

## Cas 2021.6

# Lactant de 4 mesos amb edema unilateral de la cama esquerra d'un mes i mig d'evolució

M. Àngels Pascual-Ibáñez<sup>1</sup>, Isabel Vives-Oñós<sup>1</sup>, Pedro José Plaza-López<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Servei de Pediatria i <sup>2</sup> Servei de Medicina Nuclear. Hospital QuirónSalud Barcelona. Barcelona

Lactant de 4 mesos que consulta per edema intermitent de la cama esquerra des de fa un mes i mig, que se soluciona de forma espontània en 1-2 dies, i que ha motivat diverses consultes a urgències d'un altre centre, on se li han practicat radiografia d'ambdues extremitats inferiors i ecografia de malucs, totes dues normals.

És un tercer fill nascut sa. Com a antecedent, expliquen èctasi pièlica prenatal sense cap altra alteració. Fa lactància materna i fins al moment no ha presentat cap problema.

Els pares expliquen que l'edema apareix sobtadament i ocupa tota la cama, és més important al peu, que queda rígid i sembla que molesta al nen, que es mostra irritable durant l'episodi.

Durant la visita a la consulta, el lactant mostra un bon estat general, constants normals, bon desenvolupament i una exploració física totalment normal, ja que en aquest moment no presenta edema d'extremitats.

El dia abans de la visita havia estat valorat a urgències del nostre centre. En l'exploració física destacava només un discret edema de l'extremitat esquerra, sense compromís vascular, amb la resta normal (Fig. 1). Es va fer una ecografia de parts toves de la zona afectada que es va informar com a moderat engruiximent i trabeculació del teixit cel·lular subcutani del peu esquerre, sense vessament articular.

Quin és el seu diagnòstic?



Fig. 1. Edema unilateral de cama esquerra, més evident al dors del peu.

Correspondència: M. Àngels Pascual-Ibáñez  
Pl. Alfonso Comín, 5. 08023 Barcelona  
angels\_pascual@yahoo.es

Treball rebut: 10.11.2020  
Treball acceptat: 16.02.2021

Pascual-Ibáñez MA, Vives-Oñós I, Plaza-López PJ.  
Lactant de 4 mesos amb edema unilateral de la cama esquerra d'un mes i mig d'evolució.  
Pediàtr Catalana. 2021;81(2):87-8.

## Discussió

L'exploració del nen mostra un lactant sa que en el moment de la visita no presenta edema de l'extremitat afectada, però la família es mostra inquieta ja que han consultat en diverses ocasions a urgències, en l'últim mes i mig quan s'ha presentat la simptomatologia aguda.

En l'anamnesi la família nega antecedents familiars similars.

Els símptomes són intermitents, i durant el període asimptomàtic les extremitats del nen tenen un aspecte i una mobilitat normals.

Aquesta simptomatologia sense afectació vascular, ja que l'extremitat manté bona perfusió, amb coloració i temperatura normals, juntament amb l'edema amb fòvea que desapareix totalment de forma espontània, fa pensar en una alteració de la circulació profunda, limfàtica, ja que podem descartar per la clínica i l'evolució del procés, patologies agudes com cel·lulitis, traumatismes o trombosis venoses profundes.

Se sol·licita al Servei de Medicina Nuclear programar una gammagrafia limfàtica (Fig. 2), que ens confirma el diagnòstic.

**Diagnòstic final: Limfedema congènit primari.**

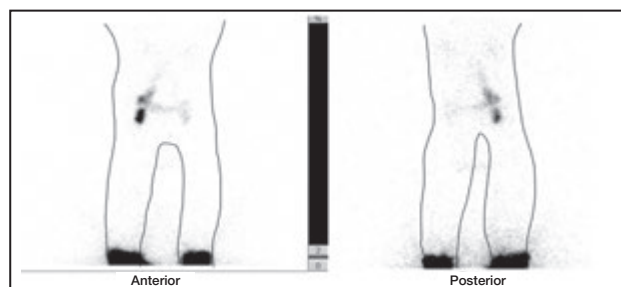


Fig. 2. Imatge de la limfogammagrafia 45 minuts després de la injecció. Significatiu retard del drenatge limfàtic a l'extremitat inferior esquerra (vista anterior i posterior).

