

Manejo del linfocele pelviano después de la prostatectomía radical con linfadenectomía pelviana extendida: marsupialización laparoscópica

Management of pelvic lymphocele after radical prostatectomy with extended pelvic lymphadenectomy: laparoscopic marsupialization

Miguel Bergero, Fernando Dipatto, Diego Gancedo, Claudio Radolovich, Hugo Klocker, Carlos David

Servicio de urología. Sanatorio Privado San Gerónimo. Santa Fe. Argentina.

INTRODUCCIÓN

La resección de los ganglios linfáticos pelvianos (RLP) extendida al momento de la prostatectomía radical (PR) por un cáncer de próstata (CP) ha aumentado ya que presenta beneficios en la estadificación del CP.¹ No obstante, estos beneficios potenciales deben considerarse ante posibles morbilidades como el linfocele pélvico (LP), cuya incidencia varía entre el 3,5% y el 54%.^{2,3}

El LP puede presentarse con síntomas del tracto urinario inferior, dolor en el hipogastrio, trastornos nerviosos o alteraciones vasculares. Además, puede ocasionar complicaciones infectológicas graves. El

mejor algoritmo de tratamiento del LP aún no se ha definido, aunque el tratamiento generalmente se reserva para los LP sintomáticos e incluye el drenaje percutáneo con o sin sustancias esclerosantes y la marsupialización abierta o laparoscópica.⁴ El objetivo de este reporte de caso es presentar un paciente al que se le realizó una marsupialización laparoscópica (ML).

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 65 años al que se le realizó una PR con RLP extendida (ver características del paciente en la tabla 1) por un CP de alto riesgo.

PSA.	11 ng/ml.
Examen rectal.	Induración Lóbulo Derecho (LD).
Biopsia de próstata.	6/12 muestras positivas. 80% > porcentaje de la muestra. Adenocarcinoma de Gleason 8 (4 + 4).
TC abdomen y pelvis.	No secundarismo.
Centellograma óseo.	No secundarismo.
RNM multiparamétrica.	PI-RADS 5 zona periférica al LD.
Nomograma de Briganti.*	38% probabilidad de compromiso ganglionar.
pT.	Adenocarcinoma de Gleason 9 (4 + 5). Compromiso del 45% del LD. Márgenes quirúrgicos negativos. pT2B.
pN.	29 ganglios negativos.
PSA postoperatorio.	< 0,01 ng/ml.

Tabla 1. Características del paciente

*http://www.pixelhive.net/nomograma_briganti

Tiempo operatorio.	65 minutos.
Sangrado.	No cuantificable.
Características de los linfocitos.	Paredes gruesas, con importante reacción fibrótica. En su interior, los LP presentaban abundante tejido fibrinar organizado.
Cultivos del líquido evacuado de los quistes.	Negativo.
Anatomía patológica.	Tejido inflamatorio sin atipias.

Tabla 2. Características de la cirugía

Luego del alta institucional, a los 30 días de la cirugía, ingresó por guardia por un cuadro de dolor en el hipogastrio y febrículas vespertinas (37,8 °C), con decaimiento general de una semana de evolución.

El analítico de sangre informó leucocitosis con predominio de neutrófilos (11.650 GB) con una función renal conservada. Se realizaron cultivos de orina y sangre. La tomografía computada mostró un LP bilateral (ver imagen 1). Se realizó una punción percutánea guiada por ecografía de ambos LP y se evacuó un escaso líquido citrino, al que se le realizó un cultivo. Luego de la punción, el paciente comenzó con antibióticos de amplio espectro.

