

N° 2139

Autor: Martinez Luis, De vita Sergio. Jefe de servicio: Walter E. Riveros

Hospital Público Descentralizado Dr. G. Rawson, San Juan, Argentina.

INTRODUCCION

El feocromocitoma es un tumor neuroendocrino, que se origina en las células cromafines de la medula adrenal o en los ganglios del sistema nervioso simpático.

Se caracteriza por secretar cantidades excesivas de catecolaminas (noradrenalina, adrenalina y en menor cantidad dopamina). También se lo conoce como el tumor del 10 %

DESCRIPCION

Paciente masculino de 45 años de edad, peso 77kg, talla 1,75, ex tabaquista, con antecedentes de insuficiencia renal crónica en hemodiálisis trisemanal con restricción hídrica de 1000 ml. Se diagnostica feocromocitoma y se decide realizar nefrectomía más adrenalectomía derecha laparoscópica, presentando múltiples suspensiones de la misma por encontrarse con una tensión arterial sistólica mayor a 160 mmhg al momento de ingresar al quirófano. El día programado para la cirugía presenta una tensión arterial superior a 180 mmhg, por lo que se decide suspender y re programar la misma, optimizar la medicación anti hipertensiva (doxasocina 4 mg, amlodipina 10 mg, atenolol 50 mg, losartan 50 mg) agregando telmisartán, alfa metildopa y clonazepam. En quirófano se realiza vía periférica n° 16, vía central subclavia izquierda, vía arterial radial izquierda, catéter peridural torácico, medicación preanestésica (cefazolina 2g, dipirone 1 g, dexametasona 8 MG, ranitidina 50 MG, ácido tranexámico 1 g), monitorización estándar, presión arterial invasiva, espirometría, monitorización de profundidad anestésica con índice bispectral y ecografía transesofágica.

Se realiza inducción anestésica endovenosa con Propofol y remifentanilo por target controlled infusion en sitio de efecto, rocuronio 0,6 mg/kg, noradrenalina y NTG según tensión arterial. Como técnica analgésica se realizó 30 ug de clonidina peridural más infusión de lidocaína a 0,5 mg/kg/h durante el procedimiento.

El paciente es extubado satisfactoriamente, sin requerimiento de NTG durante la cirugía, estable hemodinámicamente, Eva 0/10, pasa a unidad coronaria con infusión peridural continua de bupivacaina 0,125% más clonidina 1 ug/ml, para recuperación postoperatoria.

DISCUSIÓN Y CONCLUSION

El feocromocitoma es un tumor relativamente raro. En pacientes con insuficiencia renal terminal, el diagnóstico suele ser dificultoso. La prueba de diagnóstico habitual implica la recolección de orina de 24 horas para metanefrinas y catecolaminas no es útil en pacientes anúricos/oligúricos. Además, los pacientes insuficientes renal crónico son hipertensos, lo que hace el diagnóstico aún más dificultoso. El tratamiento en estos pacientes es el mismo, siendo el bloqueo alfa adrenérgico la piedra angular del manejo perioperatorio, la terapia definitiva es la resección.

La técnica anestésica para la resección continúa siendo un desafío hasta para los mas experimentados. Debemos destacar la importancia del manejo perioperatorio para un adecuado control de la presión arterial y disminuir la morbilidad asociada a la cirugía.

La fisiopatología de esta enfermedad es extremadamente compleja, por lo que manejo interdisciplinario resulta esencial para un adecuado manejo preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio, de acuerdo a la situación de cada paciente, permitiendo una cirugía con mejores resultados.