

OBSERVACIONES A PARTIR DE 1950 CASOS DE LINFEDEMAS DE LAS EXTREMIDADES TRATADOS CON TERAPIA DESCONGESTIVA COMPLEJA METODO FÖLDI (TDCMF)

Por **Dr. Salvador Nieto**

RESUMEN

La Terapia Descongestiva Compleja (TDC) ha sido utilizada por muchos profesionales médicos para el tratamiento de las extremidades con linfedema pero los resultados eran tan disímiles que era difícil encontrar una explicación razonable. Pudimos observar que la TDC era realizada de diferentes -y a veces hasta opuestos- modos.

En 1991 describimos, en París, la particular manera de realizar la TDC que había desarrollado el Prof. Michael Földi y lo denominamos Terapia Descongestiva Compleja Método Földi (TDCMF).

Entre 1988 y 2006 fueron tratados 1950 miembros afectados de linfedema.

En este trabajo describimos la TDCMF y mostramos los resultados que se pueden obtener con su práctica.

La evaluación de los resultados en el corto y mediano plazo nos permite demostrar la efectividad de este método en el tratamiento de los linfedemas de las extremidades en cualquier estadio de la enfermedad.

Es así que, en nuestra experiencia, la TDCMF es el tratamiento de elección para los pacientes afectados de linfedema primario o secundario de las extremidades.

ABSTRACT

Complex Decongestive Physiotherapy has been used by many physicians to treat limb lymphedemas but results were so different that did not have a reasonable explanation. We could observe that CDP was performed in different –sometimes opposite- way.

In 1991 we described, in Paris, the specific mode of therapy developed by Prof. M. Földi and called it Complex Decongestive Physiotherapy Földi Method (CDPFM).

1950 lymphedematous limbs have been treated between 1988 and 2006.

In this paper, we described CDPFM and show the results that we can obtained using it.

The assessment of short and long-term outcomes allows us to demonstrate the effectiveness of this method in the treatment of extremity lymphedemas at any stage of the disease.

So, in our experience, CDP Földi Method is the treatment of choice for patients with chronic primary or secondary limb lymphedema.

INTRODUCCION

Más de 4500 extremidades con linfedema, tanto primario como secundario, fueron examinadas en nuestros consultorios entre 1988 y 2006. 1950 miembros superiores e inferiores afectados por linfedemas primarios o secundarios fueron tratados mediante la Terapia Descongestiva Compleja Método Földi (TDCMF) en ese lapso.

La importancia de esta serie es que todas las extremidades fueron tratadas con el mismo método. Esto permite una estimación precisa del valor de este sistema terapéutico.

Para la apreciación de los resultados integrales del TDCMF nos es de gran utilidad lo que denominamos, en trabajos anteriores, Criterios de Mejorabilidad y que son:

- 1.- Reducción circunferencial
- 2.- Reducción de la dureza de los tejidos (fibrosis, esclerosis)
- 3.- Mejoramiento de la movilidad de los miembros
- 4.- Disminución del número de episodios de erisipela/linfangitis

Definimos la TDCMF en el transcurso del XIII Congreso Internacional de Linfología (París, 1991), en el entendimiento de que bajo el título "Terapia Descongestiva Compleja" existía un gran número de diferentes formas de ejecutarla, pero la metodología empleada por Földi era diferente a todas ellas.

La TDCMF es un sistema terapéutico secuencial que se lleva a cabo, en nuestra práctica, en 3 fases:

- Fase Intensiva
- Fase Mantenimiento Asistido
- Fase Mantenimiento Personal

Fase Intensiva

Constituye la etapa inicial, substancial e imprescindible del tratamiento y tiene una duración de cuatro semanas en su forma regular. En este período, en general, se logran, en el menor tiempo, los resultados cuali-cuantitativos más importantes.

