

## Artículos Originales

# Caso clínico. Alcoholización de linfocele pélvico. Cuidados de enfermería.

**Laura Fernández de Cabo** (DUE)

**Sara Vergara González** (DUE)

*Hospital Universitario "Miguel Servet". Servicio de Radiodiagnóstico. Sección de radiología intervencionista de Digestivo.*

Dirección correspondencia  
Laura Fernández de Cabo:  
Email: laurafdecabo@msn.com  
Sara Vergara González:  
Email: sarita776@hotmail.com

Recibido: 21/05/2014  
Aceptado: 07/07/2014

### Resumen

El linfocele pélvico aparece como una complicación postoperatoria de la linfadenectomía pélvica, causado por la interrupción de los vasos linfáticos y puede ocurrir en 0.6-22% de los pacientes después del trasplante renal, en 2-32% de las cirugías ginecológicas y 0.7-27% de las cirugías urológicas<sup>(1)</sup>.

Las opciones terapéuticas incluyen la aspiración dirigida por imagen, el drenaje percutáneo con o sin empleo de agentes esclerosantes y la cirugía.

### Palabras clave:

linfocele pélvico postoperatorio, escleroterapia percutánea con alcohol, drenaje, alcohol al 95%.

### Summary

*The pelvic lymphocele appears as a postoperative complication of the pelvic lymphadenectomy, caused by the interruption of the lymph vessels and can occur in 0.6-22 % of the patients after the renal transplant, in 2-32 % of the gynecologic surgeries and 0.7-27 % of the surgeries urologic<sup>(1)</sup>.*

*Therapeutic options include the aspiration, the drainage drainage with or without the use of sclerosing agents and surgery.*

### Keywords:

*postoperative lymphoceles, percutaneous ethanol treatment, drainage, absolut ethanol.*

### Introducción

Los linfoceles son colecciones de linfa que carecen de un epitelio de revestimiento y que aparecen más frecuentemente en la pelvis. Son secundarios a intervenciones quirúrgicas que requieren linfadenectomías radicales con importante resección de los canales linfáticos durante la disección de la arteria iliaca<sup>(2)</sup>, como ocurre tras la cirugía ginecológica, prostática, cardiovascular o tras trasplante renal.

La mayoría son pequeños y desaparecen con el tratamiento conservador, generalmente son asintomáticos llegando a reabsorberse espontáneamente hasta en un 86% de los casos<sup>(4)</sup>. Pero, aproximadamente entre el 4-7%<sup>(3)</sup>, pueden dar sintomatología por compresión de estructuras vecinas (uréter, vasos ilíacos, vejiga, recto-sigma) o por infección, siendo necesario

en estos casos su drenaje.

Generalmente los linfoceles se detectan por técnicas de imagen y en un marco clínico adecuado apareciendo habitualmente de una semana a diez meses tras la cirugía.

El tratamiento clásico ha sido la marsupialización quirúrgica creando un ojal de drenaje hacia el peritoneo. La esclerosis percutánea de linfocele fue introducida por Teruel en 1983 usando como agente esclerosante la povidona yodada. La primera esclerosis percutánea con etanol fue realizada por Akhan. Más tarde Sawhney, Zuckerman y Yeager, y Kuzuhara, usaron el alcohol como agente esclerosante del linfocele<sup>(1)</sup>.

Las posibles complicaciones de la terapia son dolor leve o moderado, aumento de los niveles de alcohol

## Artículos Originales

en sangre, dolor severo secundario a fuga de alcohol a través de catéter, náuseas y vómitos. Puede presentar durante el día siguiente dolor y fiebre que suele desaparecer espontáneamente.

Presentamos este caso debido a la baja incidencia estadística de este tipo de intervencionismo en nuestro hospital (3 casos en los dos últimos años), lo que nos ha llevado a indagar, documentarnos y unificar criterios que sirvan de guía asistencial para nuestro equipo enfermero.