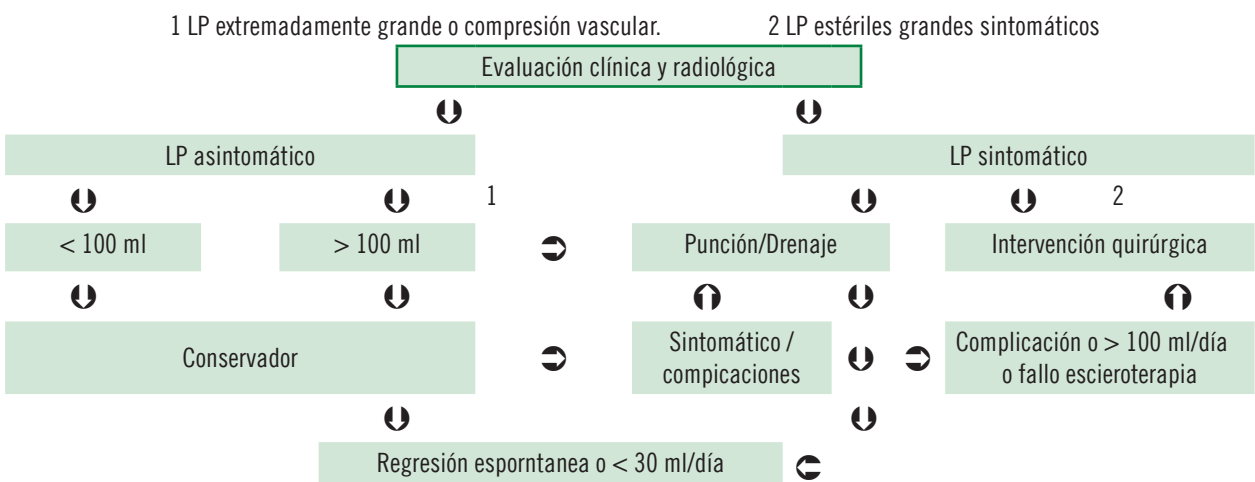
A las 48 horas de la internación el paciente continúa subfebril con dolor en el hipogastrio. Los cultivos son informados como negativos. Después de discutir el caso en el comité de infectología, se decidió intervenir quirúrgicamente al paciente y se le realizó una ML (ver imagen 2).

El paciente evolucionó favorablemente y se internó a las 48 h de la cirugía sin drenaje. Al mes de

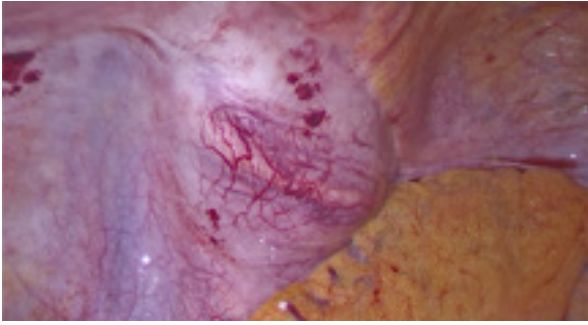
la cirugía, se realizó una tomografía computada de abdomen y pelvis sin contraste de control donde no se constata el LP.

TÉCNICA QUIRÚRGICA: principios básicos de la intervención

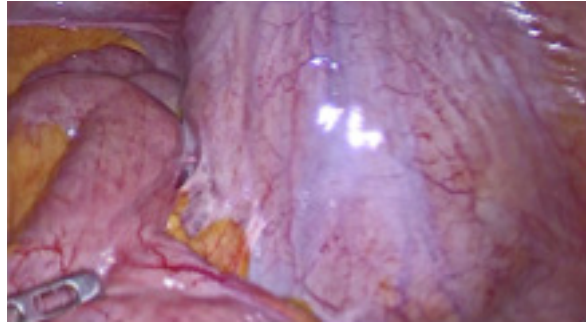
Posición de Trendelenburg para desplazar el intestino. Colocación de 1 puerto laparoscópico 10 mm umbilical y triangulación con 2 puertos laparoscópicos 5 mm en el hemiabdomen contralateral al LP (ver imagen 3). Adecuada identificación del LP (ver imagen 2.a y 2.b.) a través de la inspección ocular (abombamiento), comprensibilidad (depresión del tejido) o aspiración del contenido. Vaciado de la vejiga con una sonda Foley. Apertura del LP con un correcto drenaje y desbridamiento de la estructura interna (ver imagen 2.c.). Realización de una amplia ventana peritoneal que permita el correcto drenaje del LP (ver imagen 2.d.) y que evite la formación de hernias intestinales.