Cuatro son los procedimientos básicos que componen esta etapa:

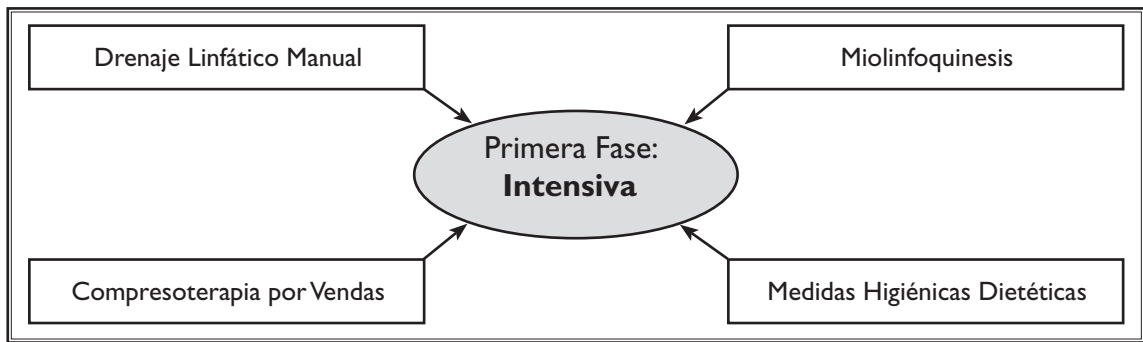
1) **Miolinfoquinesis.** Neologismo linfedematológico que inauguramos en el XIII Congreso Internacional de Linfología ("The effectiveness of Földi's Method in Lymphedematology", París, 1991). Es "mover los músculos que mueven la linfa" mediante prácticas físicas ad hoc. Siendo el músculo el elemento preso-acelerador primordial de la circulación linfática, su función se ve perturbada de hecho –tanto más cuanto más avanzado es el estadio de la enfermedad– por la asfixiante opresión a que es sometido por el contexto graso linfedematoso. En los cuadros severos la hipotrofia muscular es muy marcada. La miolinfoquinesis intenta rescatar la función perdida o, al menos, alterada.

2) **Linfovaciado linfedematerápico.** Con este nombre reemplazamos al de "drenaje linfático" terapéutico, que ha sido empleado con tal generosidad que hoy ya es difícil definirlo con precisión. Esta técnica es, de origen, de gran complejidad y necesita de un conocimiento acabado para su ejecución. Persigue objetivos concretos que han sido muy claramente delineados por su creador, el cirujano Winiwarter, de Alemania, en 1892.

Un elemento distintivo de esta técnica es el ordenamiento de sus movimientos en sentido próximo-disto-proximal. También es de fundamental importancia para el operador conocer las vertientes linfáticas, siendo para ello de inestimable valor los esquemas de Kubik y los de Caplan-Ciucci.

3) **Compreso-expresión regulada (mediante vendajes primero y luego medias o mangas).** Los vendajes deben ser realizados, en nuestra opinión, por el propio médico especialista tratante o por personal fehacientemente entrenado para ello. No dejamos que el paciente ni personas no preparadas efectúen vendajes. Es de la mayor importancia respetar el gradiente de presión que constituye la esencia del bandage. Bien decía nuestro querido amigo, ya desaparecido, John Casley-Smith: es menos perjudicial no tener vendaje que tener uno mal hecho.

4) **Medidas higiénico-dietéticas.** El fin es evitar el exceso de grasa y lesiones de piel que permitan la entrada de elementos capaces de provocar infecciones.



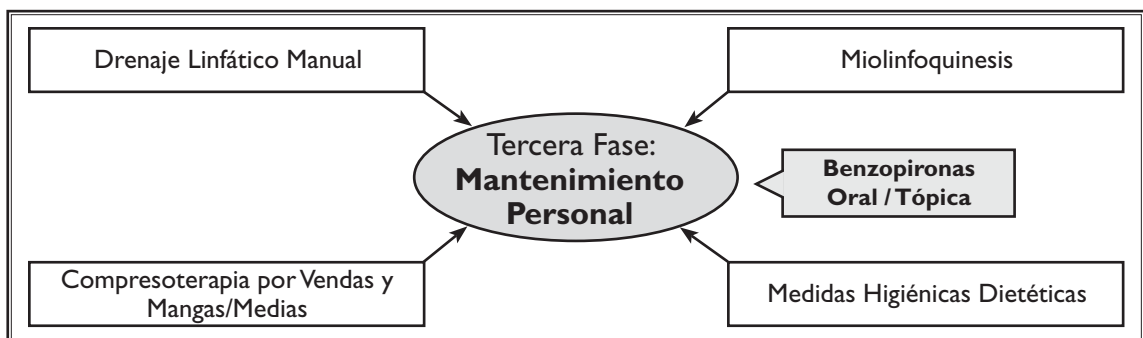
Va de suyo que cada componente del Método Földi debe estar integrado sistemáticamente a los demás. La práctica aislada de dichos componentes es, en nuestra opinión, inefectiva, siempre que se trate un linfedema fehacientemente diagnosticado.

