



Identificación de factores de riesgo predisponentes de la Linfangitis sobreaguda de miembros inferiores.

Marilis Garbey González¹.

¹Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Policlínico Josué País García, correo: garbeygonzalez@gmail.com

Institución: Policlínico Josué País García.

País: Cuba

RESUMEN:

La Linfangitis es una entidad clínica poco estudiada que carece de publicaciones que avalen científicamente su relación con una supresión del Sistema Inmune, sin embargo, la experiencia clínica se refiere a un estado de inmunosupresión en los pacientes que tuvieron alguna crisis de Linfangitis a causa de una infección manifiesta. A pesar de la atención que reciben los pacientes a nivel de la atención primaria de salud es frecuente que desarrollen Linfangitis de miembros inferiores, las que con mucha frecuencia evolucionan a Linfangitis sobreaguda, por lo que se hizo necesario identificar cuáles fueron los factores que existían en la población que incidían en la evolución desfavorable de la Linfangitis, para de esta manera poder realizar un programa de promoción de salud y prevención de dicha enfermedad y tratar de disminuir la continuidad de esta complicación en la población.

Palabras clave: Linfangitis, Sistema Inmune, estado de inmunosupresión

INTRODUCCIÓN:

Las Linfangitis pueden ser de miembros superiores y miembros inferiores. En la experiencia práctica se ha demostrado que las linfangitis de miembros superiores (LMS) son menos frecuentes que las Linfangitis de miembros inferiores (LMI), por lo cual nos vamos a referir a esta última que es la que más invalida a la población a nivel comunitario¹.

La Linfangitis es un proceso inflamatorio - infeccioso de vasos linfáticos, generalmente producido por gérmenes grampositivos, casi siempre estreptococos. Estos se introducen en los tejidos, generalmente por una puerta de entrada exógena donde son "aspirados" por los finísimos capilares linfáticos. La puerta de entrada más frecuente es la epidermofitosis, y también excoriaciones, rasguños, piodermitis, úlceras, cortaduras². Más raramente la puerta de entrada es endógena como las caries dentales, así como amigdalitis, sinusitis, neumonías



y otras.

Los autores anglosajones prefieren utilizar el término "celulitis" al argumentar que el tejido celular subcutáneo (TCS) circundante de los vasos linfáticos está igualmente afectado.

La Linfangitis es un proceso inflamatorio - infeccioso con gran reacción hiperemia, la cual se comporta como una quemadura que es la causante de la aparición de las flictenas^{2,3}.

Anatomía del Sistema Linfático.

El Sistema Linfático se dispone en las extremidades de forma superficial y profunda. Habitualmente el Sistema Linfático superficial tiene una extensa red en encaje, diseminada por todo el tejido celular subcutáneo, así como delgados troncos que se inician como finísimos capilares abiertos, provistos de microscópicas válvulas muy cercanas unas de otras, de manera que a partir de ellos se produce la aspiración y ascenso del agua, cristaloides y algunas proteínas que han "escapado" al retorno venoso, incluso algunos leucocitos. De igual manera, las bacterias que han llegado a la zona, son aspiradas¹.

En la superficie de la extremidad existe un sistema reticular y otro troncular que se va sistematizando y ordenando de manera que los troncos principales acompañan a las safenas; mientras que, el sistema linfático profundo es solamente troncular y acompaña a las arterias y venas de las extremidades en la intimidad de los músculos.

Tanto los troncos superficiales como los profundos se dirigen a la raíz de las extremidades y desembocan en los ganglios linfáticos según la extremidad, en el caso de los miembros inferiores desembocan en los ganglios inguinales (ocasionalmente existe alguno poplíteo). Los ganglios linfáticos producen los linfocitos de manera que, a diferencia de la linfa que llegó a ellos que prácticamente solo era agua y apenas tenía células, la que sale por los troncos eferentes de los ganglios, ya contiene linfocitos en elevado número^{2,3}.