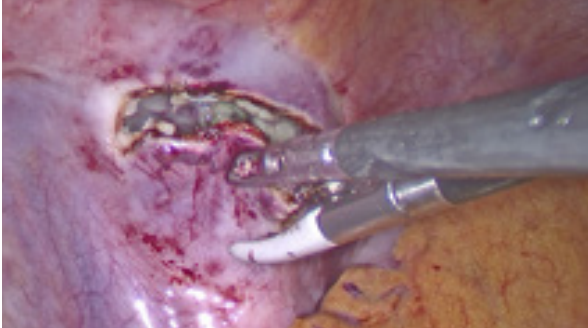
Algoritmo terapéutico de Khoder y cols. Tomado y modificado de Eur J. Med Res. 2011; 16: 280-4



2 a. Linfocele izquierdo



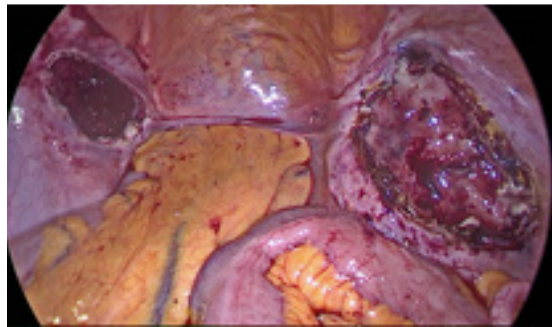
2 b. Linfocele derecho



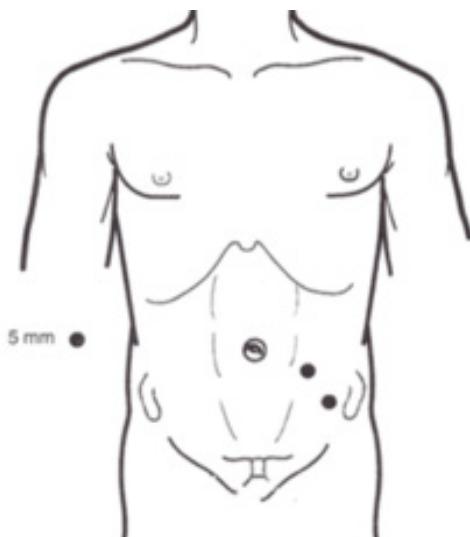
2 c. Apertura del linfocele izquierdo



2 d. Ventana peritoneal. Debridamiento del contenido del linfocele



2 e. Vista panorámica. Apertura ambos infocoles



3. Colocación de los puertos laparoscópicos

DISCUSIÓN

En la última década muchos centros han comenzado a realizar RLP extendida en el tratamiento del CP ante la premisa de beneficios terapéuticos, pero con un mayor riesgo de morbilidad.¹ Capitano, realizó un estudio en pacientes que se sometieron a PR con RLP y encontró que los factores predictivos de la formación de LP eran la cantidad de ganglios linfáticos extirpados. Además, concluyó que la disección de los ganglios linfáticos ilíacos externos tenía un mayor riesgo de presentar un LP en comparación con la disección de los ganglios linfáticos obturatries⁵.

Diferentes trabajos han mostrado que la incidencia de colecciones se puede minimizar mediante una

técnica quirúrgica meticulosa de sellado de los vasos linfáticos durante la linfadenectomía, la apertura del peritoneo finalizado el procedimiento o la realización de una prostatectomía asistida por robot. Sin embargo, otros trabajos también mostraron que existen factores de riesgo para desarrollar un LP, como la extensión extracapsular del CP o el número de ganglios comprometidos por el CP, que no dependen del operador.^{2,57}

La incidencia de un LP luego de una RLP es alta, y solo algunos LP sintomáticos requieren tratamiento.³ Orvieto⁸ analizó pacientes sometidos a una RLP seguidos con TC pelviana y evidenció que el 51% de los pacientes tuvieron LP y solo el 1,3% requirió drenaje percutáneo.⁸

Una revisión cuidadosa de la literatura mostró la existencia de pocos estudios que valoren cuándo y cómo debe ser tratado un LP posterior a una PR. Respondiendo al primer interrogante, Khoder en un estudio multicéntrico basado en el análisis retrospectivo de las decisiones terapéuticas tomadas en 304 pacientes con LP, constató que los LP sintomáticos o complicados constituyen la indicación absoluta para realizar un tratamiento⁴. Respondiendo al segundo interrogante, el drenaje percutáneo es la terapéutica más utilizada, pero esta tiene una baja tasa de éxito, una alta tasa de recurrencia (25%) y de

infecciones (50%).^{9,10} Por el contrario, la ML presenta una alta tasa de éxito (>90%); y muchos la recomiendan como el tratamiento estándar, pero esta requiere de anestesia general y de una mayor estadía hospitalaria, y existe riesgo de complicaciones quirúrgicas, lo que hace que sea un tratamiento menos utilizado.^{4,11,12}

Treyer analizó a 52 pacientes que presentaban un LP luego de una PR con el fin de determinar el mejor tratamiento para el LP y evidenció que el drenaje percutáneo con sustancia esclerosante se debía utilizar solo en el LP unilocular (tasa de éxito del 80% contra el 16% en el LP multilocular) y que la ML era el tratamiento más efectivo para el tratamiento del LP, con una baja tasa de recurrencia¹².