### Material y métodos

Acude a nuestro servicio de radiología digestiva intervencionista, derivada de oncología, una mujer de 57 años, intervenida de cáncer ovárico. Durante el tratamiento con quimioterapia, se detectó atrapamiento ureteral, (colocándose catéter ureteral “doble J”), y linfocele postquirúrgico en zona pélvica.

Para drenar esta colección (100cc aproximadamente), se le ha colocado catéter percutáneo tipo pig-tail nº 8 F bajo control ecográfico.

Tras dos controles del drenaje cada 48 horas, con catéter cerrado, se aprecia la persistencia de colección de líquido de dimensiones 74x33 mm; son evacuados 280cc de líquido ambarino.

Se plantea la posibilidad de realización de alcoholización por lo que se ha efectuado opacificación de cavidad con contraste yodado, y bajo control con fluoroscopia, sin apreciarse extravasado sugerente de fugas que contraindiquen la escleroterapia con alcohol 96%. (Ver Figura 1)

Se le realizaron cuatro sesiones de alcoholización a través del catéter, con la colaboración del servicio de anestesia (sedación), y espaciadas semanalmente, de forma ambulatoria, hasta que el débito fuera inferior a 20 ml/día y la cavidad estuviera colapsada.

### Material

•Sala Telemando: Contraste yodado Urografín® 100ml y 200ml de Suero Fisiológico



Imagen 1. Estudio de opacificación de la cavidad (proyección antero-posterior) con contraste yodado, en el que no se observan fugas a peritoneo.

### • Sala Ecografía:

1. Sección de Anestesia: torre de anestesia, bomba de infusión iv, carro de paradas. Fármacos: Ultiva® 1mg iv (diluido en 100 ml en BPC), Propofol® iv (200 mg), primperam® iv, seguril® iv, suero fisiológico 500 ml (de mantenimiento).

2. Sección radiología digestiva: Mesa auxiliar, 4 paños estériles, gasas estériles, jeringas de 20ml, 2 jeringas de 50 ml cono estrecho, suero fisiológico, lidocaína 20ml al 1%, 4 ó 6 ampollas de alcohol 96%, guantes estériles, funda y gel estériles para transductor ecográfico, bolsa colectora de 2 litros. (Ver Imagen 3).

### Procedimiento y cuidados de enfermería

1. Identificación del paciente. Debe acudir desde unidad de hospitalización y en cama. Explicar procedimiento y proporcionar consentimiento informado. Anamnesis, identificar alergias a medicamentos, revisar analítica previa de sangre (hemograma, bioquímica).

2. Canalizar vía venosa nº 20 ó 18 en el miembro superior izquierdo.

## Artículos Originales



Imagen 2. Estudio ecográfico; se observa la punta del catéter y la cavidad rellena de alcohol absoluto.

3. Aspiración de la totalidad de líquido intracavitario y cuantificar su volumen en la bolsa de drenaje.
4. Opacificar la cavidad con contraste yodado diluido al 50% y suero fisiológico, (200ml en total), y bajo control de fluoroscopia para que el radiólogo valore si existe fuga de contraste alrededor del tubo de drenaje. Se realizan proyecciones antero-posterior y oblicuas izquierda y derecha de la zona pélvica. Conectar drenaje a bolsa colectora.
5. Vaciar contraste, lavar cavidad y drenaje con suero fisiológico, a fin de evitar colapso del tubo, e interferencias del contraste con otros medicamentos utilizados.
6. Ya en la sala de ecografía: monitorización de constantes vitales (TA, ECG, temperatura y saturación O<sub>2</sub>). Cuantificar débito del drenaje desde la última sesión.
7. Anestesiista: induce el nivel adecuado de sedación a la paciente.
8. Montar mesa estéril auxiliar con material y medicación. Montar campo estéril alrededor del tubo. Se manejará con asepsia. Enfundar sonda ecográfica.
9. Radiólogo: Introduce a través del tubo de drenaje, 20 ml de lidocaína al 1%. Consiguiendo anestesia local de las paredes de la cavidad. Control de la entrada en cavidad con ecografía. (Ver Figura 2).

10. Introducir en la cavidad 40 a 60 ml de alcohol al 95% (un volumen aproximado a 30-40% de la cantidad extraída pero NUNCA pasar de 100-150 ml). Control de la entrada en cavidad con ecografía.

11. Cerrar tubo y movilizar a la paciente en decúbitos prono, supino y lateral 10 minutos en cada posición para que el alcohol contacte con todas las paredes.

12. El catéter permanecerá cerrado durante una hora (puede ampliarse hasta 4 horas, según los criterios del radiólogo y tolerancia del paciente). Después se aspira el alcohol en su totalidad, y se lava la cavidad y tubo con suero fisiológico abundante. Cambiar bolsa colectora y conectar.

13. Alta hospitalaria, si tras 6 horas de la terapia no hay complicaciones. Se mantendrá el catéter abierto a bolsa y con cuidados domiciliarios, hasta que el débito sea inferior a 20 ml/día.

14. Control ecográfico al mes. Después, cada 3 meses durante el primer año. Posteriormente cada 6 meses en los próximos doce meses.

### Resultados

**VALORACIÓN ENFERMERA:** se realiza según los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon<sup>(5)</sup>, y se muestran los que presentan alteración:

**Patrón 1:** Percepción – Manejo de la salud: postura, patrón de voz y manifestaciones verbales de miedo al tratamiento, por desconocer y manejar demasiada información errónea del proceso.

**Patrón 2:** Nutricional – Metabólico: alterado por falta de integridad cutánea (drenaje percutáneo en zona pélvica y vía venosa periférica)

### DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS<sup>(6)</sup>:

1. 00149 Temor r/c desconocimiento del procedimiento m/p inquietud y nerviosismo.

(NOC)<sup>(6)</sup>: 1404 Autocontrol del miedo.

(NIC)<sup>(6)</sup>: 5618 Enseñanza: procedimiento y tratamiento:

## Artículos Originales



Imagen 3. Material utilizado en el procedimiento de alcoholización.

- Ayudar a la paciente a comprender y prepararse mentalmente para el procedimiento y tratamiento. Proporcionar consentimiento informado.
- Aclarar dudas y escucha activa.

2. 00046 Deterioro de la integridad cutánea r/c acceso venoso periférico y colocación de drenaje percutáneo.

NOC: 1102 Curación de la herida por 1ª intención

NIC: 3440 Cuidados del sitio de punción tras retirada de acceso venoso:

- Precauciones circulatorias: compresión en el sitio de punción

NIC: 3440 Cuidados del sitio de punción del drenaje percutáneo:

- Colocar apósito específico para drenaje percutáneo, que permita seguimiento visual del sitio de punción, además de protección antimicrobiana.
- Tras retirada, aplicar povidona yodada y apósito oclusivo. Realizar la cura c/24h hasta cicatrización, por su enfermera de atención primaria.

### PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

3. 00132 Dolor agudo 2º a la administración de alcohol 96% intracavitario.

NOC: 2102 Nivel del dolor

NIC: 2260 Manejo de la sedación:

- Administración de fármacos sedantes.

NIC: 2314 Administración de medicamentos IV

- Comprobar alergias.
- Valorar dolor con Escala Visual Analógica (EVA)
- Administración de analgésicos s/p.

NIC: 6680 Monitorización de signos vitales.

- Prevención de respuesta vagal (por dolor agudo, náuseas, vómitos).
- Ayunas de 5 horas previas al tratamiento.
- La paciente permanecerá en reposo absoluto durante cuatro horas, en dieta absoluta y se controlarán las constantes vitales cada 30 minutos.

4. 0004 Riesgo de infección 2º a catéter percutáneo.