Fase de Mantenimiento Asistido. También dura cuatro semanas en su forma regular y constituye, de hecho, un período de transición donde en la primera parte de la semana se llevan a cabo procedimientos similares a los de la Fase Intensiva, pero en la segunda el paciente actúa del mismo modo que lo hará cuando ya pase, definitivamente, al ciclo subsiguiente.



Fase de Mantenimiento Personal. El paciente debe realizar por sí mismo prácticas sencillas de mio-linfoquinesis (para lo cual se lo instruye) y usa en forma permanente mangas o medias, según sea el caso, hasta tanto se indique lo contrario. Además se apoya farmacológicamente con benzopironas. Földi no las utiliza pero nosotros pensamos que en esta fase es una ayuda. Creemos que hay que darle una significación adecuada en tanto las utilizamos como una medida complementaria.

La duración de esta fase depende de la evolución de la enfermedad y por ello decimos que es por tiempo indeterminado.



Como ya dijimos, la Fase Intensiva es obligatoria en tanto que las demás son pasibles de modificaciones o supresiones de acuerdo a la valoración del médico tratante.

El control de la evolución en el post-tratamiento es realizado, estrictamente, en forma periódica.

La TDCMF ha demostrado ampliamente su efectividad en el corto plazo en la mayor parte de los miembros tratados y lo mismo podemos decir que acontece en el largo plazo aunque, desafortunadamente, en este último punto el seguimiento de los enfermos tratados se torna más difícil porque en el transcurso del tiempo se pierde el contacto con una parte importante de ellos debido a diferentes causas; el óbito, particularmente en aquellos enfermos con cáncer, es uno de los más frecuentes.

En la actualidad hemos incorporado a la TDCMF otras prácticas que han optimizado los resultados:

Area de Asistencia Psicológica (AAP): en los últimos tiempos hemos observado que, al menos en nuestra experiencia, la carga emocional de los pacientes con linfedemas ha aumentado considerablemente, exigiendo del equipo tratante una intensa labor de contención psicológica para la cual no está entrenado técnicamente.

De ahí la necesidad de integrar la psicología al TDCMF y los beneficios obtenidos hasta el momento han sido verdaderamente satisfactorios. En este sentido, la utilización de la escala HADS nos ha permitido disponer de un método evaluativo de alta calidad.

Por otro lado, estamos tratando de justipreciar la influencia de la asistencia psicológica en la recuperación inmunológica de los pacientes con linfedema.

Area de Asistencia Nutricional (AAN): con la intención evitar los sobrepesos y, esencialmente, de disminuir tanto como sea posible el tejido de impacto del linfedema, es decir, el tejido celular subcutáneo, estamos aplicando programas alimentarios que ayuden a controlar el peso y mejorar la vitalidad y constitución de dichos tejidos. Para ello utilizamos productos nutricionales diseñados para necesidades específicas como lo requiere el tratamiento del linfedema.

Láser: es de gran utilidad cuando estamos en presencia de un linfedema en los estadios correspondientes a las fases fibrosa o fibroesclerosa.

RESULTADOS OBTENIDOS MEDIANTE LA TDCMF

Caso I



Caso Ia - 16/07/1991



Caso Ib - 15/08/1991



Caso Ic - 11/11/1991
Post resección
de exceso de piel

Caso 2



Caso 2a - 21/08/1991



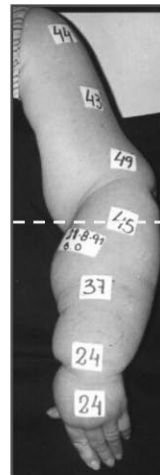
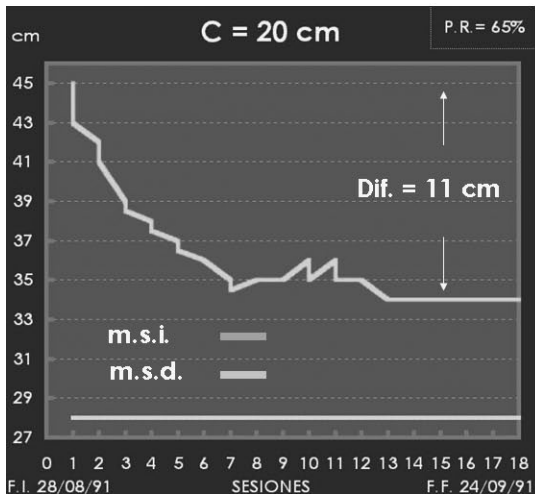
Caso 2b - 24/09/1991