Khoder publicó un algoritmo terapéutico (ver algoritmo) basado en la decisión de cirujanos expertos⁴. Como se expuso en nuestro caso, estos autores recomiendan que en los pacientes con un LP infectado, se debería realizar un análisis bacteriológico por punción y que deberían ser resueltos con una ML para evitar futuras complicaciones asociadas a los catéteres de drenaje o a la recurrencia del LP infectado. Además, proponen debridar correctamente el contenido del linfocelo (membranas sépticas o tejido de granulación) y dejar un drenaje externo para evacuar el remanente infeccioso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harbin AC, Eun DD. The role of extended pelvic lymphadenectomy with radical prostatectomy for high-risk prostate cancer. *Urol Oncol.* 2015; 33(5): 208-16.
2. Zorn KC, Katz MH, Bernstein A, Shikanov SA, Brendler CB, Zagaja GP, Shalhav AL. Pelvic lymphadenectomy during robot-assisted radical prostatectomy: Assessing nodal yield, perioperative outcomes, and complications. *Urology.* 2009 Aug; 74(2): 296-302.
3. Solberg A, Angelsen A, Bergan U, Haugen OA, Viset T, Klepp O. Frequency of lymphoceles after open and laparoscopic pelvic lymph node dissection in patients with prostate cancer. *Scand J Urol Nephrol.* 2003; 37(3): 218-21.
4. Khoder WY, Trottmann M, Seitz M, Buchner A, Stuber A, Hoffmann S, Stief CG, Becker AJ. Management of pelvic lymphoceles after radical prostatectomy: a multicentre community based study. *Eur J Med Res.* 2011 Jun 21; 16(6): 2804.
5. Capitanio U, Pellucchi F, Gallina A, Briganti A, Suardi N, Salonia A, Abdollah F, Di Trapani E, Jeldres C, Cestari A, Karakiewicz PI, Montorsi F. How can we predict lymphorrhoea and clinically significant lymphoceles after radical prostatectomy and pelvic lymphadenectomy? Clinical implications. *BJU Int.* 2011 Apr; 107(7): 1095-101.
6. Lee JY, Diaz RR, Cho KS, Yu HS, Chung JS, Ham WS, Choi YD. Lymphocele after extraperitoneal robot-assisted radical prostatectomy: a propensity score-matching study. *Int J Urol.* 2013 Dec; 20(12): 1169-76.
7. Musch M, Klevecka V, Roggenbuck U, Kroepfl D. Complications of pelvic lymphadenectomy in 1,380 patients undergoing radical retropubic prostatectomy between 1993 and 2006. *J Urol.* 2008 Mar; 179(3): 923-8; discussion 928-9.
8. Orvieto MA, Coelho RF, Chauhan S, Palmer KJ, Rocco B, Patel VR. Incidence of lymphoceles after robot-assisted pelvic lymph node dissection. *BJU Int.* 2011 Oct; 108(7): 1185-90.
9. Gilliland JD, Spies JB, Brown SB, Yrizarry JM, Greenwood LH. Lymphoceles: percutaneous treatment with povidone-iodine sclerosis. *Radiology.* 1989 Apr; 171(1): 227-9.
10. Kim JK, Jeong YY, Kim YH, Kim YC, Kang HK, Choi HS. Postoperative pelvic lymphocele: treatment with simple percutaneous catheter drainage. *Radiology.* 1999 Aug; 212(2): 390-4.
11. Gill IS, Hodge EE, Munch LC, Goldfarb DA, Novick AC, Lucas BA. Transperitoneal marsupialization of lymphoceles: a comparison of laparoscopic and open techniques. *J Urol.* 1995 Mar; 153(3 Pt 1): 706-11.
12. Treiyer A, Haben B, Stark E, Breitling P, Steffens J. Uni- vs. multiloculated pelvic lymphoceles: differences in the treatment of symptomatic pelvic lymphoceles after open radical retropubic prostatectomy. *Int Braz J Urol.* 2009 Mar-Apr; 35(2): 164-9; discussion 170.