

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM E TRATAMENTO MINIMAMENTE INVASIVO DE LINFOCELE APÓS PROSTATECTOMIA COM LINFADENECTOMIA ESTENDIDA ASSISTIDA POR ROBÔ



Carolina Fey Gonçalves*
Mariana Lui Miguel
Eduardo Miquelino de Oliveira Junior
Alexandre Peroni Borges
PRÓTON DIAGNÓSTICOS



*Contato: carolinafey85@gmail.com

INTRODUÇÃO

A prostatectomia radical por dispositivos robóticos avançados se mostra padrão de tratamento para o câncer de próstata. A técnica oferece diversas vantagens, especialmente por ser minimamente invasiva, proporcionando redução da morbimortalidade.¹ As complicações pós-operatórias apresentam grande variação na literatura (0,4% a 37,2%).²⁻⁵ Dentre essas, a linfocele ocorre em 9% dos casos e, na maioria das vezes, de forma assintomática.⁶ Quando sintomática, pode evoluir com dor pélvica, infecção, edema de membro inferior e trombose venosa profunda.⁷ Nesses casos, o diagnóstico por imagem e o tratamento percutâneo por radiologia intervencionista pode se mostrar vantajoso na evolução do paciente. Evita procedimentos mais invasivos e pode ser realizado ambulatorialmente, com impacto positivo na redução de custos.

OBJETIVO

O presente trabalho descreve métodos de diagnóstico radiológico e tratamento minimamente invasivo das linfoceles pós-operatórias de pacientes submetidos à prostatectomia com linfadenectomia estendida robótica por câncer de próstata de alto risco, a fim de otimizar o tratamento e reduzir complicações dessa comorbidade.

MÉTODO

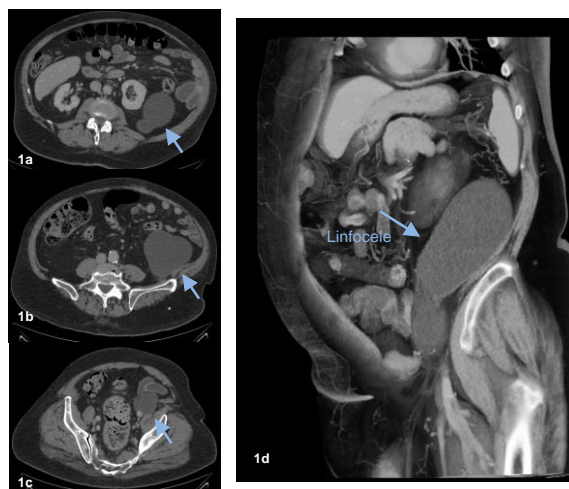
Trata-se de um estudo retrospectivo de pacientes que apresentaram linfoceles secundárias à cirurgia oncológica robótica com esvaziamento linfonodal pélvico, submetidos a exames de imagem. Todos os pacientes foram atendidos em centro radiológico, no período de outubro de 2018 a fevereiro de 2022. Os exames de imagem com reconstrução multiplanar foram empregados para a avaliação detalhada das linfoceles, com posterior planejamento do acesso percutâneo para a abordagem minimamente invasiva.

RESULTADOS

Foram diagnosticados nove casos de linfocele sintomática: um com dor pélvica, um com hidronefrose, além de sete infectadas, destacando-se um caso de linfocele infectada, com trombose venosa profunda. Oito foram tratados com punção percutânea guiada por ultrassonografia (USG) para drenagem das coleções com cateter do tipo "pig-tail" e posterior escleroterapia com álcool absoluto.

Caso 1. Linfocele não infectada.

75a, hígido, 30° PO com dor abdominal difusa, sem demais sintomas associados. Tomografia Computadorizada (TC) mostra coleção, hipodensa de paredes finas (970 ml) retroperitoneal, que se estende da topografia de fossa ilíaca até flanco esquerdo, sem sinais inflamatórios e hidronefrose. Paciente foi medicado, evoluindo com melhora da dor. Optado por tratamento conservador.



Figuras 1a / 1b / 1c. Cortes axiais de TC de abdome após contraste mostrando linfocele.
Figura 1d. Reformatação 3D de TC no plano sagital com linfocele de paredes finas.

Caso 2. Linfocele infectada com TVP.

65a, HAS, dislipidêmico, 21° PO, com dor e edema na coxa E há 4 dias. USG com Doppler evidenciou TVP no MIE, sendo iniciada a anticoagulação. TC mostrou linfocele bilateral, maior à esquerda (207 ml), comprimindo e trombosando veia ilíaca externa esquerda. Optou-se por punção esvaziadora com agulha fina guiada por TC, por causa da anticoagulação. Retornou após 3 meses com febre e TC com recidiva das linfoceles, agora com paredes espessas e sinais inflamatórios circunjacentes, maior à esquerda (219 ml), sugerindo linfoceles infectadas. Realizada a drenagem e alcoolização da maior linfocele. Evoluiu com resolução completa do quadro.

