

## Linfocele en miembros inferiores

Marcelo R Venecia,<sup>1</sup> Claudia E Grill,<sup>2</sup> Emilio E Desjardins,<sup>2</sup> María D Martínez<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Jefe de Servicio de Flebología, Clínica Mayo.

<sup>2</sup> Integrante Staff Servicio de Flebología, Clínica Mayo. San Miguel de Tucumán. Tucumán, Argentina.

*Flebología* 2019;45:34-39

### Resumen

El linfocele es una colección de linfa que carece de epitelio de revestimiento. En miembros inferiores, son poco frecuentes; suelen originarse a posteriori de lesiones de vasos linfáticos por cirugías o traumatismos. En este último caso, se los conoce por Síndrome de Morell Lavallée, quien los describió en 1863. Aparecen entre 7 y 10 días después del trauma y, pueden alcanzar un gran tamaño. El diagnóstico se basa en la clínica, ecografía de partes blandas, ecodoppler venoso, TAC, RMN; más punción – aspiración y examen físico-químico-citológico del líquido obtenido. El tratamiento varía desde: 1) punción – aspiración; 2) punción – aspiración e instilación de sustancias esclerosantes; 3) drenaje quirúrgico; 4) resección del quiste. Presentamos dos pacientes con linfocele postraumático en miembros inferiores, tratados en nuestra práctica privada.

**Palabras claves.** Linfocele, traumatismo, clínica, Síndrome Morell Lavallée, esclerosis.

### Lymphocele in lower limbs: clinical cases

#### Summary

Lymphocele is a lymph collection without epithelial lining. In lower limbs, they are rare; they usually originate posteriorly from lesions of lymphatic vessels due to surgeries or traumatism. In the last case, they are known as Morell Lavallée 'Syndrome, who described it in 1863. They appear between 7 and 10 days after the trauma and can reach a large size. The diagnosis is based on clinical findings, soft tissue ultrasound, venous echo doppler exam, CT, MRI, aspiration and physical-cytological-chemical examination of the liquid obtained. Treatment varies from: 1) needing aspiration; 2) puncture- aspiration and instillation of sclerosing substances; 3) surgical drainage; 4) resection of the cyst. We present two patients with posttraumatic lymphocele in the lower limbs, treated in our private practice.

**Key words.** Lymphocele, traumatism, clinic, Morell Lavallée 'Syndrome, sclerosis.

### Introducción

Por definición el linfocele es una colección de linfa que carece de epitelio de revestimiento y se localiza más frecuentemente en pelvis y en menor medida en miembros; sus causas son secundarias a grandes disecciones de vasos linfáticos en cirugías ginecológicas, urológicas, vasculares y linfadenectomías inguinales o axilares por patologías oncológicas.

Actualmente es muy frecuente (0,6 - 18%) post trasplante renal.

**Correspondencia:** Marcelo R Venecia  
9 de Julio 279, Clínica Mayo. San Miguel de Tucumán,  
Tucumán, Argentina  
Correo electrónico: dr.venecia@hotmail.com

Fueron descritos también en posoperatorios de cirugía venosa convencional o con láser.

Una causa poco frecuente es el postraumático en miembros inferiores, producido por una fuerza tangencial que cizalla los tejidos superficiales sobre los profundos, con sección de vasos linfáticos, formando una cavidad virtual que suele encapsularse. Se localizan más frecuentemente en cara lateral de muslo y en menor frecuencia en cara lateral de rodilla. Este síndrome fue descrito por el cirujano francés Maurice Morell Lavallée en 1863 y lleva su nombre.

Clínicamente aparecen entre 7 y 10 días del posoperatorio o del traumatismo, siendo pequeños al comienzo y pudiendo alcanzar un gran tamaño, que puede producir compresión de estructuras vecinas e incluso infectarse.

El diagnóstico se basa en la clínica, ecografía de partes blandas, ecodoppler venoso, TAC, RMN, según el caso y la localización de la colección. Por medio de una punción aspiración podemos observar las características del líquido extraído y realizar un estudio físico-químico-citológico (se descartan hematomas y/o urinomas, colecciones purulentas).

El tratamiento puede ser: 1) marsupialización quirúrgica con o sin omentoplastia cuando se localizan en abdomen (con buenos resultados y baja mortalidad); 2) drenaje quirúrgico abierto; 3) punción aspiración percutánea (actualmente en desuso, por las altas tasas de recidivas y la posibilidad de infección); 4) punción aspiración e instilación de sustancias esclerosantes (iodopovidona, etanol, bleomicina, adhesivos de fibrina, polidocanol, tetradecilsulfato de sodio, entre otras). Esta última técnica tiene la ventaja de tener baja mortalidad, baja tasa de recurrencia y ser repetible.