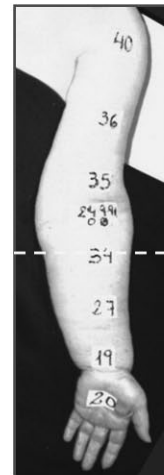
Caso 2c - 15/09/1997



Caso 2d - 10/09/2001



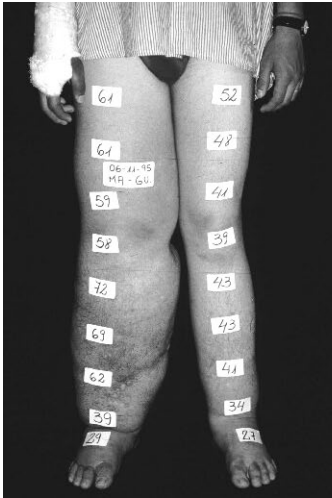
21/08/1991



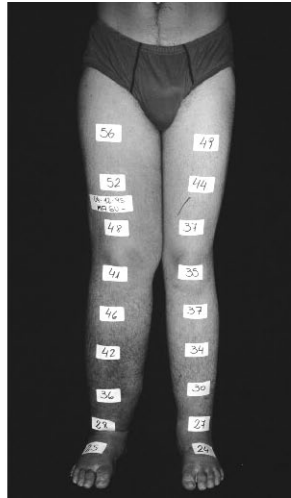
24/09/1991

Br. Ol. - 68 años. Resultado final de la Fase Intensiva

Caso 3



Caso 3a - 6/11/1995



Caso 3b - 4/12/1995



Caso 3c - 18/05/1998

COMENTARIO FINAL

Los estudios en el corto y en el largo plazo en un número representativo de linfedemas de las extremidades, como ya lo hemos hecho en numerosos trabajos anteriores, nos permiten considerar a la TDCMF como el método terapéutico de elección para el linfedema.

El aporte de nuevas tecnologías y el apoyo de otras especialidades van conformando, lenta pero firmemente, un escenario terapéutico más espacioso que, sustentado por la TDCMF, favorecerá, progresivamente, resultados cada vez más auspiciosos.

BIBLIOGRAFIA

1. Andrade MFC, Andrade MAC, Puech-Leão P: Conservative treatment of limb lymphedema in outpatients. Results according to clinical features. *Lymphology* 1998;31(Suppl):265-7.
2. Andrade MFC: Diagnóstico E Tratamento Clínico Do Linfedema Dos Membros. *Diagnosis And Conservative Treatment Of The Lymphedema Of the limbs*. *Cir Vasc Angiol* 2001;3:117-120.
3. Boris M, Weindorf S, Lasinski B: Persistence of lymphedema reduction after noninvasive complex lymphedema therapy. *Oncology (Huntington NY)* 11(1): 99-109, 1997.
4. Brennan MJ, Miller LT: Overview of treatment options and review of the current role and use of compression garments, intermittent pumps and exercise in the management of lymphedema. *Cancer* 1998;83:2821-7.
5. Brennan MJ: Lymphedema following the surgical treatment of breast cancer: a review of pathophysiology and treatment. *Journal of Pain and Symptom Management* 7(2): 110-116, 1992.
6. Bruna, Josef, Tipos y clasificación de Linfedemas, in *Rivista "Linfologia"*, aprile 1998.
7. Casley Smith, J.R.; Casley Smith, J.; "High-protein oedemas and Benzo-pyrones". J.B. Lippincott Company. Sidney, 1986.
8. Casley-Smith JR, Casley-Smith JR: *Modern Treatment for Lymphoedema*. Adelaide, University of Adelaide Press, 1994.
9. Casley-Smith JR, Casley-Smith JR: Modern treatment of lymphoedema. I. Complex physical therapy: the first 200 Australian limbs. *Australasian Journal of Dermatology* 33(2): 61-68, 1992.
10. Casley-Smith JR, Morgan RG, Piller NB: Treatment of lymphedema of the arms and legs with 5,6-benzo-(alpha)-pyrone. *N Engl J Med* 1993;329:1158-63.
11. Ciucci, JL.: Anatomía del Sistema Linfático. *Memorias del Symposium ZYMA sobre Linfedema*. V Congreso de la Sociedad Panamericana de Flebología y Linfología, 21 de Mayo de 1992, Buenos Aires (Argentina). Ed. ZYMA S.A. Barcelona, 1993.
12. Cohen SR, Payne DK, Tunkel RS. Lymphedema: strategies for management. *Cancer*. 2001 Aug 15;92(4 Suppl):980-7

