



Cirugía y Cirujanos

ISSN: 0009-7411

cirugiaycirujanos@prodigy.net.mx

Academia Mexicana de Cirugía, A.C.

México

Ruiz-Tovar, Jaime; Gamallo-Amat, Carlos
Extirpación de un ganglioneuroma retroperitoneal por vía laparoscópica a través de un abordaje
transperitoneal anterior
Cirugía y Cirujanos, vol. 80, núm. 3, mayo-junio, 2012, pp. 274-277
Academia Mexicana de Cirugía, A.C.
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66223280011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Extirpación de un ganglioneuroma retroperitoneal por vía laparoscópica a través de un abordaje transperitoneal anterior

Jaime Ruiz-Tovar,* Carlos Gamallo-Amat**

Resumen

Introducción: los ganglioneuromas retroperitoneales son tumores poco frecuentes. Su tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica completa. Por su proximidad con los grandes vasos, localización variable y malignidad incierta, con frecuencia los cirujanos son escépticos a la resección laparoscópica de masas retroperitoneales. Hasta ahora, en la bibliografía sólo hay cinco casos descritos de resección laparoscópica de ganglioneuromas retroperitoneales.

Caso clínico: paciente femenina de 53 años de edad que acudió a consulta por dolor abdominal intenso, tipo punzante, de localización difusa por todo el abdomen, aunque más acentuado en ambos flancos, no irradiado, intermitente y de minutos de duración. La tomografía computada abdominal mostró un tumor retroperitoneal de 4 cm, homogéneo, de bordes bien definidos, que se extendía desde la salida de los vasos mesentéricos inferiores hasta las venas renales. Se realizó un abordaje laparoscópico por vía transperitoneal anterior con colocación de un trocar de Hasson infraumbilical y dos trocates de 10 mm en ambas fosas ilíacas. El tiempo operatorio fue de 90 minutos.

La paciente se dio de alta al segundo día postoperatorio. El estudio histopatológico diagnosticó un ganglioneuroma retroperitoneal. Tras 12 meses de seguimiento, la paciente está viva y libre de enfermedad.

Conclusiones: para cirujanos de vías digestivas, no acostumbrados al abordaje retroperitoneal en posición de decúbito lateral, la vía transperitoneal anterior puede ser una alternativa segura para la resección de tumores retroperitoneales.

Palabras clave: ganglioneuroma, neoplasia retroperitoneal, laparoscopia

Abstract

Background: Retroperitoneal ganglioneuromas are rare entities. Their treatment is complete surgical resection. Due to the proximity to major vessels, variable location and unknown malignant status, surgeons are often reluctant to use a laparoscopic approach for the resection of retroperitoneal masses. To our knowledge, only five cases of laparoscopic resection of retroperitoneal ganglioneuroma have been previously reported.

Clinical case: We present the case of a 53-year-old woman who complained of intense, diffuse, stabbing, intermittent, nonradiating abdominal pain sharpest in both flanks during the preceding 6 months. A contrast-enhanced CT scan showed a well-defined, homogeneous 4-cm mass located in the retroperitoneum, extending from the exit of the inferior mesenteric vessels up to the renal veins. A laparoscopic anterior transperitoneal approach was performed with infraumbilical Hasson trocar and two 10-mm trocars in both iliac fossas. Operation time was 90 min.

The patient was discharged on the second postoperative day. Histopathology reported a retroperitoneal ganglioneuroma. After 12 months follow-up, the patient is alive and disease-free.

Conclusions: For digestive surgeons not used to the retroperitoneal access through the lateral position, the anterior transperitoneal approach can be a safe alternative for the resection of retroperitoneal neoplasms.

Key words: Ganglioneuroma, Retroperitoneal neoplasm, Laparoscopy

* Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital General Universitario de Elche. Alicante, España.

** Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario La Princesa Madrid. España.

Correspondencia:

Dr. Jaime Ruiz Tovar
Corazón de María 64, 7º J, Madrid 28002, España
Tel.: (0034) 630534808
Correo electrónico: jruiztovar@gmail.com

Recibido para publicación: 4-04-2011

Aceptado para publicación: 27-07-2011

Introducción

Los tumores retroperitoneales son excepcionales y aparecen en uno y otro sexo con igual frecuencia y a cualquier edad, aunque son más frecuentes después de la cuarta década de la vida. La mayor parte de los tumores retroperitoneales son malignos, menos de 20% son benignos. Los tumores malignos suelen diagnosticarse tardíamente, cuando ya han infiltrado estructuras adyacentes.¹ El tratamiento de los tumores retroperitoneales es la escisión quirúrgica completa. Por su proximidad con los grandes vasos, localización variable y malignidad incierta, a menudo los cirujanos se muestran escépticos a la resección laparoscópica de masas retroperitoneales.² Por ello, en la bibliografía hay menos de 20 casos descritos de resecciones laparoscópicas de tumores neurales retroperitoneales. De ellos, sólo cinco casos corresponden a ganglioneuromas retroperitoneales.¹⁻⁶ El objetivo de este trabajo es presentar un caso de resección de un ganglioneuroma retroperitoneal por vía laparoscópica a través de un abordaje transperitoneal anterior.

Caso clínico

Paciente femenina de 53 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acudió a consulta por dolor abdominal intenso, tipo punzante, de localización difusa por todo el abdomen, pero más acentuado en ambos flancos, no irradiado, intermitente y de minutos de duración. La paciente refirió que el dolor lo sufría desde hacía seis meses y que no se asociaba con algún otro síntoma acompañante. La exploración física no aportó datos de interés. La tomografía computada abdominal, con contraste intravenoso, mostró un tumor retroperitoneal de 4 cm, homogéneo, de bordes bien definidos, que se extendía desde la salida de los vasos mesentéricos inferiores hasta las venas renales (Figura 1). El análisis de catecolaminas séricas y en orina fue normal y la gammagrafía con I¹³¹-metaiodobenzilguanidina (MIBG) no mostró captación en ningún sitio. El abordaje laparoscópico fue por vía transperitoneal anterior, con colocación de un trocar de Hasson infraumbilical y dos trocres de 10 mm en ambas fosas iliacas (Figura 2). La paciente se colocó en posición de litotomía con Trendelenburg a 30°. El primer cirujano se colocó entre las piernas de la paciente, manipulando una pinza de agarre con la mano izquierda (introducida a través del trocar en la fosa iliaca derecha) y un bisturí eléctrico Ligasure® en la derecha (a través del trocar en la fosa iliaca izquierda). El segundo cirujano se colocó en el lado izquierdo de la paciente, manipulando la cámara a través del trocar de Hasson. El abordaje fue transperitoneal. Las asas intestinales se desplazaron cranealmente hasta identificar la base del mesenterio. A este nivel se abrió



Figura 1. Tomografía computada abdominal. Masa retroperitoneal de 4 cm, localizada en la raíz mesentérica, que se extiende desde los vasos mesentéricos inferiores hasta las venas renales.



Figura 2. Abordaje laparoscópico a través de trocar de Hasson infraumbilical y dos trocres de 10 mm en ambas fosas iliacas.

el retroperitoneo; se identificó una masa retroperitoneal de 4 cm (Figura 3). El tumor se separó de los vasos mesentéricos inferiores mediante disección y sellado con Ligasure® hasta su completa liberación, sin romper la cápsula tumoral. La pieza quirúrgica se introdujo en una bolsa de plástico y extrajo a través del puerto infra umbilical sin fragmentar (Figura 4). El tiempo operatorio fue de 90 minutos.

El postoperatorio transcurrió sin incidencias y la paciente se dio de alta al segundo día postoperatorio. El estudio histopatológico mostró proliferación de células ganglionares bien diferenciadas y fibras nerviosas, sin mitosis ni atipia celular, compatible con un ganglioneuroma retroperitoneal. Luego de 12 meses de seguimiento, la paciente está viva y libre de enfermedad.



Figura 3. Masa que protruye desde el retroperitoneo.



Figura 4. Tumor retroperitoneal.

