



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Linfocele inguinal: drenaje percutáneo y escleroterapia con povidona yodada



Cristina María de la Hera Lázaro* y Andrés Sacristán Juárez

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital San Camilo-Quiron, Madrid, España

Recibido el 19 de octubre de 2014; aceptado el 2 de febrero de 2015

Disponible en Internet el 18 de marzo de 2015

PALABRAS CLAVE

Linfocele;
Escleroterapia;
Povidona yodada

Resumen

Objetivo: Descripción del tratamiento del linfocele gigante sintomático poslinfadenectomía inguinal bilateral, mediante drenaje y escleroterapia con povidona yodada.

Descripción del caso: Paciente con antecedente de adenocarcinoma endometrioide IA G1 y hallazgo de metástasis inguinal, a la que se realiza linfadenectomía inguinal bilateral. Desarrollo de linfocele gigante bilateral que no mejora a pesar de drenajes previos, masajes linfáticos y vendajes compresivos, por lo que se decide llevar a cabo la escleroterapia percutánea con povidona yodada, con la obtención de buenos resultados clínicos.

Discusión: La escleroterapia percutánea con povidona yodada es una opción razonable, con alta tasa de éxito y escasas complicaciones.

© 2014 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Lymphocele;
Sclerotherapy;
Povidone-iodine

Inguinal lymphocele: Percutaneous drainage and sclerotherapy with povidone iodine

Abstract

Objective: To describe the treatment of a case of giant symptomatic bilateral lymphocele after inguinal lymphadenectomy by drainage and sclerotherapy with povidone iodine.

Case description: The patient had a history of IA G1 endometrioid adenocarcinoma and finding of inguinal metastases. Bilateral inguinal lymphadenectomy was performed. A bilateral giant lymphocele developed that did not improve, despite previous drainage, lymph massage and compression bandages. We therefore decided to perform percutaneous sclerotherapy with povidone iodine, obtaining good clinical results.

Discussion: Percutaneous sclerotherapy with povidone-iodine is a reasonable choice, with a high success rate and few complications.

© 2014 SEGO. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: krisdelahera@hotmail.com (C.M. de la Hera Lázaro).

Introducción

El linfocele es una colección de linfa rodeada de una pared fibrótica sin revestimiento epitelial¹⁻³. Suele aparecer durante el postoperatorio de intervenciones que requieren la transección de importantes canales linfáticos, como en el curso de prostatectomías y trasplante renal, cuya incidencia es del 0,6-18%¹, así como en procedimientos de ginecología oncológica (1-58% tras la linfadenectomía por cáncer cervical)³ y con una incidencia entre 13 y el 60% en el caso de linfadenectomías inguinales⁴.

La mayoría de los linfoceles son pequeños y asintomáticos, con tendencia a la desaparición, pero en aproximadamente el 4-7% de los pacientes⁵ persisten y, si son de gran tamaño, pueden provocar sintomatología por compresión de estructuras urinarias o vasculares².

El diagnóstico se basa en la exploración física y las pruebas de imagen. En ecografía, se describe como una estructura quística con pared delgada y contenido anecoico⁶, que puede contener algún septo. En tomografía computarizada (TAC) se describe con un contenido hipodenso, mientras que con la resonancia magnética se presenta como una estructura lobulillar hiperintensa³.

El diagnóstico diferencial con otras colecciones líquidas (urinomas, serosas, abscesos y hematomas) se hace mediante el análisis del contenido; teniendo en cuenta que la linfa es un ultrafiltrado del plasma, contiene niveles de urea, creatinina e iones similar pero con predominio celular linfocitario¹. Así mismo se recomienda remitir muestra para estudio microbiológico y citológico.

Sobre los factores de riesgo que favorecen su desarrollo, Achouri et al.⁷ describe que la presencia de adenopatías con infiltración tumoral está asociada a un aumento de riesgo de linfocele. Sin embargo, ni el número de ganglios extraídos ni el índice de masa corporal de la paciente parece que aumenten el riesgo⁷. Otros artículos han cuestionado si la administración de heparina, diuréticos o esteroides puede favorecer la aparición⁸.

