



Caso Clínico

Linfocele persistente tras tratamiento de isquemia aguda en paciente con bloqueo linfático tras radioterapia

Persistent lymphocele after treatment of acute ischemia in a patient with lymphatic blockade after radiation therapy

Marcello Barbosa Barros, Francisco Nogueras Carrillo, Enric Roche Rebollo

Servicio de Angiología, Cirugía Vasculay Endovascular. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona

Resumen

Introducción: los linfoceles son una complicación poco frecuente en cirugía vascular, pero pueden representar un gran riesgo en pacientes con material protésico.

Caso clínico: presentamos el caso de un varón de 82 años sometido hace 43 a radioterapia por un linfoma no Hodgkin que presenta un gran linfocele en contacto con material protésico tras una intervención de revascularización urgente. Se realiza tratamiento escleroterápico con espuma de polidocanol al 3% sin conseguir resultado satisfactorio, por lo que se decide la sustitución del material protésico por autólogo y mioplastia de sartorio.

Discusión: a pesar del fracaso con la escleroterapia de la cavidad, en gran medida debido al gran bloqueo linfático crónico, consideramos esta opción la de elección en casos de linfocele por su baja complejidad, invasividad y excelente relación riesgo/beneficio.

Palabras clave:

Linfocele.
Escleroterapia.
Infección protésica.

Abstract

Background: lymphoceles are a rare complication in vascular surgery but can represent a great risk in patients with prosthetic material.

Case report: we present the case of an 82-year-old man who underwent radiotherapy 43 years ago for non-Hodgkin lymphoma who presented a large lymphocele in contact with prosthetic material after an urgent revascularization. Sclerotherapy treatment with 3% polidocanol foam was performed without achieving satisfactory results for what we chose replace the prosthetic with autologous material and sartorius myoplasty.

Discussion: despite the failure with sclerotherapy of the cavity, largely due to the great chronic lymphatic blockage, we consider this option the choice in cases of lymphocele due to its low complexity, invasiveness and excellent risk/benefit ratio.

Keywords:

Lymphocele.
Sclerotherapy.
Prosthetic infection.

Recibido: 31/01/2023 • Aceptado: 26/02/2023

Conflicto de interés: los autores declaran no tener conflicto de interés.

Barbosa Barros M, Nogueras Carrillo F, Roche Rebollo E. Linfocele persistente tras tratamiento de isquemia aguda en paciente con bloqueo linfático tras radioterapia. *Angiología* 2023;75(3):192-195

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/angiologia.00502>

Correspondencia:

Marcello Barbosa Barros. Servicio de Angiología, Cirugía Vasculay Endovascular. Hospital Universitari Sagrat Cor. C/ Viladomat, 288. 08029 Barcelona
e-mail: mbbvasc@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los linfoceles posoperatorios son una complicación poco frecuente, pero potencialmente grave, que puede producirse tras diversos procedimientos quirúrgicos. Estas tumoraciones benignas se forman en la zona de tejido cicatricial por la acumulación de linfa o trasudado y pueden crecer causando problemas crónicos, con riesgo de infección, que complican considerablemente el posoperatorio.

Presentamos el complejo caso de un paciente con bloqueo linfático inguinal tras radioterapia hace más de 40 años que desarrolla un linfocele después de un tratamiento revascularizador urgente.

CASO CLÍNICO

Varón de 82 años hipertenso, dislipémico, con fibrilación auricular, en tratamiento con edoxabán, linfoma no Hodgkin hace 43 años sometido a tratamiento quirúrgico con esplenectomía y linfadenectomía asociado a quimio y radioterapia de la zona pélvica con secuela de bloqueo linfático crónico con empastamiento inguinal bilateral y linfedema leve de EEII. Sometido en julio del 2019 a TEA de femoral común-superficial derecha y trombectomía femoropoplíteas distal con profundoplastia con parche de Dacron® por isquemia aguda de EID. La intervención ha sido compleja, con mucha dificultad para el *clamping* femoral por intensa calcificación, pero con buen resultado, con recuperación de pulso poplíteo y buen trofismo distal de la extremidad.

Acude al ambulatorio tras 2 meses de la intervención con dolor y aumento del volumen inguinal derecho. Se evidencia un linfocele de unos 2,49 x 5,3 cm en contacto con el parche de Dacron®. Se presenta en sesión clínica y se decide tratamiento escleroterápico con espuma de polidocanol al 3 % y compresión de la zona.

Se realizan en total 3 procedimientos bajo profilaxis antibiótica con vancomicina con un intervalo de 2 semanas entre cada uno. Cada procedimiento ha consistido en la aspiración del contenido con Abbocath n.º 14 (aproximadamente 40 cm³ de líquido limpio de color citrino) seguida de inyección de 40 cm³ de espuma de polidocanol al 3 % por método

Tessari (1:3). Tras la instilación procedemos a masajear con el ecógrafo la zona tratada para extender el contacto de la espuma con la superficie de la pseudocápsula de la cavidad. Pasados tres minutos procedemos a su aspiración y a la compresión de la zona mediante vendaje con Tensoplast® y media elástica larga de clase 3 (30-40 mmHg) (Fig. 1).

