



V-078 - FEOCROMOCITOMA GIGANTE. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

Rodríguez-Hermosa, José Ignacio; Roig, Josep; Salvador, Helena; Gironès, Jordi; García-Moriana, Elisabet; Artigau, Eva; Pujadas, Marcel; Codina-Cazador, Antoni

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona.

Resumen

Introducción: El equipo del Dr. Gagner describió en el año 1992 la adrenalectomía laparoscópica y en la actualidad es el tratamiento de elección en la resección quirúrgica de las tumoraciones adrenales benignas. En la Guía Clínica de Cirugía Endocrina de la Asociación Española de Cirujanos (2ª edición, año 2009) se indica como limitación a este abordaje laparoscópico el tamaño tumoral mayor de 9 centímetros. Con el presente vídeo pretendemos enseñar los aspectos técnicos y las peculiaridades de la adrenalectomía laparoscópica izquierda transperitoneal lateral en la exéresis de una tumoración funcionante -feocromocitoma gigante- de 14 cm, con una vena adrenal principal izquierda de 1,5 cm.

Caso clínico: Paciente de 58 años, fumadora de 10 cigarrillos/día, con antecedentes de bocio multinodular endotorácico, hipertensión arterial y obesidad tipo I (IMC 30,2 kg/m²). Consulta por cuadro de isquemia aguda de extremidades inferiores. El angioTC informa de múltiples trombos en la aorta abdominal con tromboembolias en ambas extremidades inferiores, por lo que es descoagulada con heparina sódica endovenosa y es seguida por el servicio de Cirugía Vascul. En la TC también se aprecia una gran masa suprarrenal izquierda mayor de 12 cm con áreas de necrosis y zonas quísticas en su interior. Se realiza RMN que describe una masa suprarrenal izquierda de gran tamaño sospechosa de proceso neoplásico primario. La analítica hormonal orienta a un feocromocitoma fundamentalmente productor de adrenalina y dopamina. La gammagrafía con MIBG impresiona de feocromocitoma de glándula adrenal izquierda de gran tamaño. La paciente permanece ingresada en el servicio de Endocrinología para la correcta preparación preoperatoria (frenación alfa con doxazosina y beta con diltiazem) y medidas de soporte. Tras la valoración por Anestesiología es intervenida de urgencias. Paciente en decúbito lateral derecho de 90 grados y rodillo lumbar. Abordaje transperitoneal lateral laparoscópico con tres trocares. Tumoración adrenal izquierda de gran tamaño. Movilización del ángulo esplénico del colon. Desplazamiento medial del bloque espleno-pancreático. Identificación de la vena esplénica y de la vena renal izquierda. Sección de la vena adrenal principal izquierda (de gran tamaño, aproximadamente 1,5 cm de diámetro) con EndoGia carga blanca, más una vena accesoria con Endoclips. Sección y ligadura del resto de vasos arteriales y venosos mediante LigaSure. Disección de la glándula adrenal junto a la tumoración. Revisión de la hemostasia. Extracción de la pieza en bolsa preformada ampliando a minilaparotomía transversa el orificio del trocar óptico. Drenaje abdominal. Cierre de los trocares y de la minilaparotomía. Piel con grapas. La cirugía duró 105 minutos, sin pérdidas hemáticas. La paciente no presentó complicaciones tras la cirugía y fue dada de alta hospitalaria al tercer día

postoperatorio. El análisis anatomopatológico confirma un feocromocitoma de 530 gramos y de 14 × 11 × 7 cm.

Discusión: La adrenalectomía laparoscópica por abordaje transperitoneal lateral para el tratamiento de un feocromocitoma gigante es factible, segura y rápida, lo que condiciona una pronta recuperación del paciente. El tamaño tumoral no es una limitación a la laparoscopia. Las actuales limitaciones de la laparoscopia son dependientes del equipo quirúrgico y no de las técnicas mínimamente invasivas.