Teniendo en cuenta el impacto que produce la Linfangitis sobreaguda de miembros inferiores para el paciente, la familia y las entidades de salud, los resultados de esta investigación determinarán los factores de riesgos que predisponen a esta enfermedad para así poder actuar sobre ellos, modificándolos o controlándolos en dependencia del factor. Esto podría contribuir al direccionamiento de estrategias de prevención basadas en necesidades reales encaminadas al cuidado, la promoción, la prevención y el tratamiento de este tipo de lesiones. Lo que podría favorecer la disminución de la prevalencia y las complicaciones generadoras, en un mayor grado, de discapacidad funcional temporal y, en un menor grado, de discapacidad funcional permanente en los pacientes.

OBJETIVOS:



Objetivo general:

Identificar los factores de riesgo predisponentes de la Linfangitis sobreaguda de miembros inferiores.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar socio demográficamente la población en estudio.
2. Estratificar los factores de riesgo.
3. Relacionar los factores de riesgo y la aparición de Linfangitis sobreaguda de miembros inferiores en los pacientes.

METODO:

Se realizó un estudio descriptivo transversal en los pacientes atendidos con el diagnóstico de Linfangitis sobreaguda en el Hospital Provincial Saturnino Lora de Santiago de Cuba, de enero a diciembre del 2021.

Población y muestra a estudiar:

Se escogieron todos los pacientes (72) con diagnóstico de Linfangitis sobreaguda de miembros inferiores atendidos en el Hospital Provincial Saturnino Lora durante el año 2021, a los cuales se les identificaron la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de Linfangitis sobreaguda y se estratificaron según el riesgo para desarrollarla en: riesgo modificable, riesgo no modificable y riesgo controlable para poder actuar sobre ellos.

Clasificación:

Formas clínicas de la Linfangitis:

- 1- Aguda: Se caracteriza por presentar síntomas generales: fiebre elevada y/o escalofríos, adenomegalias regionales según la extremidad afectada (adenomegalias inguinales), edema de fácil godet de toda la extremidad, eritema, hipertermia, dolor espontáneo y a la palpación y dificultad para realizar los movimientos normales de la extremidad.
 - Reticular: Se caracteriza por un área inflamada, con enrojecimiento difuso de la extremidad, sin observarse trayecto indurado lineal.
 - Troncular:
 - Superficial: Se caracteriza por presentar un cordón indurado, caliente, eritematoso que recorre el trayecto del vaso linfático superficial, es doloroso a la palpación.
 - Profunda: Se caracteriza por presentar edema notable de la extremidad afectada (que se confunde fácilmente con Trombosis venosa profunda), acompañado del resto de los signos flogísticos, pero no se visualiza cordón lineal en el recorrido del Sistema Linfático.



2- Sobreaguda:

- Flictenular: Es una forma más aguda. En la zona roja y caliente aparecen ampollas, flictenas de contenido claro, aséptico, que al destecharse dejan un fondo de tejido sano, que son "verdaderas" quemaduras producto de la infección severa y la minusvalía del enfermo. Se llama igualmente Linfangitis flictenular.
- Necrotizante: Es el resultado extremo de una grave infección con la indefensión del enfermo. Las flictenas pueden tener contenido serohemático que al destecharlas dejan un fondo de aspecto nacarado. Se añaden zonas de necrosis de piel, ulceraciones y secreciones. El estado general del enfermo está francamente comprometido.

A estas formas clínicas agudas, que se diferencian por su gravedad en ascenso, podemos añadir, las que se extienden o repiten:

3- Interminable: Es la extensión en el tiempo de la Linfangitis. El estado general no está tomado, pero la zona enrojecida al cabo de 3 - 4 semanas, sigue estando caliente, dolorosa y preocupa al enfermo y a su médico.

4- Recidivante: Mal llamada Linfangitis crónica. En este caso la Linfangitis resolvió completamente, pero después de un tiempo más o menos variable, reapareció. Se considera recidivante o recurrente cuando son cuadros linfáticos agudos a repetición, igual a 3 crisis o más en un intervalo de 1 año. En ocasiones con una mayor frecuencia.

Cuadro clínico de la Linfangitis:

1- General.

Su cuadro clínico general puede resumirse como aparatoso: Malestar general, escalofríos, cefalea, vómitos, pérdida del apetito, dolores musculares y fiebre elevada (39 - 40 °C).

2- Regional.

