

Linfocele retroperitoneal. Complicación de cirugía aórtica abdominal.

Dres. Luis Cazabán¹, Juan Pose¹, Daniel López² y Br. Alicia Puñal³.

Resumen

El linfocele retroperitoneal luego de cirugía aórtica abdominal es poco frecuente y grave. La extravasación de la linfa determina una desnutrición severa y aumento de la mortalidad operatoria.

Estos linfoceles se observan más frecuentemente luego de cirugía aórtica de urgencia o emergencia. El tratamiento médico se basa en una alimentación parenteral total; siendo la fenestración peritoneal quirúrgica una alternativa terapéutica sencilla y eficaz.

Palabras Clave: Linfocele
Aorta abdominal

Abstract

A retroperitoneal lymphocele subsequent to abdominal aortic surgery is a rare and severe condition. Lymph extravasation determines severe denutrition and increase of operative mortality.

The lymphocele are more frequent after urgency or emergency aortic surgery. Medical treatment is based on total parenteral feeding; however peritoneal surgical fenestration is a simple and efficient therapeutic alternative.

Clínica Quirúrgica «B» (Dir. Dr. Carlos Gómez Fossati)
Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina - Montevideo.

Key Words: Lymphocele
Aorta, abdominal

Introducción

Las complicaciones linfáticas abdominales de la cirugía aórtica son muy poco frecuentes y se deben a lesiones de los troncos linfáticos peri-aórticos. La mayor parte de ellas son ascitis quílozas y con mucho menos frecuencia, colecciones linfáticas retroperitoneales. Su tratamiento es complejo y se han propuesto múltiples modalidades terapéuticas aisladas o combinadas: las ligaduras linfáticas, las derivaciones peritoneo-yugulares, las punciones evacuadoras percutáneas reiteradas y las medidas tendientes a disminuir la formación de linfa, como el reposo físico y el reposo digestivo con eventual alimentación parenteral total.

El propósito de este trabajo es analizar una observación de un linfocele retroperitoneal como complicación de una cirugía de aorta abdominal; valorar los pasos diagnósticos y terapéuticos realizados, así como las medidas a adoptar, para prevenir la aparición de esta complicación.

Caso clínico

IR, sexo masculino, Hospital de Clínicas 684870, 73 años, de raza blanca, fumador, alcoholista, dislipémico, hipertenso, intervenido

Presentado en la Sociedad de Cirugía el 2 de setiembre de 1998.

¹ Asistentes de Clínica Quirúrgica.

² Prof. Adjunto de Clínica Quirúrgica.

³ Practicante interna.

Correspondencia: Dr. D. López. Vázquez Ledesma 2937 apto. 801. CP: 11300 - Montevideo.

quirúrgicamente de un úlcus gastroduodenal y con una artrosis de columna.

El día 23/5/97 ingresó con diagnóstico clínico y tomográfico de aneurisma de aorta abdominal en sufrimiento. Desde el ingreso presentó dolor abdominal intenso sin signos tomográficos de complicación del aneurisma.

El día 24/5/97 fue intervenido de urgencia realizándosele puesta a plano e injerto protésico aorto-aórtico con tubo de Dacrón recto por abordaje extraperitoneal, sin incidentes intra ni postoperatorios inmediatos, quedando con buenos pulsos distales. Cursando el 10º día del postoperatorio presentó dolor y tumoración en flanco izquierdo sin fenómenos sistémicos acompañantes.

Discusión

La baja frecuencia del linfocèle retroperitoneal luego de cirugía aórtica (0,1 a 0,6%)^(1,2) determinó que no fuese sospechado en su inicio, planteándose otras complicaciones de mayor frecuencia como un hematoma periprotésico, una infección protésica o una lesión ureteral izquierda. El diagnóstico de esta complicación fue por lo tanto dificultoso y mediaron numerosos estudios paraclínicos para llegar al mismo. Se realizó una punción percutánea con análisis citoquímico del líquido, que descartó que se tratara de una colección de orina, lo que llevó al planteo de una colección linfática retroperitoneal.

El primer gesto terapéutico fue la aspiración percutánea reiterada, que no logró resolver esta complicación. La reaparición del linfocèle obligó a realizar una fenestración o "marsupialización" intraperitoneal⁽³⁾ que consistió en crear una amplia ventana en el peritoneo parietal posterior, que conectó el linfocèle con la cavidad peritoneal. Este procedimiento también puede realizarse por vía laparoscópica con tasas comparables de morbilidad⁽⁴⁾. Los resultados de la marsupialización intraperitoneal, de acuerdo a diferentes series analizadas^(5,6,7), alcanza un porcentaje de éxitos del 90% de los casos, y tiene

como objetivo absorber la linfa allí drenada a través de la superficie peritoneal. La nutrición parenteral total inicial y la dieta hiperproteica e hipograsa complementan el tratamiento quirúrgico analizado, por disminución en la producción linfática intestinal.

Con la nutrición parenteral total como única terapéutica, se logra una tasa de éxitos de solo el 60%⁽⁸⁾.