13. Comitè Ejecutivo de la Sociedad Internacional de Linfología, Consenso en el diagnóstico y tratamiento del linfedema, (I.S.L.), pag. N° 37, in Rivista "Linfologia", novembre 1995.
14. Daane S, Poltoratszy P, Rockwell WB: Postmastectomy lymphedema management: evolution of the complex decongestive therapy technique. *Annals of Plastic Surgery* 40(2): 128-134, 1998.
15. Földi E, Foldi M, Weissleder H: Conservative treatment of lymphoedema of the limbs. *Angiology* 36(3): 171-180, 1985.
16. Földi, E.; Földi, M.: *Textbook of Lymphology*. Urban & Fisher Verlag, München, 2003.
17. Földi E, Sauerwald A, Hennig B. Effect of complex decongestive physiotherapy on gene expression for the inflammatory response in peripheral lymphedema. *Lymphology*. 2000 Mar;33(1):19-23.
18. Földi E. The treatment of lymphedema. *Cancer* 1998 Dec 15;83(12 Suppl American):2833-4
19. Földi E. Treatment of lymphedema and patient rehabilitation. *Anticancer Res*. 1998 May-Jun;18(3C):2211-2
20. Földi M. Lymphology today. *Angiology* 1983;34:84-90.
21. Földi, E.; Földi, M.: *Physiothérapie Complexe Décongestive*. Éditions Frison-Roche, Paris, 1993.
22. Földi, M.: Conferencias dadas en el I y el II Simposio Internacional Sobre Linfedema. Buenos Aires, Argentina, 1988-1990.
23. Gallagher PG. Postmastectomy edema and recurrent cellulitis: Prevention and treatment. *Vasc Surg* 1986;20(6):368-86.
24. Gerasimenko VN. A complex of conservative rehabilitation measures in postmastectomy edema. *Vopr Onkol* 1990;36(12):1479-85.
25. Godoy JM, Batigalia F, Godoy M de F. godoyjmp@riopreto.com.br. Preliminary evaluation of a new, more simplified physiotherapy technique for lymphatic drainage. *Lymphology*. 2002;35(2):91-3
26. Grandval, C.; Nieto, S.: "Metodología de estudio de los linfedemas postmastectomías". VII Congreso Argentino de Flebología y Linfología. Carlos Paz, Córdoba, 1985.
27. Guedes Neto HJ, Andrade MFC: O diagnóstico e tratamento do linfedema periférico. *Cir Vasc Angiol* 1996;12:62-6.
28. Gulias S, Nieto S. Incidence of psychological assistance in patients affected by lymphedema. *Proceedings of the XX International Congress of Lymphology, Salvador, Brazil, 2005*
29. Howard SB, Krishnagiri S.; The use of manual edema mobilization for the reduction of persistent edema in the upper limb. *J Hand Ther* 2001;14(4):291-301
30. Hwang JH, Kwon JY, Lee KW, Choi JY, Kim BT, Lee BB, Kim DI. Changes in lymphatic function after complex physical therapy for lymphedema. *Source: Lymphology*. 1999 Mar;32(1):15-21
31. Leduc O, Leduc A.: Rehabilitation protocol in upper limb lymphedema. *Ann Ital Chir*. 2002 Sep-Oct;73(5):479-84
32. Liao SF, Huang MS, Chou YH, Wei TS.: Successful complex decongestive physiotherapy for lymphedema and lymphocutaneous reflux of the female external genitalia after radiation therapy. *J Formos Med Assoc*. 2003;102(6):404-6
33. Markowski J, Wilcox JP, Helm PA: Lymphedema incidence after specific postmastectomy therapy. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 62(9): 449-452, 1981.
34. Mason W. Exploring rehabilitation within lymphoedema management. *Int J Palliat Nurs*. 2000;6(6):265-8, 270-3
