



## V-114 - ADRENALECTOMÍA DERECHA ROBÓTICA PASO A PASO EN UN CASO RARO DE PARAGANGLIOMA SUPRARRENAL

*Benetti, Gloria; Acosta Mérida, M.ª Asunción; Martínez Martín, Francisco Javier; Casimiro Pérez, José Antonio; Piñero González, Luis; Alonso-Lamberti Rizo, Laura; Ríos Gómez, Carlos; Marchena Gómez, Joaquín*

*Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.*

### Resumen

**Introducción:** Presentamos un vídeo de la técnica paso a paso de adrenalectomía derecha robótica en un caso muy infrecuente de tumor suprarrenal.

**Caso clínico:** Mujer de 64 años con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión de difícil control, ACV, exfumadora, dislipemia, cesárea y eventración que, durante su seguimiento por adenocarcinoma de mama intervenido 12 años antes, se realiza TAC que evidencia masas suprarrenales bilaterales compatibles con metástasis, derecha de 3cm e izquierda de 1,2cm. El PET-TAC mostraba hipercaptación metabólica derecha compatible con malignidad. La analítica reflejó metanefrinas plasmáticas elevadas y la gammagrafía MIBG sugería feocromocitoma derecho. Previo bloqueo con doxazosina, se realizó suprarrenalectomía derecha, utilizando el robot quirúrgico DaVinci Xi, con el paciente en decúbito lateral izquierdo y abordaje lateral derecho, mediante 3 trócares robóticos de 8mm subcostales y dos trócares de asistencia de 12 mm. Como hallazgos intraoperatorios destacamos la presencia del nódulo suprarrenal derecho bien delimitado, de aproximadamente 4 cm, sin signos macroscópicos de invasión de estructuras adyacentes, con drenaje de vena suprarrenal única a cava e irrigación procedente de múltiples vasos arteriales nutricios desde la aorta retrocava, hepatomegalia y adherencias secundarias a la cirugía abdominal previa. Técnica quirúrgica: (1) Colocación de trócares bajo visión directa; (2) disección meticulosa por el borde medial suprarrenal y exposición vena cava inferior; (3) liberación del ligamento triangular derecho del hígado y el peritoneo de la reflexión hepatorenal de Morrison para exponer el borde superior de la suprarrenal; (4) identificación y aplicación de hemolock en la vena suprarrenal para interrumpir el drenaje glandular; (5) liberación del borde medial e inferior de la suprarrenal con tijera robótica y electrocauterio, seccionando las pequeñas ramas nutricias y ramas arteriales mayores separándola del polo renal superior; (6) exposición completa de la glándula y segmento proximal de la vena suprarrenal; (7) segundo clipaje con Hemolock de vena suprarrenal derecha; (8) sección de la vena suprarrenal; (9) comprobación de hemostasia; (10) introducción de la glándula en bolsa de protección para su extracción por orificio de trócar ligeramente ampliado; (11) retirada de trócares bajo visión directa y cierre. No se dejan drenajes. La paciente presenta buena evolución, con alta hospitalaria al 3<sup>er</sup> día posoperatorio sin complicaciones. Se objetivó normalización de su tensión arterial y las metanefrinas plasmáticas volvieron en rango de normalidad durante el seguimiento. El análisis histológico de la pieza fue de feocromocitoma o paraganglioma compuesto, de 4 cm, con 70% de masa constituida por ganglioneuroma. Este raro tumor puede asociarse a otras

endocrinopatías como la neurofibromatosis tipo I, MEN-2 o enfermedad de von Hippel-Lindau, aunque en este caso no existió evidencia de dicha asociación. Dada su rareza, se desconoce su potencial de malignidad y comportamiento a largo plazo, por lo que deberá mantenerse vigilancia activa de su evolución.

**Discusión:** La adrenalectomía derecha asistida por robot permite abordar las diferentes patologías de la glándula suprarrenal con la misma seguridad y eficacia que el acceso mínimamente invasivo laparoscópico, añadiendo las ventajas propias de la plataforma robótica.