Discusión

Los ganglioneuromas son neoplasias bien diferenciadas, compuestas por células ganglionares simpáticas maduras y fibras nerviosas. Se consideran parte del grupo de neuroblastomas, junto con ganglioneuroblastomas.⁷ Aparecen a lo largo de la cadena simpática y suelen localizarse en el mediastino posterior, seguido del retroperitoneo, región cervical y glándulas adrenales.^{2,7} Aunque los tumores retroperitoneales son más habituales a partir de la cuarta década de la vida, con frecuencia los ganglioneuromas se diagnostican en niños mayores de 10 años, sin preferencia de sexo.⁸

Debido a la ausencia de síntomas específicos, los ganglioneuromas suelen alcanzar gran tamaño antes de ser diagnosticados, lo que condiciona la compresión o desplazamiento de estructuras adyacentes. Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal, como en nuestra paciente, e hipertensión arterial. Esto último se debe a la liberación de aminas vasoactivas por el tumor. Sin embargo, la mayor parte de los ganglioneuromas son asintomáticos durante largo tiempo y, en la actualidad, buena parte de ellos se diagnostican de forma incidental al realizar una prueba de imagen (tomografía computada o resonancia magnética) por otra causa no relacionada. El diagnóstico preoperatorio de certeza es difícil de establecer, a pesar de que con las técnicas de imagen y los análisis bioquímicos se reducen las posibilidades diagnósticas. Una punción-aspiración con aguja fina guiada por tomografía computada es factible en algunos casos, pero varios autores lo consideran arriesgado por la proximidad de los grandes vasos y oncológicamente controvertido por el riesgo de diseminación tumoral en neoplasias malignas.⁹ Por ello, cuando se evidencia una masa retroperitoneal, a pesar de una radiología sugerente, la resección quirúrgica es obligatoria para obtener el diagnóstico de certeza con el análisis histopatológico de la pieza. Además, se ha descrito la transformación maligna de ganglioneuromas de aspecto inicialmente benignos.¹⁰ Por ello, también es necesario un seguimiento exhaustivo tras la resección de ganglioneuromas benignos.

Los tumores retroperitoneales se han resecado, tradicionalmente, mediante cirugía abierta. En la actualidad, se realizan de forma rutinaria cirugías laparoscópicas del retroperitoneo, como nefrectomías, adrenalectomías o linfadenectomías retroperitoneales; sin embargo, gran número de cirujanos aún son escépticos de la posibilidad de que los tumores retroperitoneales poco frecuentes puedan retirarse por vía laparoscópica. A ello contribuye, que los abordajes laparoscópicos del retroperitoneo se realizan con el paciente en decúbito lateral, una posición que permite realizar una retroperitoneoscopia sin abrir la cavidad peritoneal, lo que ofrece la ventaja de no provocar íleo postoperatorio. Sin embargo, el cirujano del aparato digestivo no suele estar acostumbrado, por lo que la orientación e identificación anatómica son más complejas. Por ello, en nuestra paciente el abordaje fue por el retroperitoneo, en posición de litotomía a través de la cavidad peritoneal, tal y como se habría realizado en cirugía abierta. La interposición de las asas del intestino delgado se solucionó mediante posición de Trendelenburg a 30° y desplazando las asas intestinales cranealmente, con lo que se obtuvo un acceso satisfactorio al retroperitoneo, a través de un campo al que los cirujanos digestivos estamos más acostumbrados. Con una mínima manipulación de las asas intestinales, nuestra paciente no presentó íleo postoperatorio y fue posible darla de alta al segundo día de la intervención.

Conclusión

La cirugía laparoscópica es una alternativa segura a la cirugía abierta convencional para la resección de tumores retroperitoneales, con las ventajas de un abordaje mínimamente invasivo. Para cirujanos del aparato digestivo, no acostumbrados al abordaje retroperitoneal en posición de decúbito lateral, la vía transperitoneal anterior puede ser una alternativa segura, donde el cirujano puede orientarse anatómicamente con mayor facilidad. La interposición de asas intestinales puede solucionarse con una posición de Trendelenburg forzada con mínima manipulación, por lo que el íleo paralítico no tiene por qué aparecer.

Referencias

1. Misra MC, Bhattacharjee HK, Hemal AK, Bansal VK. Laparoscopic management of rare retroperitoneal tumors. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2010;20:e117-e122.
2. Sasaki A, Suto T, Nitta H, Shimooki O, Obuchi T, Wakabayashi G. Laparoscopic excision of retroperitoneal tumors: report of three cases. *Surg Today* 2010;40:176-180.
3. Cadeddu MO, Mamazza J, