición y excreción de los productos de desecho.

4. Un sistema linfático funcionando para la eliminación de proteínas del espacio intersticial y su devolución al sistema vascular. El sistema linfático puede ser bloqueado por un tumor, una infección (p. ej., filariasis), una cirugía, radioterapia o una anomalía congénita.

5. Solutos adecuados en el agua corporal para mantener presiones osmóticas apropiadas entre los espacios intravascular e intersticial y entre el intersticial y el intracelular. Estos solutos incluyen electrólitos y proteínas plasmáticas. La disminución de las proteínas plasmáticas puede deberse a la pérdida de las mismas por la orina (síndrome nefrótico), a quemaduras o heridas o a la incapacidad para sintetizar proteínas en la enfermedad hepática o la malnutrición grave. En esta circunstancia, la presión osmótica coloidea del plasma disminuye, lo cual causa un aumento de la filtración capilar y un exceso de líquido en los espacios intersticiales.

6. Riñones y vías urinarias normales para excretar el agua, los electrólitos y otros productos de metabolismo no necesarios.

El edema puede ser la consecuencia de una alteración en uno o más de estos factores. Al final de la vida, la causa es invariablemente multifactorial.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El diagnóstico clínico no es difícil. La anamnesis mostrará que una enfermedad o su tratamiento han dado lugar a síntomas y signos de edema. El paciente referirá que se ha inflamado una pierna, o que ya no le sirve un zapato. Más tarde, cuando el edema se convierte en masivo y se extiende a los genitales y el abdomen, el diagnóstico es obvio. Con frecuencia es un signo de enfermedad terminal. La piel está tirante y presenta fovea, con frecuencia hasta el ombligo. Pueden apreciarse placas de enrojecimiento debido a la extravasación de eritrocitos a través de los capilares lesionados o debido a infección. En ocasiones se produce una «supuración» de líquido claro, acuoso (linforrea). El paciente puede referir dolor y pesadez e incapacidad para utilizar la extremidad. El paciente o un cuidador pueden

tener que elevar la pierna en la cama. Un brazo edematoso secundario a un cáncer de mama con frecuencia es doloroso, pesado e inútil.

Los antecedentes de melanoma maligno o de cáncer de genitales externos asociados a linfadenectomía inguinal bilateral pueden producir un edema masivo de piernas y genitales.

DIAGNOSTICO: Las pruebas diagnósticas incluyen una determinación de la concentración plasmática de proteínas. Ésta generalmente es baja. Una tomografía computarizada abdominal y pelviana puede mostrar una compresión o una obstrucción de la vena cava inferior y abundantes adenopatías retroperitoneales. En ocasiones puede haber ascitis, y su drenaje puede aliviar el edema concomitante en las extremidades inferiores. Puede haber adenopatías en la pelvis, especialmente en pacientes con neoplasias pelvianas primarias.

TRATAMIENTO

Incluso en casos leves o moderados, el tratamiento puede ser difícil y requiere mucho tiempo. Cuando se produce un edema en las fases precoces de la enfermedad, el tratamiento debe ser agresivo si se quiere controlar. El tratamiento es mecánico. Se recomienda la elevación de la extremidad. La movilización pasiva y activa de la extremidad estimula el «componente muscular» del drenaje linfático. De forma simultánea, o tan pronto como se obtenga cierta reducción en el volumen de la extremidad, deben utilizarse vendajes compresivos. Si este tratamiento inicial no es satisfactorio, se requiere un tratamiento descongestionante completo (TDC). El TDC comprende técnicas de masaje seguidas de vendaje y generalmente requiere los servicios de fisioterapeutas expertos especializados en este tema. Muchos pacientes cercanos al final de su vida son incapaces de tolerar un TDC; además, si el edema se convierte en masivo, el TDC es ineficaz.

Bibliografía: Lawrence J. Clein. (2010). EDEMA. En Medicina paliativa de Walsh (881-886). ESPAÑA: ELSEVIER.