



V-079 - ADRENALECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON FEOCROMOCITOMA: CONSIDERACIONES SOBRE VARIANTES ANATÓMICAS DEL DRENAJE VENOSO SUPRARRENAL DERECHO

Zárate Salinas, Itzel Corina; Vilallonga Puy, Ramon; Ciscar Belles, Ana María; Petrola Chacón, Carlos; Díaz Álvarez, Kevin Alejandro; Casteras, Anna; Bilbao Aguirre, Itxarone

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción: La suprarrenalectomía laparoscópica derecha representa un desafío anatómico particular debido a la proximidad de la glándula suprarrenal con la vena cava inferior y la presencia frecuente de variantes en el drenaje venoso. A diferencia del lado izquierdo, donde la vena suprarrenal suele drenar de manera constante en la vena renal izquierda, el lado derecho presenta una mayor variabilidad, incluyendo drenaje directo en la vena cava inferior, en venas hepáticas accesorias o, en algunos casos, duplicaciones venosas. Estas variantes pueden pasar inadvertidas en los estudios preoperatorios, aumentando el riesgo de hemorragia durante la disección quirúrgica si no se identifican correctamente. El reconocimiento temprano y el control seguro de estas estructuras venosas son fundamentales para una resección exitosa, especialmente en el contexto de feocromocitomas, donde la manipulación cuidadosa del tumor es crítica para evitar crisis adrenérgicas y complicaciones mayores.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente masculino de 40 años con diagnóstico de neurofibromatosis tipo 1 con múltiples manifestaciones clínicas asociadas, incluyendo nódulos de Lisch, neurofibromas cutáneos y plexiformes, hemiatrofia mandibular y lesiones pseudonodulares en cuerpo calloso y vermis cerebeloso. Los estudios hormonales revelaron niveles elevados de metanefrinas urinarias. La resonancia magnética abdominal mostró un nódulo suprarrenal derecho de 20 mm, y la gammagrafía con ^{123}I -MIBG evidenció hipercaptación focal en dicha glándula, confirmando el diagnóstico de feocromocitoma. El paciente presentaba únicamente episodios ocasionales de palpitaciones. Se presentó en comité multidisciplinar y se decidió adrenalectomía laparoscópica previo bloqueo adrenérgico. Durante la intervención quirúrgica se identificaron dos estructuras venosas independientes drenando a la vena cava inferior: una vena suprarrenal derecha y una vena hepática accesoria inferior derecha. Esta última puede confundirse con el drenaje principal de la glándula suprarrenal, lo que subraya la importancia de una disección meticulosa y conocimiento de las posibles variantes anatómicas.

Discusión: El drenaje venoso suprarrenal derecho presenta variaciones anatómicas. Aunque lo habitual es que la vena suprarrenal derecha drene directamente en la vena cava inferior, pueden presentarse variantes como duplicaciones venosas, drenaje hacia la vena renal derecha o, como en este caso, coexistencia con una vena hepática accesoria. Estas variantes pueden no ser detectadas

en estudios preoperatorios y representar un riesgo si no se identifican correctamente durante la cirugía. La correcta interpretación anatómica durante la disección y la identificación segura del pedículo venoso son fundamentales para una adrenalectomía exitosa, particularmente en el lado derecho, donde el campo quirúrgico es más estrecho y el riesgo de sangrado es mayor.