



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-040 - INDICACIÓN EXTREMA DE ADRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR FEOCROMOCITOMA GIGANTE

Pereda Bajo, Deiane; Bolinaga del Pecho, Irene; Mozo Segurado, Maialen; Ruiz Álvarez, Paloma; Gutiérrez Cantero, Eloy; Bolado Oria, María; Gonzalo Gonzalo, Rubén; Gutiérrez Cabezas, José Manuel

Hospital Comarcal Sierrallana, Torrelavega.

Resumen

Introducción y objetivos: Los feocromocitomas suprarrenales son tumores poco frecuentes secretores de catecolaminas. En un 80% son benignos y no funcionantes. El tratamiento de elección es la adrenalectomía laparoscópica (LPS). El objetivo de este trabajo es la presentación de un caso clínico.

Caso clínico: Mujer de 66 años, fumadora, hipertensa de larga evolución con daño visceral cardiaco y con síndrome ansioso-depresivo. Se diagnostica feocromocitoma suprarrenal secretor de adrenalina y noradrenalina durante un ingreso por crisis hipertensivas. En el TC se identifica una masa suprarrenal derecha de contorno bien definido, heterogénea, con componentes sólido y quístico, con unas dimensiones aproximadas de 72 × 79 × 84 mm, y un quiste simple cortical renal derecho, sin otros hallazgos patológicos. Se programada cirugía tras tratamiento con alfa y betabloqueo y calcioantagonistas con controles tensionales aceptables. Se realiza adrenalectomía derecha LPS de glándula de 11 cm, tras sección de vena suprarrenal y vena y arteria diafragmáticas entre hemolocks. Se extrae la pieza a través de Pfannestiel. Las primeras 24 horas ingresa en cuidados intensivos para optimización hemodinámica y respiratoria. El resto del postoperatorio transcurre sin complicaciones. Es dada de alta dos días después con tensiones normalizadas. El estudio patológico reportó feocromocitoma unilateral derecho de bajo grado, ki < 1%. Al mes de la cirugía, el cortisol en suero y las metanefrinas en orina de 24 horas están normalizadas y la suprarrenal contralateral sigue con buen funcionamiento. El feocromocitoma es un tumor raro, derivado de las células cromafines de la médula suprarrenal y productor de catecolaminas. Se estima en el 0,1-0,6% de la población hipertensa. Aproximadamente el 10% de los feocromocitomas son malignos. Es más frecuente en pacientes de entre 40 y 50 años, aunque en casos hereditarios se puede presentar mucho antes. La clínica típica de taquicardia episódica, sudoración, dolor de cabeza y signos de hipertensión paroxística no siempre aparece, y los síntomas difieren dependiendo de la liberación de catecolaminas. El diagnóstico inicial suele ser clínico y analítico con medición de metanefrinas en sangre y orina de 24 horas. El diagnóstico de localización se basa en la realización de TC o RM, mientras que la gammagrafía con ¹²³I-MIBG valora la funcionalidad tumoral. Por último, el estudio histopatológico confirma la sospecha. La cirugía LPS es el tratamiento de elección de cualquier tumoración suprarrenal. El tamaño tumoral ha dejado de ser una limitación de la LPS gracias a los avances en el instrumental y la técnica quirúrgica, aunque depende mucho de la habilidad y de la experiencia del cirujano. Grandes cantidades de catecolaminas se liberan durante

la manipulación tumoral, por lo que es necesario un manejo cuidadoso durante la cirugía para evitar oscilaciones en la hemodinámica.

Discusión: La adrenalectomía LPS es el “gold estándar” del tratamiento de las masas suprarrenales independientemente de su etiología. El resultado quirúrgico es equiparable al de la cirugía abierta, sumándole los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva. El tamaño ha dejado de ser una limitación de la LPS. El postoperatorio inmediato debe realizarse en el entorno de cuidados intensivos.