En el examen físico regional de la extremidad: buscaremos 3 hallazgos fundamentales:

a) Enrojecimiento en determinada zona de la extremidad, que cuando este enrojecimiento se hace intenso se pone de manifiesto la capilaritis de la piel, aparece además calor intenso y dolor en una zona más o menos amplia y difusa, por afectación reticular. La piel se muestra lustrosa y en situaciones de mayor gravedad se ampolla e incluso se necrosa. En alguna ocasión la Linfangitis es troncular. En su examen físico regional resulta visible un largo trayecto filiforme, rojo y caliente. En las formas flictenular y necrotizante los hallazgos son cada vez más severos, así como la toma del estado general.

b) Adenopatía dolorosa "seca" en la ingle, producto del infarto ganglionar séptico.

c) Puerta de entrada por la que se introdujo el estreptococo. La puerta más frecuente es



la epidermofitosis interdigital. También pinchazos, cortaduras, úlceras, y otros. Si no es ostensible una puerta de entrada se hará énfasis en hallar la presencia de caries dentales u otro foco séptico endógeno como la Amigdalitis y Sinusitis. La identificación de la puerta de entrada es esencial para poder tratarla.

Factores que predisponen a la Linfangitis sobreaguda (flictenular y necrotizante)

- 1- Diabetes mellitus.
- 2- Edad avanzada.
- 3- Anemia.
- 4- Hipoproteïnemia.
- 5- Avitaminosis.
- 6- Caquexia.
- 7- Enfermedad arterial crónica.
- 8- Insuficiencia venosa crónica.
- 9- Inmunosuprimidos:
- 10- Ingestión sostenida de esteroides.
- 11- Suministro de citostáticos.
- 12- VIH-SIDA.
- 13- Obesidad.
- 14- Virulencia grande del microorganismo causal.
- 15- 12- Otros.

ANÁLISIS Y RESULTADOS

Tabla # 1- Incidencia de Linfangitis sobreaguda según grupo etario y sexo.

Grupo etario	Sexo F	%	Sexo M	%	Total	%
19-29	0	0	2	2.8	2	2.8
30-39	2	2.8	1	1.4	3	4.2
40-49	2	2.8	3	4.2	5	6.9
50-59	11	15.3	4	5.5	15	20.8
60-69	10	13.9	4	5.5	14	19.4
70-79	9	12.5	9	12.5	18	25
80-89	8	11.1	4	5.5	12	16.7
90-99	3	4.2	0	0	3	4.2



100 o más	0	0	0	0	0	0
Total	45	62.5	27	37.5	72	100

El grupo etario de mayor incidencia de Linfangitis sobreaguda fue el grupo de 70- 79 años con 18 casos para un 25%, seguido del grupo de 50-59 años con 15 casos para un 20.8% y el grupo de 60-69 años con 14 casos para un 19.4%, lo que se corresponde con lo encontrado en las bibliografías revisadas donde pudimos ver que la frecuencia de la enfermedad es directamente proporcional al aumento de la edad. El sexo de mayor incidencia de Linfangitis sobreaguda fue el sexo femenino con 45 casos para un 62.5%; mientras que, el sexo masculino solo tuvo 27 casos para un 37.5%, lo que se corresponde con lo encontrado en las bibliografías revisadas donde se expresa que esto pudiera ser explicado por el hecho de que las mujeres mantienen más desprotegidos los miembros inferiores ante eventuales traumatismos, considerados como unas de las causas principales y desencadenantes de Linfangitis, así como su predisposición de padecer de enfermedades venosas crónicas.

Tabla # 2- Estratificación de los factores de riesgo de Linfangitis sobreaguda.

Factor de riesgo	Modificable	No modificable	Controlable
Diabetes Mellitus			19
Edad avanzada		46	
Anemia	46		
Avitaminosis			
Caquexia			
Hipoproteinemia			
Enfermedad arterial crónica			9
Insuficiencia venosa crónica			10
Ingestión prolongada de esteroides		3	
Uso de citostáticos		3	
VIH-SIDA			
Obesidad	28		
Virulencia grande al germen			
Epidermofitosis	10		



Faringoamigdalitis	1		
Trastornos linfáticos			1
Lesiones de piel	9		

Los factores de riesgo de mayor incidencia en la aparición de la Linfangitis sobre aguda fueron la edad avanzada (Factor no modificable) y la anemia (Factor modificable) con 46 casos cada una, seguido de la Obesidad (Factor modificable) con 28 casos y la Diabetes Mellitus (Factor controlable) con 19 casos, lo que se corresponde con lo encontrado en las bibliografías revisadas.

