

# Ficha adicional: Marsupialización intraperitoneal de los linfoceles pélvicos por vía laparoscópica

R Fournier  
O Cussenot

## Marsupialización intraperitoneal de los linfoceles pélvicos por vía laparoscópica

**Resumen.** — Los linfoceles pélvicos pueden aparecer tras un trasplante renal (del 0,6 al 18 % de los casos) o un vaciamiento ganglionar (del 0,5 al 10 % de los casos), durante una prostatectomía radical por cáncer. Los linfoceles sintomáticos pueden ser tratados, en un primer tiempo, mediante punción percutánea, asociada o no a la instilación de un producto esclerosante como la tetraciclina o la povidona yodada. No obstante, la tasa de recidivas es considerable. Los linfoceles no infectados han sido tratados desde hace años mediante la marsupialización intraperitoneal a cielo abierto, asociada o no a una omentoplastia. Desde la primera publicación de una marsupialización por vía laparoscópica por McCullough en 1991, numerosos autores han adoptado esta técnica que parece ser actualmente el método de elección ante un linfocele pélvico sintomático.

© 2001, Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, París. Todos los derechos reservados.

### Introducción

En cirugía urológica, los linfoceles pélvicos aparecen en dos tipos de intervención:

- en la prostatectomía radical retropúbica con linfadenectomía ilio-obturatriz, que se complica por un linfocele en un 0,5 a 10 % de los casos<sup>[1]</sup>;
- en el trasplante renal, se presenta de un 0,6 a un 18 % de los casos<sup>[2]</sup>. Suele ser consecuencia de la disección de los vasos ilíacos del receptor, la disección de los linfáticos y decapsulación del injerto, y por otros mecanismos como el rechazo<sup>[10]</sup>, el tratamiento inmunológico supresor e incluso el ejercicio físico.

Los signos clínicos que pueden indicar la existencia de un linfocele son la presencia de dolor, edema del miembro inferior, signos de compresión venosa y urinaria o una masa palpable. La ecografía pélvica permite confirmar el diagnóstico y valorar sus repercusiones. La tomografía computadorizada (TC) debe indicarse siempre que se esté considerando un tratamiento quirúrgico, con el fin de delimitar tanto la topografía de la colección como sus relaciones con las estructuras vasculares o urinarias (uréter y eventualmente injerto renal) (fig. 1). El linfocele pélvico deberá ser tratado cuando sea de gran volumen y comporte repercusiones clínicas o complicaciones<sup>[12]</sup>:



1

- la punción-aspiración simple con aguja puede realizarse bajo control ecográfico. Permite confirmar el diagnóstico y efectuar un estudio bacteriológico, pero expone a una recidiva precoz;
- la inyección de substancias esclerosantes (povidona yodada, tetraciclinas), en ocasiones pueden ser eficaces;
- el drenaje quirúrgico externo está indicado en el linfocele infectado;
- la marsupialización intraperitoneal a cielo abierto, basada en la capacidad de reabsorción del peritoneo, fue descrita hace más de 30 años. La utilización del epiplón permite aumentar esta propiedad y evitar el cierre eventual de la ventana peritoneal. En 1991, McCullog<sup>[9]</sup> describió la primera vía de acceso laparoscópica para esta patología. Como consecuencia de los resultados obtenidos posteriormente, la

Robert Fournier : Chef de clinique-assistant de chirurgie des hôpitaux des Armées.  
Clinique d'urologie (professeur P Houdelette), hôpital d'instruction des Armées du Val-de-Grâce, 74, boulevard de Port-Royal, 75230 Paris cedex 05, France.  
Olivier Cussenot : Professeur des Universités, praticien hospitalier.  
Service d'urologie (professeur A Le Duc), hôpital Saint-Louis, 1, avenue Claude-Vellefaux, 75475 Paris cedex 10, France.

laparoscopia encuentra aquí una de sus indicaciones menos discutidas en cirugía urológica.

## Técnica quirúrgica

### COLOCACIÓN DEL PACIENTE

La intervención se efectuará bajo anestesia general, con el paciente colocado en Trendelenburg [7]. Una sonda vesical de doble corriente permitirá el relleno vesical durante la intervención si fuera necesario. El cirujano se coloca en el lado opuesto a la colección y el ayudante en frente de él. El monitor se coloca a los pies del paciente.

### NEUMOPERITONEO

Se realiza mediante una aguja de Palmer o de Veress a la altura del ombligo. La presión intraabdominal no debe sobrepasar los 15 mmHg.

### COLOCACIÓN DE LOS TROCARES (fig. 2)

Son necesarios tres o cuatro trocares:

- un trocar umbilical de 10 mm para la óptica;
- en el lado opuesto de la colección, en posición supra e infraumbilical, se coloca un trocar de 5 mm y otro de 10 mm para la pinza de prensión, las tijeras, la cánula de lavado-aspiración y el aplicador de grapas, etc.
- a veces es de gran utilidad la colocación de un trocar suplementario en la fosa ilíaca, del mismo lado de la colección, para colocar una pinza de prensión.