Presentamos dos pacientes con linfoceles postraumáticos de diferentes tamaños y que luego de ser diagnosticados fueron tratados de distinta forma.

Motiva esta presentación la poco frecuente localización de estos Síndromes de Morell Lavallée, la escasa casuística encontrada en la literatura mundial y los buenos resultados obtenidos con una terapéutica sencilla.

## Material y método

**Caso 1:** paciente femenino de 48 años, con el antecedente de una caída y traumatismo en cara

anterior de pierna. Al examen físico, se comprobaba una tumoración blanda, fluctuante, de aproximadamente 3 cm de diámetro. Se realizó una ecografía de partes blandas, que informó colección anecoica bien delimitada. (Figuras 1-2).

**Figura 1.** Caso 1.



**Figura 2.** Caso 1.



Se practicó una punción evacuadora, obteniéndose unos 6 ml de líquido citrino. Se colocó un vendaje elástico por 72 horas.

A los 10 días, se presentó más pequeño, se repunza y aspira 3 ml. Se indicó elastocompresión por 72 horas. Esta vez con excelente respuesta, sin recidiva.

**Caso 2:** paciente varón de 50 años, que consultó por la presencia de una tumoración en cara antero-externa, tercio superior de pierna izquier-

da. Refirió como antecedente haber sufrido un golpe en esa pierna mientras realizaba su trabajo (cosechero de limón, suben y bajan repetidamente por escaleras tijeras para cortar los frutos de las plantas).

La tumoración, al principio pequeña, fue aumentando de tamaño con el correr de los días (10 días), obligando al paciente a concurrir a la consulta.

Al examen físico, se observó esta tumoración blanda, indolora, de consistencia elástica, fluctuante, de aproximadamente 8 cm de diámetro; en cara anteroexterna sobre 1/3 superior de pierna izquierda (Figura 3).

**Figura 3.** Caso 2.



Además presentaba várices de distribución anárquica en esa pierna, sin trastornos de piel ni faneras, pulsos periféricos presentes.

En ecografía de partes blandas, presentó a nivel del tejido celular subcutáneo, región lateral externa de pierna, imagen hipoeoica (de aspecto líquido), tabicada. Superficial a dicha imagen se observaron venas insuficientes que no conectaban con la tumoración.

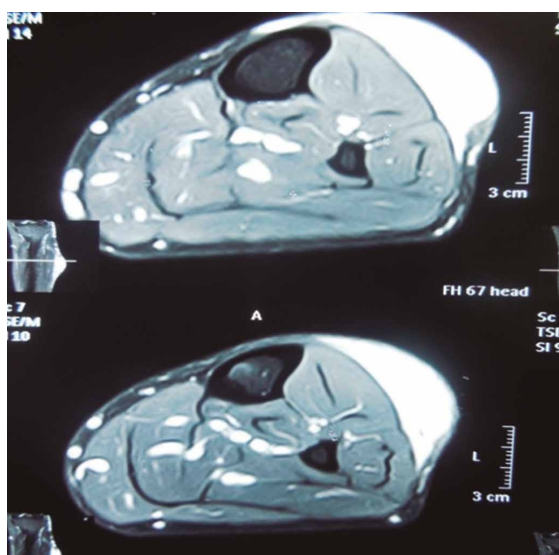
El ecodoppler venoso informó sistemas safenos internos y externos competentes. Presentó venas superficiales insuficientes, en región lateral de muslo y pierna, que no conectaban con venas safenas. No presentó perforantes insuficientes.

La RMN informó: en TCSC de cara anteroexterna de pierna, tercio medio y proximal se ob-

servó imagen con hiperintensidad de señal en las secuencias que ponderan el T2 y saturación grasa. Hipointensa en T1, con señal homogénea, de forma "ahusada" de 55 mm (en sentido céfalocaudal) por 70 mm (anteroposterior) y por 30 mm de ancho en sus partes más distales. La imagen mostró señal homogénea.

Por encima de la imagen, se visualizaron trayectos vasculares dilatados, con flujo lento que se extendieron en el panículo adiposo en sentido ascendente. No presentó alteración de señal de los grupos musculares evaluados (Figuras 4-5).

**Figuras 4 y 5.** Caso 2.



Se realizó punción aspiración de la tumoración, obteniéndose un líquido citrino, que fue enviado a examen físico-químico, citológico y bacteriológico, que confirmó su origen linfático. Cultivo negativo.