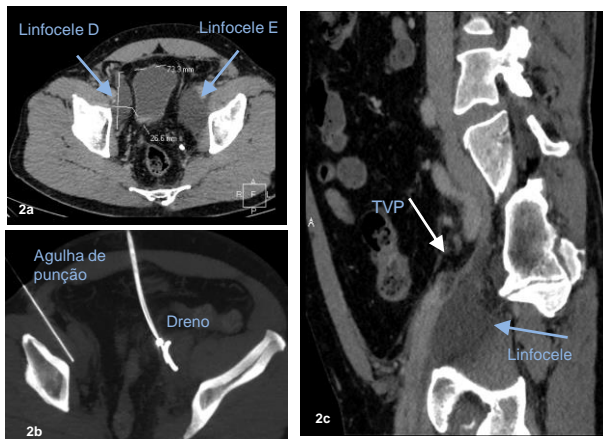


Figura 2a. Corte axial de TC com linfocele bilateral, maior à E.
Figura 2b. Procedimento guiado por TC axial com agulha de punção na linfocele esquerda.
Figura 2c. Reformatação 3D de TC no plano sagital com linfocele esquerda, comprimindo e trombosando veia ilíaca externa esquerda.

Descrição dos Procedimentos:

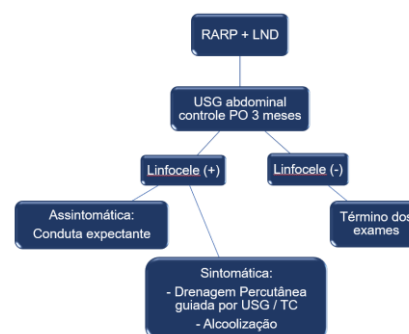
Drenagem Percutânea:

Punção percutânea da coleção pélvica com agulha de 19 gauge guiado por USG com doppler. Introdução de fio guia no interior da coleção pélvica, com dilatação do trajeto, até o calibre de 12 French. Locação de cateter tipo mini pig-tail, conectado recipiente coletor e fixado à pele. TC de controle com dreno locado no interior da coleção intraperitoneal. Material encaminhado para análise laboratorial.

Injeção de Álcool Absoluto:

Injeção de 10 ml de xilocaina 2% líquida na linfocele. Após 3 minutos de espera, injetados 15 ml de álcool absoluto. Drenagem fechada por 2 horas.

Figura 1. Proposta de algoritmo para diagnóstico e tratamento de linfocele.



DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico por imagem de linfocele complicada no pós-operatório de prostatectomia radical por cirurgia robótica demonstrou grande importância para programação de tratamento, com abordagem minimamente invasiva. Esta alternativa permite a redução no tempo da internação e nos custos totais do tratamento.

REFERÊNCIAS

- Ahmed F, Rhee J, Sutherland D, Benjamin C, Engel J, Frazier II H. Surgical complications after robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: The initial 1000 cases stratified by the clavien classification system. *Journal of Endourology* 2012; 26: 135-139.
- Patel VR, Palmer KJ, Coughlin G, Samavedi S. Prostatectomia radical laparoscópica assistida por robô; Resultados perioperatórios de 1500 casos. *J Endourol* 2008; 22: 2299-2305.
- Patel VR, Thaly R, Shah K. Prostatectomia radical robótica: Resultados de 500 casos. *BJU Int* 2007; 99: 1109-1112.
- Gregori A, Simonato A, Lissiani A, et al. Prostatectomia radical laparoscópica: Complicações perioperatórias em uma série inicial e consecutiva de 80 casos. *Euro Urol* 2003; 44: 190-194.
- Arai Y, Egawa S, Terachi T, et al. Morbidade da prostatectomia radical laparoscópica: Resumo da experiência multi-institucional inicial no Japão. *Int J Urol* 2003; 10: 430-434.
- Keskin MS, Argun OEB, Ebeğk CO, Tufek I, Bilalç AM, Mourmouris P, Cural SEaR. The incidence and sequela of lymphocele formation after robot-assisted extended pelvic lymph node dissection. *BJU International* 2016; 118:127-131.
- Garland R, Frizelle FA, Dobbs BR, Singh H. A retrospective audit of long-term lower limb complications following leg vein harvesting for coronary artery bypass grafting. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2003; 23(6):950-5.