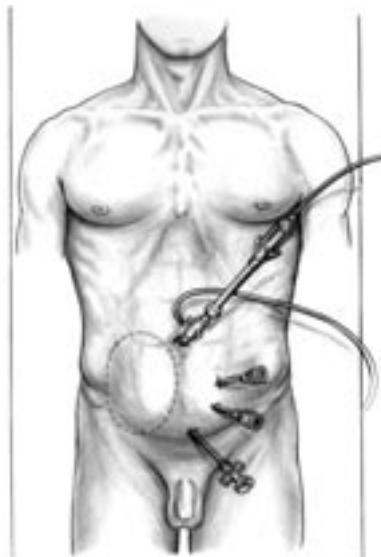
### LOCALIZACIÓN DE LA COLECCIÓN

Si bien en general es fácil de localizar, el espesor de la pared del linfocito dificulta la tarea, por lo que habrá que recurrir a algunos artificios [11]:

- la transiluminación simple y la palpación;
- la punción de la cavidad con una aguja fina bajo control ecográfico peroperatorio y la inyección de suero teñido [4].
- a veces, el llenado de la vejiga es útil para precisar sus límites;
- según algunos autores, la colocación de un catéter ureteral resulta de gran ayuda para localizar el uréter.

### TRATAMIENTO DE LA COLECCIÓN

Después de abrir con tijeras la pared y mediante la cánula de lavado se aspira el contenido de la colección. La cavidad se



2

lava con suero, y todas las celdillas visibles deben ser alisadas. Debe hacerse una ventana peritoneal suficientemente amplia. Los bordes peritoneales se electrocoagulan [3, 6] o se fijan con clips [5] al mismo peritoneo parietal anterior para evitar que puedan volver a cerrarse.

A veces se puede asociar a estas maniobras una omentoplastia. Un colgajo o brazo de epiplón se introduce en la cavidad, fijándolo mediante clips [11] o pegamento biológico [2]. Se aspira el neumoperitoneo y se retiran los trocares. No es necesaria la colocación de un dren.

## Resultados

La vía de acceso laparoscópico responde a los mismos principios y cumple los mismos requisitos de tratamiento que la vía abierta, reduciendo el dolor postoperatorio y el tiempo de hospitalización. Todo lo cual ha hecho que la laparoscopia se haya convertido en el tratamiento de elección para los linfocitos pélvicos [4].

Sin embargo, la localización interna y mediana de la colección respecto al injerto hace necesario que se extremen las precauciones en caso de un linfocito tras trasplante renal, debido al aumento de riesgo de lesión ureteral o incluso pedicular.

Por otra parte, la infección de la colección es incompatible con el drenaje interno.

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención del artículo original: Fournier R et Cussenot O. Marsupialisation intrapéritonéale des lymphocèles pelviens par cœlioscopie. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Techniques chirurgicales – Urologie, f. a. 41-499-A, 1999, 2 p.

## Bibliografía

- [1] Bardot SF, Montie JE, Jackson CL, Seiler JC. Laparoscopic surgical technique for internal drainage of pelvic lymphocytic. *J Urol* 1992 ; 147 : 808-809
- [2] Benizri E, Fabiani P, Cassuto E, Amiel J. Fenestration par voie cœlioscopique d'une lymphocèle post-transplantation rénale. *J Urol* 1994 ; 100 : 269-271
- [3] Fahlenkamp D, Raatz D, Schönberger B, Loening SA. Laparoscopic lymphocytic drainage after renal transplantation. *J Urol* 1993 ; 150 : 316-318
- [4] Gill IS, Hodge EE, Munch LC, Goldfarb DA, Novick AC, Lucas BA. Transperitoneal marsupialization of lymphocytic: a comparison of laparoscopic and open techniques. *J Urol* 1995 ; 153 : 706-711
- [5] Grüssner RW, Fasola C, Benedetti E, Foshager MC, Grüssner AC, Matas AJ et al. Laparoscopic drainage of lymphocytic after kidney transplantation: indications and limitations. *Surgery* 1995 ; 117 : 288-295
- [6] Iselin CE, Rochat CH, Morel P, Merlini M. Laparoscopic drainage of postoperative pelvic lymphocytic. *Br J Surg* 1994 ; 81 : 274-275
- [7] Le Roux Y, Bottet P, Breffort JL, Hurault de Ligny B, Samama G. Lymphocytic pelviennes après transplantation rénale. Marsupialisation intrapéritonéale par cœlioscopie. *Presse Med* 1994 ; 23 : 288-290
- [8] Martin X, Aboulaib R, Dawahra M, Lagha K, Garnier JL, Pangaud C et al. Traitement des lymphocytic après transplantation rénale. *Prog Urol* 1996 ; 6 : 260-263
- [9] McCullough C, Soper N, Clayman R, So D, Jendrisak M, Hanto D. Laparoscopic drainage of post transplant lymphocytic. *Transplantation* 1991 ; 51 : 725-727
- [10] Schilling M, Abendroth D, Kuntz R. Treatment of lymphocytic in renal transplant recipients by laparoscopic fenestration after transcutaneous staining. *Br J Surg* 1995 ; 82 : 246-248
- [11] Sibert L, Descargues G, Etienne I, Annoot M, Boillot B, Grise PH. Drainage d'une lymphocytic après transplantation rénale par laparoscopie. *Prog Urol* 1993 ; 3 : 671-676
- [12] Sibert L, Descargues G, Scotte M, Planet M, Thoumas D, Annoot M et al. Drainage laparoscopique d'une lymphocytic après prostatectomie radicale. *Ann Urol* 1994 ; 28 : 202-206