Con el diagnóstico de linfocele, se decidió

realizar punción aspiración, evacuándose 40 ml de líquido. A continuación, bajo visión con ecógrafo Philips IE 33 y transductor lineal de 7,5 MHz, se inyectaron 8 cc de Foam de polidocanol (AET 2 %) dentro de la cavidad (Figura 6). Se realizó elastocompresión por 72 horas.

**Figura 6.** Caso 2.



El mismo procedimiento se realizó 3 veces más (una por semana), con guía ecográfica para las punciones, por los tabiques que presentaba la tumoración y, de ese modo, se logró una correcta distribución del foam. Debemos aclarar que en cada sesión se fue reduciendo la cantidad de líquido extraído como así también la cantidad de espuma instilada.

De esta forma se logró la resolución total del linfocele, siendo el procedimiento bien tolerado por el paciente, regresando a sus actividades inmediatamente y se evitó el tratamiento quirúrgico que hubiese tenido mayor morbilidad y demanda de reposo físico por mucho tiempo (Figura 7).

**Figura 7.** Caso 2. Foto final del tratamiento.



## Discusión

Como se expresó anteriormente, los linfoceles son colecciones de linfa sin epitelio de revestimiento, generalmente secundarios a linfadenectomías radicales como ocurre en cirugías oncológicas y/o abdominales de envergadura.

Actualmente son de aparición frecuente post trasplante renal (0,6 a 18%), sobre lo cual hay vasta experiencia en el manejo.<sup>1,2</sup>

Los linfoceles posflebectomías varían, según distintos autores, entre 1,6 y 1,8%, y también fueron descritos en posoperatorios de cirugía venosa convencional y con láser.<sup>3,4</sup>

Un escaso número de linfoceles son producidos por traumatismos en miembros inferiores; para que esto ocurra el traumatismo debe ser en forma tangencial, lo que provoca cizallamiento de los vasos linfáticos superficiales sobre el plano profundo, dejando una cavidad virtual.

Su localización más frecuente es en cara externa de muslo y lateral de rodilla. Fue descrito por el cirujano francés Maurice Morell Lavallée en 1863. Se lo conoce como Síndrome de Morell Lavallée.<sup>5,6</sup>

Por lo general, aparecen entre los 7 y 10 días posteriores al traumatismo, como les ocurrió a nuestros pacientes; aunque con la localización distinta a la descrita por Morell Lavallée, caras anterior y anteroexterna de las piernas.

Clínicamente se presentaron con la forma típica de tumoración blanda, fluctuante, indolora y fueron aumentando de volumen con el correr de los días; sin lesión asociada a otras estructuras adyacentes y con piel sana.<sup>5,6</sup>

El diagnóstico se realizó por los antecedentes, clínica y exámenes complementarios: ecografía de partes blandas, ecodoppler venoso, TAC y/o RMN (permitiendo descartar compromiso vascular y relación con estructuras vecinas). A continuación, la punción aspiración del líquido y su examen físico-químico-citológico para confirmar su origen linfático.<sup>1,2,6</sup>

Este algoritmo de estudio que utilizamos coincide con la bibliografía consultada, la cual es escasa con respecto a estas presentaciones en miembros inferiores.

Con respecto a las opciones terapéuticas disponibles, debemos diferenciarlas según la localización anatómica del linfocele. En abdomen y pelvis, puede variar desde una punción percutá-

nea dirigida por ecografía o TAC para evacuarlo, hasta un drenaje quirúrgico abierto o por laparoscopia, ambos con pobres resultados, mayor posibilidad de infección y alta tasa de recidivas.<sup>7</sup>

La marzupialización quirúrgica, ya sea abierta o laparoscópica (Mc Cullog la describió por primera vez en 1991), es el método más usado y puede ir acompañado o no de omentoplastia.<sup>8</sup>

Por último, la escleroterapia (guiada por ecografía) en linfoceles es una técnica con baja mortalidad, cómoda para el paciente y fácilmente repetible.

Consiste en dos pasos: punción aspiración y luego instilación de sustancias esclerosantes, a saber: iodopovidona (la más usada fue realizada por Teruel en 1982) no pudiendo ser aplicada en pacientes alérgicos al yodo. También se utiliza bleomicina, tetraciclinas, etanol, talco, pegamento de fibrina, polidocanol y tetradecilsulfato de sodio.<sup>9-15</sup>

Decidimos utilizar en nuestros pacientes esta técnica, por ser fácil de realizar, ambulatoria, con buena aceptación por los pacientes, repetible y con baja morbilidad.