Tabla # 3- Incidencia de Linfangitis sobreaguda según factor predisponente y sexo.

Factor predisponente	F (n=45)	%	M (n=27)	%	Total	%
Diabetes Mellitus	12	26.7	7	25.9	19	26.4
Edad avanzada	29	64.4	17	63.0	46	63.9
Anemia	32	71.1	14	51.9	46	63.9
Avitaminosis	0	0	0	0	0	0
Caquexia	0	0	0	0	0	0
Hipoproteinemia	0	0	0	0	0	0
Enfermedad arterial crónica	7	15.6	2	7.4	9	12.5
Insuficiencia venosa crónica	10	22.2	0	0	10	13.9
Ingestión prolongada de esteroides	3	6.7	0	0	3	4.2
Uso de citostáticos	3	6.7	0	0	3	4.2
VIH-SIDA	0	0	0	0	0	0
Obesidad	16	35.6	12	44.4	28	38.9
Virulencia grande al germen	0	0	0	0	0	0
Eidermofitosis	3	6.7	7	25.9	10	13.9
Faringoamigdalitis	1	2.2	0	0	1	1.4
Trastornos linfáticos	1	2.2	0	0	1	1.4
Lesiones de piel	4	8.9	5	18.5	9	12.5

*n- Total de pacientes según sexo.



En el sexo femenino con 45 casos afectados predominó como principal factor de riesgo la anemia con 32 casos para un 71.1%, seguido de la edad avanzada con 29 casos para un 64.4%, la Obesidad con 16 casos para un 35.6% y la Diabetes Mellitus con 12 casos para un 26.7%; mientras que, en el sexo masculino con 27 casos afectados predominó como principal factor de riesgo la edad avanzada con 17 casos para un 63%, seguido de la anemia con 14 casos para un 51.%, la Obesidad con 12 casos para un 44.4% y la Diabetes Mellitus con 7 casos para un 25.9%, lo que se corresponde con los datos encontrados en las bibliografías revisadas.

Tabla # 4- Linfangitis sobreaguda según tipo y grupo etario.

Grupo etario	Linfangitis Flictenular (n=55)	%	Linfangitis necrotizante (n=17)	%
19-29	2	2.8	0	0
30-39	3	4.2	0	0
40-49	5	6.9	0	0
50-59	13	18.1	2	2.8
60-69	8	11.1	6	8.3
70-79	16	22.2	2	2.8
80-89	7	9.7	5	6.9
90-99	1	1.4	2	2.8
100 y +	0	0	0	0

*n- Total de pacientes según tipo de Linfangitis sobreaguda.

La Linfangitis sobreaguda que predominó en nuestro estudio fue la flictenular con 55 casos; mientras que, la necrotizante fueron 17 casos. Por otra parte, el grupo de edades que predominó entre los pacientes que sufrieron de Linfangitis sobreaguda flictenular fue el de 70-79 años con 16 casos para un 22.2%, seguido del grupo de 50-59 años con 13 casos para un 18.1% y de 60-69 años con 8 casos para un 11.1%; mientras que, el grupo de edades que predominó entre los pacientes que sufrieron de Linfangitis sobreaguda necrotizante fue el de 60-69 años con 6 casos para un 8.3%, seguido del grupo de 80-89 años con 5 casos para un 6.9%, lo que se corresponde con los datos encontrados en las bibliografías revisadas.

Tabla # 5 –Tipos de Linfangitis sobreaguda según sexo.



