



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## V-189 - REPARACIÓN DE LESIÓN EN VENA CAVA INFERIOR DURANTE ADRENALECTOMÍA ENDOSCÓPICA RETROPERITONEAL

Domínguez-Garijo, Paula; Manyalich, Martí; Saavedra, David; Mifsud, Belén; Ardid, Jordi; López-Boado, Miguel Ángel; Rull, Ramón; Vidal, Óscar

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

### Resumen

**Introducción:** Las ventajas evidentes de la cirugía mínimamente invasiva en términos de reducción de la morbilidad y menor estancia hospitalaria, han hecho de la adrenalectomía endoscópica el procedimiento de elección para la cirugía de la glándula suprarrenal. Comparado con la laparoscopia transperitoneal, el abordaje retroperitoneal ha demostrado ser superior en términos de tiempo quirúrgico y tasa de complicaciones, especialmente en pacientes con antecedentes de cirugía abdominal previa o en caso de adrenalectomía bilateral, debido a que evita la necesidad de movilizar los órganos adyacentes para exponer las glándulas y minimiza el riesgo de hernia incisional. No obstante, implica un reto de aprendizaje ante la necesidad de habituarse a una visión anatómica diferente, un espacio quirúrgico menor y una limitación en el grado de libertad de los instrumentos laparoscópicos insertados debajo de las costillas. El objetivo del siguiente caso clínico es discutir las posibles complicaciones que pueden derivarse de una adrenalectomía endoscópica retroperitoneal, en concreto una lesión intraoperatoria de la vena cava inferior.

**Caso clínico:** Varón de 62 años se diagnosticó en contexto de hipocaliemia persistente e hipertensión arterial desde los 35 años, con mal control pese doble terapia antihipertensiva, de hiperaldosteronismo primario. El estudio analítico mostró parámetros basales de aldosterona 30,6 ng/dL y renina 6,3 µg/mL (cociente 4,8), con ausencia de respuesta supresora en el test de sobrecarga con suero salino. Se completó la evaluación mediante TC que informó de nódulo hipercaptante de 10 mm en la glándula suprarrenal derecha, muy sugestivo de adenoma, y confirmación de hiperfuncionalismo hormonal de la glándula suprarrenal derecha mediante cateterismo. Tras valoración por el Comité Multidisciplinar de Cirugía Endocrina se indicó la realización de adrenalectomía endoscópica retroperitoneal derecha. Durante el procedimiento, se produjo una lesión de la vena cava inferior. El aumento de presión del neumoretroperitoneo a 25 mmHg en el espacio retroperitoneal impidió el sangrado activo gracias al colapso de la vena cava inferior, permitiendo reparar la lesión sin necesidad de conversión a cirugía abierta. En contexto de la diferencia de gradiente se produjo una embolia transitoria por CO<sub>2</sub>, que se resolvió tras la reparación de la lesión venosa. Se colocó hemostático en el lecho quirúrgico, sin ser preciso dejar drenaje quirúrgico. Posteriormente, el paciente cursó un posoperatorio sin incidencias, tolerando la dieta oral durante las primeras 24 h y siendo de alta tras 48 h de la intervención quirúrgica. Ya en el posoperatorio inmediato, se observó una mejoría del control tensional, incluso sin necesidad de medicación antihipertensiva. La anatomía patológica reveló un nódulo de 6 mm productor de

aldosterona (CYP11B2 positiva por estudio inmunohistoquímico), sin signos de malignidad.

**Discusión:** Es posible tratar complicaciones graves como una lesión en la vena cava inferior mediante el abordaje retroperitoneal en la adrenalectomía endoscópica. Debe considerarse especialmente el riesgo de embolización de CO<sub>2</sub> debido a la presión elevada en el retroperitoneo (> 20 mmHg) y la luz abierta de la vena cava inferior durante el procedimiento.