## Comentari

El limfedema és l'acumulació de fluid ric en material proteic a l'interstici, secundari a anomalies en el sistema de transport limfàtic. Independentment de l'etiologia, es pot manifestar com a edema tou amb fòvea que pot progressar a un edema organitzat, ja sense fòvea i amb creixement irreversible de l'extremitat, fibrosi progressiva, obstrucció dels vasos limfàtics i cel·lulitis de repetició<sup>1-3</sup>.

N'hi ha de dos tipus: el limfedema primari és degut a alteracions congènites del sistema limfàtic que es poden manifestar des del naixement, a partir de la pubertat o més tard. Està considerat una malaltia rara per

l'OMS i pot ser hereditari (herència autosòmica dominant, malaltia de Milroy<sup>4</sup>); el limfedema secundari o adquirit, molt més freqüent, que és conseqüència del dany als vasos limfàtics per trauma, tractament d'una neoplàsia, cirurgia o infecció.

La limfogammagrafia isotòpica és la prova diagnòstica d'elecció. Es tracta d'un mètode fàcil, reproduïble i segur. Consisteix a injectar via intradèrmica o subdèrmica als espais interdigitals de l'extremitat que es vol estudiar una macromolècula amb un traçador, del qual se'n fa el seguiment. Es practica a totes dues extremitats per utilitzar la contralateral com a model de normalitat, atesa la variabilitat del sistema limfàtic.

En aquest cas, la limfogammagrafia mostra drenatge limfàtic de l'extremitat inferior dreta normal, amb alteració greu del drenatge limfàtic de l'extremitat inferior esquerra, amb absència de visualització dels ganglis limfàtics inguinals i ilíacs esquerres.

Reinterrogant els pares, recorden que l'àvia i un tiet per part paterna sempre «han patit de les cames», i que tenien una extremitat «inflada» de forma habitual. El limfedema congènit primari pot tenir causa hereditària (malaltia de Milroy).

El tractament del limfedema és conservador, individualitzat i per sempre<sup>5</sup>. Actualment no hi ha tractament curatiu. Els objectius principals es basen a disminuir-ne el volum, reduir els símptomes i evitar les complicacions.

La teràpia del limfedema comprèn una sèrie de mesures que es complementen entre si: sessions de drenatge limfàtic manual i benes compressives a les extremitats inferiors durant els primers anys de vida i, posteriorment, mitges de compressió fetes a mida, així com el tractament precoç de les complicacions. No hi ha un tractament definitiu i aquestes mesures preventives i de suport han de ser de per vida.

## Bibliografia

1. Puigdemívol C, Alonso B. ¿Qué es el linfedema? Datos epidemiológicos, etiopatogenia y factores de riesgo. A: Puigdemívol C, Alonso B, ed. Guía de Práctica Clínica. Orientación Diagnóstica y Terapéutica del Linfedema. Madrid: Capítulo Español de Flebología y Linfología (CEFYL) / Editores Médicos SA; 2017. Accessible a la xarxa [data de consulta: 19-09-2020]. Disponible a: [https://www.mision-compresion.es/upload/publicaciones/PDF3\\_Guia-linfedema-segunda-edicion-2017\\_439.pdf](https://www.mision-compresion.es/upload/publicaciones/PDF3_Guia-linfedema-segunda-edicion-2017_439.pdf).
2. Asociación Española de Linfedema. ¿Qué es un Linfedema? Accessible a la xarxa [data de consulta: 14-10-2020]. Disponible a: <https://aelinfedema.org/pacientes>.
3. Carreira Sande N, Rodríguez Blanco MA, Martín Morales JM, González Alonso N, Dosal Gallardo S, Cea Pereiro C. Linfedema primario precoz: una entidad a tener en cuenta. An Pediatr (Barc). 2010;73(6):366-75.
4. Urbaneja Rodríguez E, Garrote Molpeceres R, Pino Vázquez MA, González García H. Linfedema congénito secundario a enfermedad de Milroy. An Pediatr (Barc). 2017;86(3):169-70.
5. Pereira N, Koshima I. Linfedema: actualización en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico. Rev Chil Cir. 2018;70(6):589-97.