El seguimiento evidencia recidiva del linfocele a pesar de un tratamiento y un seguimiento correctos, por lo que optamos por un tratamiento conservador con compresión elástica del miembro y vigilancia por el riesgo de infección del parche de Dacron®. A los 8 meses el paciente reingresa de urgencia por fiebre y celulitis de la zona inguinal derecha. Se aísla un *Staphylococcus ludgunensis* en cultivo. Es sometido de manera programada a la retirada del parche de Dacron® infectado, a su sustitución por parche venoso, mioplastia de sartorio, desbridamiento inguinal y cierre "en bloque" del subcutáneo. Se le administra antibioterapia con vancomicina e imipenem con adecuado proceso de cicatrización.

Actualmente, en seguimiento de 28 meses, evoluciona con cierre completo de la herida inguinal (a los 4 meses) y sin evidencia de recidiva. Se mantiene la compresión elástica del miembro y su funcionalidad.

DISCUSIÓN

Los linfoceles tienen una prevalencia baja, estimada en torno al 5 % de todos los procedimientos vasculares y cirugías abdominopélvicas, según se ha observado en diversos estudios (1), y pueden causar gran angustia a los pacientes, con una elevada comorbilidad.

El tratamiento suele empezar de forma conservadora, con inmovilización, elevación de la extremidad y compresión de la zona. A menudo son necesarios drenajes repetidos, con muy malos resultados (2). Sorprende la escasez de estudios amplios en la base de datos de PubMed. La gran mayoría se trata de relatos de casos y experiencias personales de diversos autores; de entre las más reseñables destacan opciones como la inyección de sustancias esclerosantes (2-4), antisépticos, antibióticos, procoagulantes (5), alcoholes e incluso radioterapia (1), la aspiración continua (6)