La sustancia esclerosante utilizada en el caso 2 fue el Polidocanol 2% (AET) en forma de Foam (realizado con Técnica de Tessari), por estar familiarizados con su uso y conocer sus propiedades y posibles complicaciones. A posteriori se colocó vendaje elástico por 72 horas.

Se realizaron cuatro sesiones, una por semana, hasta su total resolución. El paciente no refirió dolor en los días posteriores al tratamiento y se reintegró inmediatamente a sus labores.

Al paciente se lo citó para control clínico y ecográfico al mes de finalizado el tratamiento, dándose el alta.

## Conclusión

- Los linfoceles postraumáticos (Síndrome de Morell Lavallée) son de presentación poco frecuente.

- Luego de un correcto diagnóstico mediante la clínica y los métodos complementarios descritos, la elección terapéutica depende de la localización, el tamaño y la etiología. Consideramos que la escleroterapia ecodirigida, en linfoceles de miembros inferiores, es una opción fácil de realizar, con baja morbilidad y ambulatoria.

- Si bien la iodopovidona es la sustancia esclerosante más usada en linfoceles de abdomen-

pelvis, el polidocanol y el tetradecilsulfato de sodio (no se consigue en nuestro medio) se pueden utilizar en forma de foam, son efectivos y de amplio uso en nuestra especialidad. Tienen la ventaja de poder ser administrados en pacientes alérgicos al yodo.

• Presentamos estos casos clínicos por: 1) ser de presentación muy poco frecuente; 2) la experiencia en estos casos es escasa; 3) la resolución exitosa, con un método sencillo, de bajo costo y ambulatorio.

### Referencias

1. Basso R, Astocondor Monti y col. Linfocele gigante: a propósito de un caso. Servicio de Cirugía Vascular. Hospital Provincial de Rosario. Rosario, Santa Fe.
2. López García D, Janeiro Pais JM. Linfocele Gigante tras trasplante renal. A propósito de un caso y revisión literatura. Arch Esp Urol 2009; 62 (8): 8.
3. M Elvy (Australia). Post ambulatory phlebectomy: chronic peripheral lymphocele. Phlebology 2010; 25 (3).
4. Ahmad A (UK). Lymphatic complications following endovenous thermal ablation of varicose veins. Phlebology 2012; 27 (5).
5. De la Torres Martínez D. Lesión de Morell Lavallée. Disponible en: [www.medigraphic.com/orhotips.vol.9\(2\)](http://www.medigraphic.com/orhotips.vol.9(2))
6. Rodríguez Malgarejo D, Dorados Atienza, Solís Jiménez J. Traumatismo cerrado sobre cadera derecha. Med Fam 2012; 13 (1).
7. Fuller TF, Kang SM, and Hirose R et al. Management of lymphoceles after renal transplantation: laparoscopic versus open drainage. J Urol Jun 2003; 169 (6).
8. García Baquero, García de Paredes, Rosety Rodríguez JM y col. Marsupialización peritoneal laparoscópica de linfocele gigante en paciente trasplante renal. Hospital Universitario Puerta del Mar Cadiz. Seclaendosurgery.com 2011; 37: art. 7.
9. Kerlan RK, Le Berge JM, Gordon RL, Ring EJ. Bleomycin sclerosis of pelvic lymphoceles. JVIR 1997; 8: 885.
10. Akhan O, Cakirge S, Ozmen M. Percutaneous trans-catheter ethanol sclerotherapy of postoperative lymphoceles. Cardiovasc. Intervent Radiol 1992; 15: 224-227.
11. Zucherman DA, Yeader TD. Percutaneous ethanol sclerotherapy of post-operative lymphoceles. AJR 1997; 169: 433-437.
12. Numer Boaventura, Lima Sobreira y col. Tratamiento del linfocele inguinal post operatorio con inyección de adhesivo de cola de fibrina. Relato de un caso. J Vasc Bras 2007; 6 (2).
13. Dominiano Lombardo, Paumbo V y col. Un método simple para tratar linfocele post trasplante renal. Il Giornale di Chirurgi. Vol. XXXII: núm.1-2.
14. Lenin Torres y col. Linfocele post nefrectomía manejado con esclerosante percutáneo. Rev Med Nuestros Hospitales 2012; Vol 18: núm 1.
15. Montalvo BM, Yrizarry JM, Casillas VJ et al. Percutaneous sclerotherapy of lymphoceles related to renal transplantation. JVIR 1996; 7: 117-123.