Si el linfocele cursa de forma asintomática se recomienda un tratamiento expectante. Sin embargo, cuando es sintomático, se debe optar por medidas intervencionistas. En estudios previos quedan descritas distintas técnicas, entre las que se encuentran la marsupialización interna, con tasas de éxito del 80-90% pero con promedio de días de estancia largos; drenaje externo de los linfoceles mediante aspiración percutánea o con catéter de drenaje (éxito del 50-70%), los cuales son métodos con escasa morbilidad para el paciente, pero con una alta tasa de recurrencias^{5,8}. La instilación percutánea de agentes esclerosantes a través de un catéter se trata de una opción válida que presenta buenas tasas de éxito, alrededor del 88-98%, menor recurrencia, así como menor tiempo de mantenimiento del catéter externo^{5,8}. Entre los agentes esclerosantes descritos, encontramos el etanol, el talco, la bleomicina, las tetraciclinas y la povidona yodada, entre otros^{1,5,8}.

El objetivo de nuestro artículo es la revisión y desarrollo del tratamiento de un linfocele bilateral gigante sintomático, poslinfadenectomía inguinal bilateral, mediante drenaje percutáneo y escleroterapia con povidona yodada.

Caso clínico

Paciente de 73 años, con antecedente de histerectomía total con doble anexectomía (tipo IV de la AAGL), con abordaje

laparoscópico en el 2002, por presentar adenocarcinoma endometriode IA G1 (4 mm invasión y bien diferenciado) (FIGO, 2009), sin invasión linfovascular ni endocervical. Tras dicho diagnóstico, la paciente recibe radioterapia y quimioterapia por indicación del Servicio de Oncología (servicio externo a nuestro hospital), manteniendo revisiones posteriores sin hallazgos patológicos.

Durante la revisión en 2007, se biopsia una tumoración sólida de 14 mm en horquilla vulvar con fisura sangrante, diagnosticándose de metástasis vulvar de adenocarcinoma de endometrio bien diferenciado. PET-TAC normal, por lo que se decide una vulvectomía simple con márgenes libres. RE positivo intermedio. RP positivo alto. HER-2 negativo. MIB1 < 15%, p53 negativo.

Posteriormente, inicia tratamiento hormonoterápico con acetato de medroxiprogesterona. Se desestima radioterapia por Oncología. Revisiones posteriores, normales.

En 2013, durante una ecografía de control, se objetiva una adenopatía inguinal izquierda de 26 mm con rotura parcial de la cortical, sospechosa de malignidad. La punción aspiración con aguja fina confirma metástasis de adenocarcinoma. Ante la descripción de adenopatías inguinales bilaterales inespecíficas de 14-18 mm, se realiza una linfadenectomía inguinal bilateral, sin complicaciones, con resultado de 2/14 ganglios afectados en la ingle izquierda y 0/13 en la ingle derecha.

Durante el postoperatorio, la paciente desarrolla un linfedema severo en ambas piernas y destaca un linfocele inguinal bilateral de 5 cm a los 12 días, que va progresivamente en aumento hasta alcanzar en enero del 2014 unas cifras de 160 mm el linfocele derecho y 190 mm el linfocele izquierdo, y que no mejoran a pesar de ser drenados parcialmente bajo control ecográfico en 2 ocasiones (media de 600 cc en cada lado) y haber tratado con masajes linfáticos por fisioterapia y vendajes compresivos (medias y culot). PET-TAC control, normal (fig. 1).

Ante la nula mejoría, y tras revisión de la bibliografía, se decide llevar a cabo una técnica de escleroterapia con povidona yodada, con anestesia locorregional y profilaxis antibiótica, mediante el siguiente protocolo en quirófano:



Figura 1 Situación del linfocele gigante inguinal bilateral previo a la escleroterapia.