Tipos	F	%	M	%	Total	%
Flictenular	31	43.1	24	33.3	55	76.4
Necrotizante	14	19.4	3	4.2	17	23.6

Del total de 55 pacientes a los cuales se les diagnosticó Linfangitis sobreaguda flictenular, 31 fueron del sexo femenino para un 43.1% y 24 del sexo masculino para un 33.3%; mientras que, del total de los 17 pacientes a los cuales se les diagnosticó Linfangitis sobreaguda necrotizante, 14 fueron del sexo femenino para un 19.4% y 3 del sexo masculino para un 4.2%, lo que se corresponde con los datos encontrados en las bibliografías revisadas.

Diagnóstico diferencial de la Linfangitis:

La fiebre elevada con escalofríos se presenta fundamentalmente en:

- Paludismo.
- Pielonefritis.
- Neumonía.
- Metroanexitis.
- Otras sepsis.

Debe realizarse el diagnóstico diferencial con otros cuadros inflamatorios como:

- Celulitis: Infección de partes blandas caracterizada por signos flogísticos, localizados, circunscritos en una zona específica de la extremidad afectada, y que no fluctúa.
- Absceso: infección de partes blandas donde además de los signos flogísticos hay una colección de pus fluctuante.
- Flebitis superficial: Es la inflamación de una vena superficial caracterizada por un cordón rojo, caliente, doloroso, duro, que sigue el trayecto de una vena superficial. No hay ni fiebre elevada ni escalofríos. Solo febrícula. No hay adenopatías regionales y puede existir el antecedente de una punción venosa.
- Sepsis por *Clostridium perfringens* de partes blandas: Denominada con frecuencia gangrena gaseosa: Además de los signos flogísticos hay aumento de volumen de la extremidad con crepitación, o solo existe un edema muy notable y el antecedente o no de trauma. Puede existir o no lesión con secreción serohemática, muy fétida, como agua de lavado de carne, músculos desvitalizados que no se contraen, pueden aparecer las manchas bronceadas de Velpeau en los tejidos vecinos a la lesión. El estado general toxoinfeccioso del paciente es mucho más grave.



Tratamiento de la Linfangitis:

Preventivo, médico, quirúrgico y de rehabilitación:

Ambulatorio o comunitario (atención primaria de salud) e institucional u hospitalario (atención secundaria de salud):

- a) De la Linfangitis.
- b) De la puerta de entrada.

Tratamiento preventivo a nivel primario de salud (comunitario o ambulatorio).

- Secar correctamente los pies y entre los dedos después del baño.
- Recortar las uñas después del baño, cuando están limpias y reblandecidas.
- Usar talcos fungicidas entre los dedos de los pies.
- Protección adecuada de los pies en personas que laboran en trabajos húmedos, deportistas (por sus tenis), soldados (por las trincheras) y trabajadores agrícolas.
- Tratamiento y control de las enfermedades que constituyen factores de riesgo.

Tratamiento médico:

A nivel primario de salud (comunitario o ambulatorio) el tratamiento de elección es:

1. Penicilina rapilenta-1millón de unidades: 1 bulbo intramuscular cada 12 horas durante 7 a 10 días.

En casos de pacientes alérgicos a la penicilina o déficit del medicamento, existen otras alternativas de tratamiento en orden de preferencia, posibilidades, disponibilidad y características del lugar y del paciente:

- Azitromicina- cápsula 250 mg y tableta 500 mg: 500 mg el primer día y luego continuar con 250 mg diario por 4 días más.
- Ciprofloxacino- tableta 250 mg: 2 tabletas cada 12 horas, hasta tomar 10, luego 1 tableta cada 12 horas hasta tomar 10 más.
- Eritomicina- tableta 250 mg: 2 tabletas cada 6 horas durante 7 días. Tomarlas con las comidas (afectan el estómago)
- Tetraciclina- tableta 250 mg: 2 tabletas cada 6 horas alejadas de las comidas, como por ejemplo 11- 5; 11- 5 y sin leche, durante 7 días.
- Co-trimoxazol (Sulfaprín)- tableta 480 mg: 1 tableta cada 8-12 horas durante 7 días.

En la atención secundaria (institucional u hospitalaria) se utilizan además de la Penicilina



Rapilenta intramuscular otras alternativas terapéuticas intravenosas como es el caso de:

- Ciprofloxacino- bulbo o frasco 200mg: 2 bulbos o frascos cada 12 horas por 7 días.
- Eritromicina- bulbo 1 gramo: 1 bulbo cada 6 horas por 7 días.
- Co.trimoxazol (Sulfaprin)- ampula 480 mg/5 ml: 2 ampulas cada 12 horas por 7 días.