La transformación de este linfocèle retroperitoneal en una ascitis quillosa o quilooperitoneo puede determinar como en este caso, la resolución del linfocèle retroperitoneal, mediante la absorción de la linfa en la cavidad peritoneal. En los casos en que haya un fracaso terapéutico, aumenta de todas maneras el espectro de posibilidades terapéuticas como son la administración de diuréticos y fundamentalmente la posibilidad de colocación de un shunt peritoneoyugular.

El mecanismo etiopatogénico del linfocèle retroperitoneal es desconocido, siendo la sección o laceración de troncos linfáticos abdominales la lesión responsable del mismo. La disección aórtica cuidadosa mediante ligaduras sucesivas disminuyen la incidencia de esta complicación, sin lograr erradicarla dado el importante número de colaterales de los troncos linfáticos abdominales⁽⁹⁾.

La incidencia del linfocèle retroperitoneal es baja pero seguramente se necesitarán estudios prospectivos randomizados para determinar la real incidencia de esta complicación de la cirugía aórtica por el abordaje retroperitoneal.

Se realizó una tomografía axial computada (TAC) abdomino-pélvica, que mostró una colección líquida retroperitoneal sin densidad tomográfica de sangre.

Se efectuó una urografía ascendente que mostró indemnidad de la vía excretora.

Por punción percutánea se extrajeron 700ml. de líquido serohemático, cuyo análisis químico mostró:

Urea: 0.33 g/L

Triglicéridos: 683 mg/dl

LDH: 962 UI/L

Colesterol: 58 mg%

Proteínas: 24 g/L

Amilasa: 208 U/L

Citología: Abundantes elementos linfoides, polimorfonucleares, eritrocitos y células mesoteliales.

Luego de la evacuación, mejoría clínica inmediata, seguida de la reproducción de la colección en 24 hs. conservando un buen estado general y sin elementos infecciosos locales, regionales ni sistémicos.

Cursando el 17º día del postoperatorio agregó derrame pleural izquierdo, que se puncionó, obteniéndose 1200 ml. de líquido lechoso. Estudio bacteriológico: estéril.

Citoquímico: exudado, glóbulos rojos alterados y elementos linfoides.

Se reprodujo el derrame pleural en las primeras 24 hs.

Cursando el 22º día del postoperatorio: persistía con distensión abdominal, derrame pleural bilateral a predominio izquierdo, agregando edemas de M.M.I.I., manos y cara por hipooncosis. Destacándose una proteinemia to-

tal de 5.7 g/L y una albúmina de 2.9 g/L.

Se realizó nueva toracocentesis izquierda extrayéndose 1200 ml. de líquido citrino no fétido.

Se reintervino realizándose fenestración peritoneal y evacuación de linfocele retroperitoneal extrayéndose 1000 ml. de líquido blanquecino. La prótesis se encontraba incorporada y no se visualizó ninguna fuga linfática. Se colocó epiplón mayor pediculado en el lecho retroperitoneal.

En el postoperatorio inmediato se instaló nutrición parenteral total. Cursó sin incidentes hasta el 5º día del postoperatorio de su reintervención en el que instaló priapismo que requirió la realización de una derivación caverno-esponjosa (técnica de Al-Gorab).

Al 10º día del postoperatorio de la reintervención abdominal se suspendió la nutrición parenteral total y se reinstaló la vía oral con buena tolerancia.

Buena evolución ulterior, otorgándosele el alta a las 72 hs. En el momento actual presenta distensión abdominal leve y discretos dolores postprandiales. La TAC de control es normal, no evidenciando ninguna colección residual, ni líquido libre intraperitoneal..

Bibliografía

- 1.- Garrett HE, Richardson JW, Howard HS, et al. Retroperitoneal lymphocele after abdominal aortic surgery. *J.Vasc.Surg.*1989;10:245-53.
- 2.- Amante JM, Barry DK. Complication tecnics of renal trasplantation. *Surg.Clin. North. Am.*1994;5:1175-90.
- 3.- Khauli RB, Mosenthal AC, Caushaj PF. Treatment of lymphocele and linfatic fistula following renal transplantation by laparoscopic peritoneal window. *J.Urol.*1992;147:1353-5.
- 4.- Byron RL, Yonemoto RH, Davajan et al. Lymphocysts: Surgical correction and prevention. *Am.J.Obstet Gynecol.*1966;94:203-7.
- 5.- Pabst TS, McYntyre KE, Schilling JD et al. Management of chyloperitoneum after abdominal aortic surgery. *Am J Surg.*1993;166:194-7.
- 6.- Meinke AH, Estes NC, Emst CB. Chylous ascitis following abdominal aortic aneurysmectomy. *Ann.Surg.*1979;190:631-3.
- 7.- Sarazin WG y Sauter KE. Chylous ascites following resection of a ruptured abdominal aneurysm. *Arch.Surg.*1986;121:246-7.
- 8.- Ablan CJ, Littooy Fn, Freeark RJ. Postoperative chylous ascites: diagnosis and treatment. *Arch.Surg.*1990;125:270-3.
- 9.- Lund RH, Moritz MW. Complications of Denver peritoneovenous shunting. *Arch.Surg.*1982;117:924-8.