1. Abordaje con trocar laparoscópico de 5 mm de cada uno de los linfoceles multicompartimentales inguinales y drenaje-aspiración del contenido seroso: 1.400 cc de la ingle izquierda y 1.000 cc de la derecha (remitiéndose muestras a Microbiología y Anátomo-Patología, ambas con resultado negativo).
2. Bajo control ecográfico se realiza una rotura-perforación de todos los tabiques compartimentales con el endoaspirador.
3. Posteriormente, se lleva a cabo la instilación de 200 cc de povidona yodada al 10% en cada linfocele, siguiendo las recomendaciones bibliográficas de instilar la mitad del líquido aspirado inicialmente hasta un máximo de 200 cc (1).
4. Extracción de la povidona yodada a los 30 min de la instilación. Se introducen sendos drenajes bilaterales tipo Redon a través de los trocares, vendaje compresivo y anticoagulación profiláctica (fig. 2).

Durante los días sucesivos, se procedió a la instilación de povidona yodada a través de los drenajes, introduciendo la mitad del líquido extraído cada día. La duración del ingreso fue de 7 días; la paciente fue dada de alta con ambos drenajes, profilaxis antibiótica y antitrombótica, siendo instruida de cómo proceder a la evacuación y el recuento diario de la linfa extraída en su domicilio, llevándose a cabo 4 controles posteriores de forma ambulatoria. En total, desde la cirugía, fueron necesarias 7 instilaciones en el linfocele izquierdo y 10 instilaciones en el linfocele derecho. Finalmente, los drenajes pudieron ser retirados, a los 19 días el izquierdo y a los 31 días el derecho, cuando el débito de líquido linfático fue menor de 50 cc.

Hasta la fecha, la paciente no ha mostrado recidiva de linfocele sintomático; en la última revisión ecográfica (mayo del 2014) aún se objetivaba pequeña colección de 55 × 29 mm en la ingle derecha, que no provoca sintomatología alguna y permite una calidad de vida de absoluta normalidad, sin fisioterapia ni vestimenta compresiva. Se decide actitud expectante y controles semestrales (fig. 3).

La decisión de utilizar povidona yodada como agente esclerosante se basó en su fácil adquisición por bajo coste



Figura 2 Aspecto de ambos linfoceles tras el drenaje percutáneo, instilación de povidona yodada e inserción de los drenajes en quirófano.



Figura 3 Resolución clínica completa de los linfoceles.

y escasos efectos secundarios, siendo los lavados indoloros y sin complicaciones.

Discusión

Los linfoceles en cirugía oncológica no son una situación infrecuente. Sin embargo, solo trataremos esta patología si se produce un compromiso clínico y terapéutico.

La instilación percutánea con agentes esclerosantes es una técnica segura, con baja tasa de complicaciones y recidivas. La acción esclerosante de la povidona yodada responde a la acción quelante sobre las proteínas, provocando un efecto antiexudativo sobre las heridas. Por otra parte, sus propiedades antisépticas reducen el riesgo de infección en la cavidad residual⁶. No existen diferencias en cuanto a la incidencia de infección entre el uso de povidona y etanol³.

Comparando la evolución de nuestro caso con la literatura disponible, podemos comprobar que la aparición del linfocele sintomático en nuestra paciente (12 días postoperatorio) coincide con la media de los estudios realizados, si bien en algunos se describe hasta 125 días poscirugía¹. El tamaño alcanzado en nuestro caso, de 16 cm y 19 cm, respectivamente, es ligeramente mayor a la media de 11 cm descrita¹.

Consecuentemente, el volumen aspirado previo a la escleroterapia es sustancialmente mayor que en otros estudios descriptivos, ya que mientras en los datos bibliográficos encontramos volúmenes extraídos de entre 161 cc¹ y 365 ± 631 cc⁵, el volumen aspirado en nuestro caso al inicio del procedimiento ascendió a 1.000-1.400 cc. En el artículo publicado por Mahrer et al.⁵ en 2010, se postulan el tamaño y el volumen inicial del linfocele como un factor de riesgo para fallo del tratamiento escleroterápico, debido a la necesidad de una dilución excesiva del agente esclerosante.