2. Antiinflamatorios no esteroideos (AINES) ESTÁN CONTRAINDICADOS.

Todos los AINES en mayor o menor grado suben la tensión arterial e irritan el tubo digestivo. Deben indicarse solamente si no existen estos antecedentes, siempre durante las comidas y el menor tiempo posible.

- a) Ibuprofeno- Tableta 400 mg: 1 tableta cada 6 u 8 horas.
- b) Naproxeno- Tableta 250 mg: 1 ò 2 tabletas cada 12 horas.
- c) Piroxicam- Tableta 10 mg: 1 tableta cada 6 u 8 horas. Para los estómagos muy sensibles existen algunas presentaciones en supositorios 20 mg: 1 supositorio cada 12 horas.

3. Medidas antipiréticas:

- a) Diprofona (Metamizol sódico)- tableta 300 mg: 2 tabletas cada 6 u 8 horas o tableta 500 mg: 1 tableta cada 6 u 8 horas o ampula 600 mg/2 ml: 1 ampula intramuscular cada 6 u 8 horas.
- b) Paracetamol- tableta 500 mg: 1 tableta cada 8 horas. No pasar de 8 tabletas en 24 horas dada su hepatotoxicidad.

4. Tratamiento de la zona enrojecida:

Si no está abierta la piel:

Compresas embebidas en suero fisiológico FRESCOS, no congelados, durante 20 minutos, 3-4 veces al día.

Si está abierta la piel:

Compresas embebidas en solución de permanganato de potasio al 1 X 20 000, durante 20 minutos 3 - 4 veces al día.

5. Tratamiento de la capilaritis: Antihistamínicos.

Difenhidramina- ampula 20 mg y tableta de 25 mg: 1 ampula ò 1 tableta cada 6 u 8 horas. Loratadina- tableta 10 mg: 1 tableta por día.

Dexclorfeniramina- tableta 2 mg: 1 tableta cada 4 ò 6 horas sin pasar de 24 mg en



24horas.

Meclozina- tableta 25 mg: 1 tableta cada 12 horas o diario.

6. Tratamiento de la puerta de entrada (Epidermofitosis):

- a) Lavar los pies y entre los dedos con agua y jabón abundantes.
- b) Enjuagar.
- c) Trocitos de algodón o gasa entre todos los dedos de ambos pies para aerear el espacio interdigital.
- d) Mojarlos con solución de permanganato de potasio 1 x 20 000 durante 20 minutos.
- e) Desechar los algodones o gasas.
- f) Crema de tolnaftato, miconazol o ketoconazol: solo una capa muy fina, para que quede con brillo la zona interdigital.
- g) Hacer esto dos veces al día: después del baño y en otra ocasión.
- h) Tratamiento del calzado.
- i) Cambio diario de medias o calcetines.

7. Otras medidas:

- Se realiza, como primera cura en la Linfangitis sobreaguda, destechado de las flictenas y cura con solución salina y otras soluciones antisépticas como Iodo povidona o permanganato de potasio y luego volver a lavar con solución salina y vendar.
- Reposo con los pies elevados.
- Terapia física descongestiva: Para disminuir el edema linfático- vendas multicapas, en drenaje linfático manual, autoejercicios y medidas de autocuidado.
- Caldos e infusiones: Tomar caldo con abundante cebolla y apio o infusión de plantas diuréticas como la cola de caballo, los estigmas de maíz, etc.- Tomar 2 a 3 veces al día para reducir la retención de líquido.
- Media compresiva a medida: Aplicar una vez disminuido el volumen excesivo de la pierna.
- Dieta contra la retención de líquido: Es importante una dieta sana y equilibrada, rica en verduras y fruta natural o en zumos. - Comer sin sal o con poca sal no refinada.
- Revisar los hábitos: Eliminar todos los que sean tóxicos (alcohol, tabaco, café o estimulantes) o nocivos para la salud (la bollería y los productos refinados).