NOC: 0702 Estado inmune

NIC: 6550 Protección contra las infecciones

- Manejo del tubo de drenaje con técnica estéril

NIC: 3662 Cuidados del drenaje abierto a bolsa colectora:

- Adiestrar en los cuidados domiciliarios y proporcionar instrucciones escritas.
- Lavados con 10cc de suero fisiológico c/8h y sin aspirar (a través de la llave de tres vías que se encuentra entre el catéter y bolsa colectora).
- Cuantificación del débito diario a través del catéter, así como cualquier acontecimiento importante (fiebre, fármacos) en gráfica de enfermería, que se le proporcionará para el registro en el domicilio.
- Citar para revisión, nueva sesión de alcoholización y retirada de catéter.
- Dar teléfono de contacto del servicio para aclarar dudas, y recomendar ante cualquier duda, que acuda a la enfermera de atención primaria.

NIC: 1610 Baño

- Realizar aseo sin inmersión, mientras el catéter esté instaurado y hasta que cicatrice el punto de incisión del mismo.

### Discusión

La paciente manifestó estar muy contenta de la información y el trato recibido durante el proceso, y la preocupación por el procedimiento fue superada de forma eficaz.

## Artículos Originales

El dolor fue controlado adecuadamente, con el empleo de fármacos IV e intracavitarios, en cada una de las sesiones recibidas. No se presentaron complicaciones en los periodos post terapia, pudiendo salir tempranamente de alta a su domicilio.

Los cuidados domiciliarios del catéter, fueron realizados por la propia paciente, y condujeron a que el catéter estuviera siempre permeable, y se pudiera cuantificar el débito diario, hasta que llegó a ser inferior a 20ml/día.

Tras 40 días, con el catéter instaurado, y tras el tratamiento, se retiró el dispositivo, sin presentar signos de infección. Se le remite a su enfermera de salud para realizar las curas diarias, y controlar evolución de la herida.

Después de un mes, fue citada para realizar ecografía abdominal, momento en el que se aprovechó para revisar la herida, que estaba cicatrizada por primera intención.

Al ser una cirugía tan agresiva, se reprodujo un nuevo linfocele (16mm), en zona cercana al previo. Tras el control ecográfico de los tres meses, ese linfocele descrito anteriormente, no se evidenciaba, por lo que se concluye que se reabsorbió espontáneamente.

La alcoholización, por ser una técnica segura y eficaz, debe considerarse la primera opción en pacientes con linfocele postoperatorio pelviano, y técnicas más invasivas, costosas y quirúrgicas, son reservadas en caso de que no sea efectiva la escleroterapia con alcohol<sup>(7)</sup>.

## Bibliografía

1. Akhan O, Karcaaltincaba M, Ozmen M, Akinci D, Karcaaltincaba D, Ayhan A. Percutaneous Transcatheter Ethanol Sclerotherapy and Catheter Drainage of Postoperative Pelvic Lymphoceles. *Cardiovasc Intervent Radiol* (2007) 30:237–240.
2. Darryl A. Zuckerman D, Yeager T. Percutaneous Ethanol Sclerotherapy of postoperative Lymphoceles. *AJR* 1997; 169: 433-437.
3. Mahrer A, Ramchandani P, Trerotola S, Shlansky-Goldberg R, Itkin M. Sclerotherapy in the Management of Postoperative Lymphocele. *J Vasc Interv Radiol* 2010; 21:1050–1053.
4. Zurera L J, Bravo F, Cani M, Ribes R, Regueiro J C, Perez-Calderon R. Escleroterapia Percutanea de Linfoceles con Povidona Yodada. *Radiología* 2001; 43:345-9.
5. Cerón Serrano A, Arribas Cachá A, Hernández Martínez A, García Navarro EB. Manual FUDEN. Cuidados enfermeros en atención primaria y especializada. Servicio de Salud de Castilla y León. 1ª Ed. Madrid: Enfo; 2008.
6. Luis Rodrigo M T. Los diagnósticos Enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 3ª Ed. Barcelona: Masson; 2005.
7. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey Dochterman J, Maas M, Moorhead S, Swanson E. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2007.