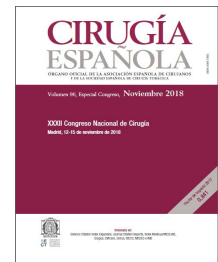




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

VP-034 - TESTIGO DE JEHOVÁ, OBESIDAD Y FEOCROMOCITOMA BILATERAL: ADRENALECTOMÍA BILATERAL LAPAROSCÓPICA 3D

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

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona.

Resumen

Introducción: La transfusión sanguínea a pacientes testigos de Jehová representa uno de los conflictos asistenciales que la medicina actual afronta, ya que rechazan transfusión de sangre y hemoderivados a pesar de que esto signifique la muerte. La Guía Clínica de Cirugía Endocrina de la AEC indica que la obesidad es una de las limitaciones a la adrenalectomía laparoscópica. Los feocromocitomas presentan un aumento de la vascularización de la glándula suprarrenal. Con el vídeo pretendemos enseñar los aspectos técnicos de la adrenalectomía laparoscópica transperitoneal lateral 3D en la exéresis de un feocromocitoma bilateral en una paciente obesa y testigo de Jehová.

Caso clínico: Mujer de 67 años, testigo de Jehová, portadora de mutación C609F del Ret protooncogén asociado al MEN 2A (en 2007 tiroidectomía total: carcinoma medular de tiroides; paratiroidectomía subtotal: hiperparatiroidismo), hipertensión arterial y obesidad (IMC 30,1 kg/m²). En estudio por nodulaciones adrenales bilaterales. Tras las pruebas analíticas, radiológicas (TC, RMN) y medicina nuclear (SPECT con MIBG) se confirman feocromocitomas suprarrenales. La paciente recibe frenación alfa con doxazosina y se realiza cirugía endocrina electiva. 1ª parte: adrenalectomía derecha. Paciente en decúbito lateral izquierdo de 70º y rodillo lumbar. Abordaje transperitoneal lateral con cuatro trócares. Tumoración adrenal derecha de 1,5 cm. Movilización hepática. Identificación de la vena cava inferior y de la vena renal derecha. Sección de la vena adrenal principal derecha con endoclips y resto de vasos arteriales y venosos con Thunderbeat. Disección de la glándula adrenal junto a la tumoración. Revisión de la hemostasia. Extracción de la pieza en bolsa preformada. No precisa drenaje. Cierre de los orificios y piel con grapas. Con la paciente intubada se realiza el cambio de posición. 2ª parte: adrenalectomía izquierda. Paciente en decúbito lateral derecho de 90º y rodillo lumbar. Abordaje transperitoneal lateral con tres trócares. Tumoración adrenal izquierda de 1,5 cm. 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 con endoclips. Resto de vasos arteriales y venosos mediante Thunderbeat. Disección de la glándula adrenal junto a la tumoración. Revisión de la hemostasia. No drenaje. Extracción de la pieza en bolsa. Cierre de los trocares. Piel con grapas. La cirugía duró 60 minutos (derecha 25 min, izquierda 35 min), sin pérdidas hemáticas. La paciente no presentó complicaciones tras la cirugía y fue dada de alta hospitalaria al tercer día postoperatorio. La anatomía patológica confirma los feocromocitomas: derecho 1,4 cm, izquierdo 1,5 cm.

Discusión: Todo el mundo quiere una atención médica de alta calidad, también los testigos de Jehová. La adrenalectomía laparoscópica 3D para el tratamiento de un feocromocitoma bilateral es factible, segura y rápida, lo que condiciona una pronta recuperación del paciente. La laparoscopia 3D en manos de cirujanos entrenados en cirugía avanzada mínimamente invasiva ayuda en la manipulación de los tejidos y así poder conseguir una hemostasia meticulosa. La obesidad no es una limitación a la laparoscopia. Las actuales limitaciones de la laparoscopia son dependientes del equipo quirúrgico.