



VC-018 - PSEUDOQUISTE PERITONEAL CAMUFLADO. LA "TRAMPA" DEL "CAMALEÓN" RETROPERITONEAL SUPRARRENAL

Fernando Treballe, José¹; Yáñez Benítez, Carlos José²; Gracia Gimeno, Paola¹; Cantalejo Díaz, Miguel¹; García Domínguez, Melody¹; Cros Montalbán, Beatriz¹; Nogués Pevidal, Ana¹; Blas Laína, Juan Luis¹

¹Hospital Royo Villanova, Zaragoza; ²Hospital General San Jorge, Huesca.

Resumen

Introducción: El diagnóstico de las lesiones de la glándula suprarrenal se fundamenta en datos clínicos, estudios hormonales y pruebas de imagen. A partir de ellos se puede realizar una planificación quirúrgica que permita realizar una cirugía reglada y minimizar la aparición de complicaciones. Sin embargo, lesiones retroperitoneales adyacentes a la glándula, pero no dependientes de ella, pueden actuar radiológicamente como auténticos “camaleones” en su camuflaje, pudiendo condicionar un error diagnóstico y por consecuencia un error terapéutico. Presentamos el abordaje laparoscópico de un pseudoquiste peritoneal, diagnosticado de inicio por error como dependiente de la glándula suprarrenal, y que queda camuflado en la primera cirugía programada.

Caso clínico: Paciente mujer de 42 años. Antecedentes personales de alergia a contrastes iodados, insuficiencia mitral por propaso de válvula, y cirugía de pólipo vaginal. Estudio analítico de catecolaminas y metanefrinas normal. RNM preoperatoria informada como “lesión dependiente de suprarrenal izquierda, de 37 × 30 mm, heterogénea pero predominantemente hipointensa en T2, sin pérdida de señal en fase ni en fuera de fase, lo que indica ausencia de grasa en su interior, presentando en el estudio dinámico un fino realce homogéneo capsular, con ausencia de realce interno”. Gammagrafía 123I-MIGB que no muestra captación del radiotrazador. Con el diagnóstico de nódulo suprarrenal de comportamiento atípico, se programa para suprarrenalectomía izquierda por vía laparoscópica. De forma programada y con abordaje laparoscópico en posición de decúbito lateral izquierdo, y previo descenso y movilización del ángulo esplénico del colon, de la cola pancreática y del bazo, identificación de la vena renal izquierda, y ligadura de la vena suprarrenal, se realiza una exéresis completa de la glándula suprarrenal hasta llegar al plano del diafragma. El análisis histológico de la pieza extirpada informa de una glándula suprarrenal sin observar nódulos intraparenquimatosos. Se realiza un TAC abdominal en el segundo mes posoperatorio evidenciando persistencia de lesión nodular hipodensa de 38 × 34 mm a nivel de fosa suprarrenal izquierda, inmediatamente por debajo del cardias y en contacto con el pilar diafragmático izquierdo. Ante estos hallazgos, es nuevamente intervenida por abordaje laparoscópico en posición europea, abordando la transcavidad de los epiplones donde se evidencia una tumoración de aspecto quístico adherida al cuerpo de páncreas y a la arteria esplénica, que es extirpada de forma completa, cursando el posoperatorio de forma favorable. El informe anatomopatológico es de “lesión encapsulada, sin signos histopatológicos de malignidad con alteraciones morfológicas compatibles con extenso

granuloma de colesterol”.

Discusión: Las lesiones retroperitoneales localizadas en la celda suprarrenal deben ser filiadas con absoluta precisión, para evitar que puedan quedar camufladas durante el procedimiento quirúrgico. El fallo en la correcta localización conlleva el riesgo de requerir una segunda intervención, que incluso puede llegar a ser más compleja por la dificultad para localizarlas y extirparlas.