



V-04 - CONTROL DE HEMORRAGIA ARTERIAL EN LA SUPRARRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

J.A. García Marín, B.M. Flores Pastor, J. Miguel Perello, M.L. García García, M.A. Verdú Fernández, M.A. Jiménez Ballester, M.P. Guillén Paredes y J.L. Aguayo Albasini

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Resumen

Introducción: El abordaje laparoscópico es hoy día de elección en la mayoría de la patología suprarrenal. Si excluimos el cáncer adrenal invasor o las contraindicaciones generales de la laparoscopia, constituye una técnica segura, con menos morbilidad y menor estancia hospitalaria. Aun así se recomienda realizar en servicios expertos ya que se pueden presentar complicaciones intraoperatorias difíciles de resolver. Presentamos una suprarrenalectomía laparoscópica en un tumor de gran tamaño con hemorragia intraoperatoria cuyo origen fue una arteria polar superior.

Caso clínico: Se trata de una mujer de 23 años remitida desde el servicio de Endocrinología a la unidad de cirugía Endocrina por masa suprarrenal derecha, como hallazgo en el contexto de un estudio por dolor abdominal inespecífico. En la exploración física destacaba un hirsutismo con ciclos menstruales normales, sin hipertensión ni dislipemia. Las catecolaminas eran normales, con valores de testosterona y dihidroepiandrosterona algo por encima de los valores normales (83 y 578 ng/dl respectivamente). El TC informó como masa suprarrenal derecha de 9×9 cm, con densidad homogénea en la fase simple y un aclaramiento del contraste del 68% entre la fase portal y la tardía, hallazgos compatibles con un adenoma suprarrenal derecho pobre en lípidos. Se decide suprarrenalectomía laparoscópica transperitoneal derecha, con la paciente en decúbito lateral y trócares según disposición habitual. Se realiza disección del peritoneo visceral hasta alcanzar el hilio suprarrenal. En las maniobras de disección y electrocoagulación con armónico se produce un sangrado arterial de un vaso polar superior. Tras control e identificación de estructuras se realiza hemostasia con armónico, sin incidencias. La paciente fue alta al tercer día postoperatorio sin complicaciones.

Discusión: Todavía está en discusión el límite superior a partir del cual se desaconseja la vía laparoscópica, situado hoy día en torno a los 10 cm. Esta limitación depende de la experiencia del equipo quirúrgico. Con masas de gran volumen, las maniobras de disección y control vascular son más difíciles pudiendo presentarse una complicación intraoperatoria con más frecuencia. En cualquier caso, muchas de las clásicas contraindicaciones para la laparoscopia como el feocromocitoma han ido desapareciendo con la cada vez mayor capacitación de los equipos quirúrgicos. Creemos que es preciso estudiar cada caso teniendo en cuenta las características del paciente y del cirujano para ofrecer la vía de abordaje más segura, más confortable y con las menos complicaciones posibles.