



V-027 - RESECCIÓN DE PARAGANGLIOMA MEDIASTÍNICO POR VIDEOTORACOSCOPIA: MANEJO DE SANGRADO AÓRTICO Y ROTURA DE CONDUCTO TORÁCICO INTRAOPERATORIO

de Ariño Hervas, Itziar; Arrabal Agüera, Lorena; Eizaguirre Letamendia, Emma; Martí Gelongh, Laura; Talavera Urquijo, Eider; Iraola Fernández de Casadevante, María; Pastor Bonel, Tania; Asensio Gallego, Jose Ignacio

Hospital Donostia, San Sebastián.

Resumen

Introducción: El paraganglioma es una neoplasia neuroendocrina que se origina en las células cromafines de la cresta neural con capacidad de producir y secretar catecolaminas. Son lesiones derivadas de los ganglios simpáticos o parasimpáticos. El tratamiento de elección en aquellos infracervicales y resecables es la cirugía, siendo la radioterapia la alternativa en los no resecables. Se presenta el vídeo de una resección por toracoscopia de un paraganglioma en mediastino posterior con sangrado de una rama de la aorta y rotura de conducto torácico intraoperatorio.

Caso clínico: Mujer de 32 años con antecedentes a destacar de neurofibromatosis y una neoplasia de mama ya tratada. Presenta hipertensión arterial y tendencia a la taquicardia en control por su médico de atención primaria. En una prueba de imagen de control por su antecedente neoplásico, se objetiva una masa sólida de $7,7 \times 5 \times 4$ cm en región paravertebral derecha del mediastino posterior, compatible con paraganglioma. Se trata de un tumor secretor de catecolaminas, lo cual explica su sintomatología. Tras un estudio de extensión negativo, se decide resección quirúrgica programada mediante videotoracoscopia. Durante la cirugía, al disecar el plano en contacto con la aorta, se secciona una de sus ramas directas. Se maneja el sangrado arterial con compresión directa durante 20 minutos hasta que cede. Posteriormente se visualiza salida de contenido linfático en el lecho quirúrgico. Tras identificar la lesión del conducto torácico, se procede a su clipaje. En el posoperatorio la paciente presenta un quilotórax que inicialmente se maneja con tratamiento conservador: dieta absoluta, nutrición parenteral y Somatostatina. A pesar de ello, persiste débito alto, por lo que se solicita asistencia al servicio de radiología intervencionista para embolización de conducto torácico mediante la punción de la cisterna de Pecquet. Posteriormente evoluciona favorablemente, con disminución progresiva del débito. Es dada de alta hospitalaria el 20º día posoperatorio tolerando dieta oral. El resultado anatómopatológico de la pieza quirúrgica fue de paraganglioma de 8 cm con infiltración de margen de resección y que infiltra cápsula perilesional. No había infiltración en los cuatro ganglios extraídos, pero sí infiltración linfovascular y venosa.

Discusión: El abordaje torácico por toracoscopia puede suponer un reto para los cirujanos generales dada la poca familiaridad con dicho campo. Aún en manos expertas, el abordaje cuenta con alta morbilidad por las diferentes estructuras potencialmente peligrosas que nos encontramos. En nuestro caso, la disección del paraganglioma resultó dificultosa por encontrarse adherida al plano lateroposterior, el cual se encontraba en contacto con la aorta y la columna vertebral. La embolización del conducto torácico mediante la punción de la cisterna de Pecquet es un procedimiento seguro y poco invasivo que resulta de gran utilidad en casos de

lesión de conducto torácico, evitando la morbilidad de una posible reintervención para su cierre.