35. Nieto, S.: "Kinesioterapia del Linfedema". *Memorias del Symposium ZYMA sobre Linfedema*. V Congreso de la Sociedad Panamericana de Flebología y Linfología, 21 de Mayo de 1992, Buenos Aires (Argentina). Ed. ZYMA S.A. Barcelona, 1993.
36. Nieto, S.: "Linfedema. Tratamiento Médico". I.S.B.N. N° 950-43-5937-X. Buenos Aires, Octubre 1994.
37. Nieto, S.: "The effectiveness of Földi's Method in Lymphedematology. Its use in Argentina". *Proceedings of the XIII International Congress of Lymphology, Paris, 1991*.
38. Nieto, S. Tratamiento médico del linfedema secundario. Premio Elio Craveri 1988. Buenos Aires, Argentina.
39. Nieto S. Tratamiento del linfedema de las extremidades. Resultados obtenidos en el largo plazo mediante la utilización de la Terapia Descongestiva Compleja Método Földi. *Progress in Lymphology*. Madrid, 1997.
40. Nieto S. Tratamiento del linfedema de las extremidades. Resultados obtenidos en el corto plazo mediante la utilización de la Terapia Descongestiva Compleja Método Földi. *Progress in Lymphology*. Madrid, 1997.
41. Could an early treatment of limb lymphedema be a curative treatment? *Proceedings of the XX International Congress of Lymphology, Salvador, Brazil, 2005*.
42. Norman SA, Miller LT, Erikson HB, Norman MF, McCorkle R. snorman@cceb.med.upenn.edu. Development and validation of a telephone questionnaire to characterize lymphedema in women treated for breast cancer. *Phys Ther* 2001 Jun;81(6):1192-205
43. Olszewski, W.: Conferencias en el III Simposio Internacional sobre Linfedema. Buenos Aires, Junio de 1992
44. Piller NB, Morgan RG, Casley-Smith JR: A double-blind, cross-over trial of 0-(beta-hydroxyethyl)-rutosides (benzopyrones) in the treatment of lymphedema of the arms and legs. *Br J Plast Surg* 1988;41:20-7.
45. Piso DU, Eckardt A, Liebermann A, Gutenbrunner C, Schafer P, Gehrke A.: Early rehabilitation of head-neck edema after curative surgery for orofacial tumors. *Am J Phys Med Rehabil*. 2001 Apr;80(4):261-9
46. Rockson SG, Miller LT, Senie R, Brennan MJ, Casley-Smith JR, Foldi E, Foldi M, Gamble GL, Kasseroller RG, Leduc A, Lerner R, Mortimer PS, Norman SA, Plotkin CL, Rinehart-Ayres ME, Walder AL. Consensus Conference. American Cancer Society Lymphedema Workshop. Workgroup III: Diagnosis and management of lymphedema. *Cancer* 1998 Dec 15;83(12 Suppl American):2882-5
47. Schmidtke I. Diagnostik, beurteilung und therapie des lymphodema des unteren extremitat. *Med Klin* 1976;35:1351.
48. Szuba A, Cooke JP, Yousuf S, Rockson SG. Decongestive lymphatic therapy for patients with cancer-related or primary lymphedema. *Am J Med*. 2000 Sep;109(4):296-300
49. Williams AF, Vadgama A, Franks PJ, Mortimer PS.; A randomized controlled crossover study of manual lymphatic drainage therapy in women with breast cancer-related lymphedema. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2002 Dec;11(4):254-61.
50. Wing PL. Can a comprehensive lymphedema management program decrease limb size and reduce the incidence of infection in a woman with postmastectomy lymphedema? *Phys Ther*. 2002 Sep;82(9):923.
51. Zeissler RH. Post-mastectomy lymphedema: Late results of treatment in 385 patients. *Arch Phys Med Rehabil* 1972;53:159-66.