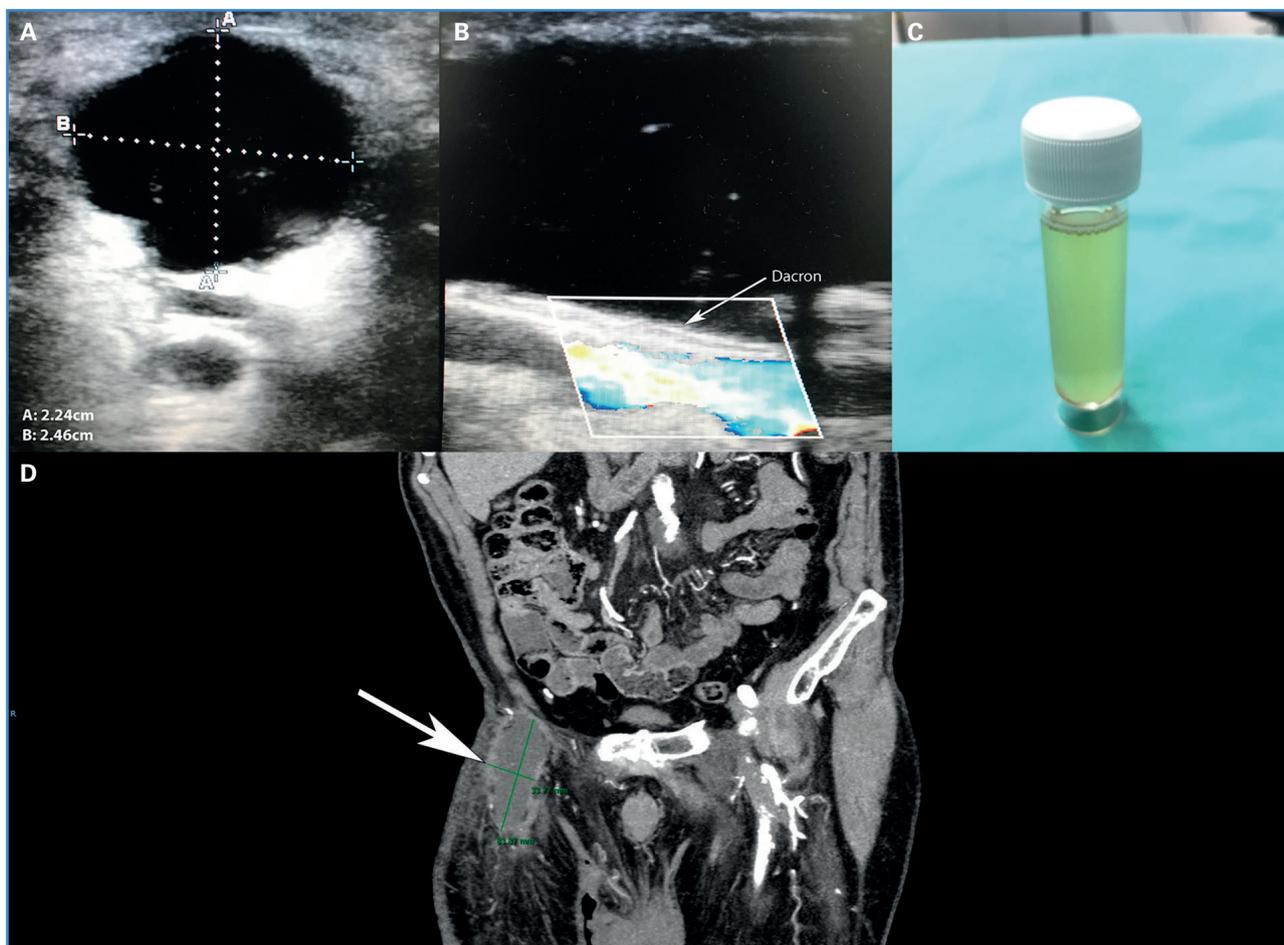


Figura 1. A, B y C. Ecografía del Linfocele Inguinal y aspecto del líquido drenado. D. Imagen del TAC en la que se evidencia su extensión en la zona inguinal (8,3 x 3,3 cm).

y la reintervención quirúrgica con puesta a plano y marsupialización y, en los casos de linfoceles postraumáticos (síndrome Morell-Lavallée), la escleroterapia con polidocanol (7).

Nuestro caso presenta una condición excepcional de bloqueo linfático inguinal bilateral crónico con linfedema asociado en un paciente con extensa enfermedad aterosclerótica (Fig. 2) y la presencia de un parche de Dacron® en contacto directo con la cavidad, con alto riesgo de infección. Frente a la compleja situación optamos por el tratamiento con polidocanol a altas concentraciones dado que presenta baja tasa de complicaciones, es efectivo, fácil, seguro y tiene buena relación entre coste/beneficio y tasas de curación mayores que con las intervenciones quirúrgicas (7).

El procedimiento ha sido el mismo descrito por Fernández-Quesada (2), con una concentración de polidocanol alta (3 %), pero, aunque se ha repetido



Figura 2. Angio TAC previo a la primera intervención por isquemia aguda en EID.

en tres ocasiones y el volumen de la cavidad no fuera demasiado grande, no hemos conseguido su reducción. Consideramos que el bloqueo linfático proximal crónico sin duda ha jugado un evidente papel en la falta de resultados, por lo que, dado el importante riesgo de provocar la infección del parche, se decidió realizar tratamiento conservador con compresión elástica. Pese a ello, en la posterior evolución, el paciente finalmente presentó infección del linfocele, lo que nos ha obligado a asumir el riesgo de un nuevo abordaje abierto con la sustitución del parche protésico por un parche de vena y protección con mioplastia de sartorio.

No podemos extrapolar este fracaso terapéutico, a falta de más estudios, a otros casos similares (neoplasias pélvicas, pelvis congelada, etc.). Sin embargo, la presencia de una afectación linfática proximal podría llevar al cirujano vascular a descartar la opción escleroterápica como de primera elección, lo que consideramos un planteamiento erróneo. Debido a su baja invasividad, amplia disponibilidad y la excelente relación riesgo/beneficio, la esclerosis de la cavidad sin duda merece explorarse en un primer tiempo, dejando

el abordaje directo convencional en las situaciones en que esta fracasa, como ha ocurrido en nuestro caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso D, Matallanas M, Pérez-Payo MP, et al. Radioterapia para linfoceles y fistulas linfocutáneas refractarias: tratamiento corto con bajas dosis. *Angiología* 2016;68(2):112-6.
2. Fernández-Quesada F. Tratamiento de linfoceles y seromas periprotésicos mediante ecoescleroterapia con espuma. *Angiología* 2016;68(5):439-42.
3. De la Hera Lázaro CM, Juárez AS. Linfocele inguinal: drenaje percutáneo y escleroterapia con povidona yodada. *Prog Obstet Ginecol* 2015;58(6):279-82.
4. Belczak SQ, Lima GBF, Aguilar KC, et al. Tratamiento de linfocele mediante ecoescleroterapia con polidocanol: relato de casos e revisão. *J Vasc Bras* 2020;19:e20190112.
5. Boaventura PN, Sobreira ML, Yoshida WB, et al. Tratamiento de linfocele inguinal pós-operatória com injeção de cola de fibrina: relato de caso. *J Vasc Bras* 2007;6(2):190-2.
6. Valenzuela CB, Esteban MB, Pla JP. Terapia con presión negativa para el tratamiento de fistula linfática inguinal. *Cir Esp*.2014;92(2):133-5.
7. Venecia MR, Grill CE, Desjardins EE, Martínez MD. Linfocele en miembros inferiores. *Flebología* 2019;45:34-9.