



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

## V-056 - LESIÓN VASCULAR DURANTE ADRENALECTOMÍA DERECHA POR RETROPERITONEOSCOPIA ¿ES EL ABORDAJE UNA LIMITACIÓN?

Díaz del Gobbo, Rafael<sup>1</sup>; Vidal, Óscar<sup>1</sup>; Valentini, Mauro<sup>1</sup>; Aranzana Gómez, Aurelio<sup>2</sup>; Rull, Ramón<sup>1</sup>; Delgado, Eduardo<sup>1</sup>; Valdecasas, J.C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínic, Barcelona; <sup>2</sup>Complejo Hospitalario, Toledo.

### Resumen

**Introducción:** Los recientes avances en tecnología e instrumental quirúrgico han permitido desarrollar nuevos abordajes cada vez menos invasivos, como la cirugía endoscópica a través de orificios naturales (NOTES) o laparoscopia por puerto único (SILS), con la consecuente disminución de morbilidad perioperatoria, control de la analgesia y mejor resultado estético. Gracias a dichos avances, la suprarreñalectomía vía posterior o retroperitoneal, conocida desde hace años, supone hoy en día una técnica más segura y reproducible.

**Objetivos:** Ilustrar el manejo de una complicación potencialmente grave y la reproducibilidad de la técnica a través del abordaje por vía retroperitoneal.

**Caso clínico:** Paciente femenina de 35 años, sin alegrías a medicamentos, IMC 32, antecedente quirúrgico de colecistectomía, y apendicitomía, derivado del servicio de endocrinología, síndrome de Cushing debito a un adenoma suprarrenal derecho, la resonancia magnética describe tumoración adrenal derecha de 40 mm que confirma el diagnóstico, se indica realizar adrenalectomía derecha por abordaje retroperitoneal. La cirugía se realiza con el paciente en decúbito prono y en flexión 90°, se utiliza un trócar con balón de 10 mm y dos de 5 mm de trabajo, el neumoretroperitoneo a presión de 25 mmHg. Óptica de 30°. Al entrar a cavidad se aprecia la fascia de Gerota que se diseca de forma roma. El primer paso esencial para la orientación es identificar el polo superior de riñón de este modo sabemos que la glándula adrenal se encuentra superior y posterior al mismo. Durante la adrenalectomía derecha en el polo medial hay que tener precaución de identificar la vena cava y el drenaje de la vena adrenal que es directo a la vena cava. En el vídeo apreciamos como durante la disección de esta vena adrenal se produce una lesión vascular. La presión de neumoretroperitoneo y la posición del paciente permite contener la hemorragia, se continua con la disección, hasta culminar con la resección de la glandular adrenal, posteriormente se procede a valorar la lesión y se aprecia que es próxima a la inserción de la vena adrenal en la cava, es factible la colocación de clips hemostáticos, de este modo se reparan las lesiones sin incidencias, se comprueba la correcta hemostasia suspendiendo el neumoretroperitoneo, adicionalmente se utiliza un sellador de fibrina sobre la superficie de la lesión. La cirugía duro 55 minutos, perdidas hemáticas de 180 cc. postoperatorio sin incidencias y es dado de alta a las 72h.

**Discusión:** El abordaje posterior o retroperitoneal es factible, seguro y rápido, la posibilidad de lesionar la vena cava en la suprarreñalectomía derecha, sigue siendo una de las complicaciones potencialmente más graves y temidas. Sin embargo, debido a la presión de neumoretroperitoneo utilizada 25 mmHg y posición, permite contener la hemorragia y valorar con relativa serenidad y seguridad, la mejor técnica quirúrgica para reparar dicha lesión, colocación de clips o reparar el defecto con una sutura simple, siendo laboriosa debido

al espacio de trabajo reducido pero factible. El abordaje retroperitoneal permite realizar la valoración y reparación de una lesión vascular de forma correcta y segura.