La duración del drenaje en nuestro caso, desde la primera instilación de povidona yodada hasta la retirada completa del mismo, coincide con lo descrito en los artículos revisados, ya que en nuestro caso osciló entre 19 días (drenaje izquierdo) y 31 días (drenaje derecho), mientras que en otras publicaciones se describe una duración de 17, 29 y 25 días^{1,2,9}. En el artículo de Alago et al.² de 2013 queda descrito que no existe correlación estadística entre el tamaño del linfocele y la

duración total del drenaje, datos concordantes con otros autores como Kim et al.¹⁰ y Guilliland et al.⁹. En el caso descrito por nosotros, el número de instilaciones de povidona yodada a través de los drenajes es ligeramente mayor a lo descrito en otros estudios, supuestamente acorde con el mayor tamaño inicial de los linfocelos.

Existen procedimientos útiles para una mejor prevención de la aparición de colecciones linfáticas tras cirugías agresivas, las cuales son útiles conocerlas:

- En primer lugar, la implantación de la biopsia selectiva del ganglio centinela.
- El uso de drenajes con mecanismo de succión.
- Por último, el uso de nuevas técnicas de disección y pinzamiento de vasos pueden mejorar la linfostasis⁷.

Desde el punto de vista oncológico, no motivo de esta comunicación, debemos manifestar que la metástasis vulvar única de un adenocarcinoma bien diferenciado en estadio precoz es extremadamente rara, siendo este el segundo caso publicado en la bibliografía. Existen otros 18 casos publicados pero en relación con metástasis múltiples o tumor primario inicial en estadio más avanzado¹¹.

Conclusión

Los linfocelos pueden aparecer durante el postoperatorio de intervenciones oncológicas ginecológicas y urológicas con transección de importantes canales linfáticos. Solo deben ser tratados cuando afectan a la calidad de vida del paciente. Dentro de las opciones terapéuticas disponibles, la escleroterapia percutánea con povidona yodada parece ser una opción razonable, fácilmente reproducible, con alta tasa de éxito y bajas tasas de complicaciones y recidivas.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Zurera LJ, Bravo F, Canis M, Ribes R, Regueiro JC, Pérez-Calderón R. Escleroterapia percutánea de linfocelos con povidona yodada. *Radiología*. 2001;43:345–9.
2. Alago Jr. W, Deodhar A, Michell H, Sofocleous CT, Coveay AM, Solomon SB, et al. Povidone-iodine sclerotherapy for pelvic lymphocelos. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2013;36:466–71.
3. Weinberger V, Cibula D, Zikan M. Lymphocele: Prevalence and management in gynecological malignancies. *Expert Rev Anticancer Ther*. 2014;14:307–17.
4. Elsandabese D, Sharma B, Preston J, Ostrowski J, Nieto J. Sclerotherapy with bleomycin for recurrent massive inguinal lymphocelos following partial vulvectomy and bilateral lymphadenectomy-Case report and literature review. *Gynecol Oncol*. 2004;92:716–8.
5. Mahrer A, Ramchandani P, Trerotola SO, Shlansky-Goldberg RD, Itkin M. Sclerotherapy in the Management of postoperative lymphocele. *J Vasc Interv Radiol*. 2010;21:1050–3.
6. Teruel JL, Martín E, Quereda C, Marcen R, Mayayo T, Ortuño J. Incidencia y tratamiento del linfocelo postrasplante renal. *Nefrología*. 1984;4:221–225.
7. Achouri A, Huchon C, Bats AS, Bensaïd C, Nos C, Lécuru F. Complications of lymphadenectomy for gynecologic cancer. *EJSO*. 2013;39:81–6.
8. Karcaaltincaba M, Akhan O. Radiologic imagin and percutaneous treatment of pelvic lymphocele. *EJR*. 2005;55:340–54.
9. Guilliland JD, Spies JB, Brown SB. Lymphocelos: Percutaneous treatment with povidone-iodine sclerosis. *Radiology*. 1989;171:227–9.
10. Kim JK, Jeong YY, Kim YH. Postoperative pelvic lymphocele: Treatment with simple percutaneous catheter drainage. *Radiology*. 1999;212:390–4.
11. Abdullah A, Seagle B. Vulvar metastasis of an early-stage well-differentiated endometrial cancer after minimally invasive surgery. *JMIG*. 2014;21:708–11.