Los lácteos también deben reducirse al máximo.

- Arcilla: Si el edema deriva en necrosis se puede tratar con cataplasmas de arcilla amasada con infusión de hojas de llantén y flores de caléndula (retirar antes de que se seque



y limpiar con la misma infusión (1 vez al día).

- Vendas frías (o compresas frías) para aliviar los síntomas del edema.

8- Medicina tradicional asiática:

-Tratamientos: IG-4SA+IG-11SA+P- 9SA+E-36SA+B- 10SA

9- Productos naturales:

-Tintura de naranja spp al 20%: 30-40 gotas en medio vaso de agua 3 veces al día.

- Aloe crema al 25 ò 50%: aplicar tópico 2 veces al día.

10- Medicina homeopática:

- Apis mellific a 9 CH ò 15 CH: 5 gránulos sublingual con intervalos de 10 a 15 minutos hasta que el estado del paciente mejore, luego espaciar la dosis a 5 gránulos sublingual cada 6 ò 12 horas.

- Belladonna 30 CH: 5 gránulos sublingual cada 12 horas o diario e ir espaciando la dosis según van desapareciendo los síntomas.

- Nux vómica Gr 9 CH: 5 gránulos sublingual diario.

- Rhus tox – gotas: 20 – 30 gotas en un vaso de agua o directo a la boca 15 ò 30 minutos antes de comer ò 2 horas después de comer, mantener el líquido en la boca por 30 segundos para mejorar su absorción.

Tratamiento quirúrgico:

Existen pacientes con evolución desfavorable que son tributarios de tratamiento quirúrgico.

Se practican, fundamentalmente, dos técnicas quirúrgicas que son:

- Necrectomía.

- Amputación infra o supracondilia del miembro afectado.

Tratamiento rehabilitador:

Se les orienta este tratamiento a pacientes amputados que tengan criterios de rehabilitación para reincorporarse a la sociedad con mejor calidad de vida.

CONCLUSIONES:

El estudio realizado demostró que la Linfangitis sobreaguda es más frecuente en pacientes femeninas mayores de 50 años; que los factores de riesgo predominantes fueron la edad



avanzada, la anemia, la Obesidad y la Diabetes Mellitus; que la incidencia de Linfangitis sobreaguda flictenular predomina sobre la incidencia de Linfangitis sobreaguda necrotizante y que existen factores de riesgo modificables y controlables sobre los cuales se puede trabajar para disminuir la incidencia de Linfangitis sobreaguda.

Por otra parte, existen factores responsables del incremento de la aparición de la Linfangitis sobreaguda como es el caso del déficit de cuidados de los pies, el mal control metabólico en los pacientes diabéticos que conlleva a complicaciones secundarias, la existencia de enfermedad vascular crónica y un ambiente socioeconómico desfavorable que incrementan el riesgo de sufrir lesiones en los miembros inferiores que posibilitan una puerta de entrada para el desarrollo de una Linfangitis y aumentan la posibilidad de desarrollar una Linfangitis sobreaguda.

Al tener en cuenta que la Linfangitis provoca ausencias laborales, invalidez, afectación en la calidad de vida y que está relacionada de forma directa con las infecciones asociadas, todas las investigaciones sobre el tema están justificadas.

RECOMENDACIONES:

- Incrementar el conocimiento de las afecciones linfáticas en la Atención Primaria de Salud.
- Trabajar activamente para eliminar, disminuir o modificar los factores de riesgo predisponentes de Linfangitis sobreaguda de miembros inferiores desde la Atención Primaria de Salud.
- Incrementar el conocimiento de la Medicina Tradicional y Naturalista en el tratamiento de afecciones linfáticas.
- Emplear más ampliamente las variedades de medicamentos naturales en el tratamiento de afecciones como la Linfangitis sobreaguda de miembros inferiores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Colectivo de autores. Cirugía. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica, 1971.
2. Colectivo de autores. Cirugía. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1983. -
Colectivo de autores. Angiología y Cirugía Vascular. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1988.
3. Colectivo de autores (Libro de Yara). Enfermedades vasculares periféricas. Santiago de Cuba: Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas, 2008.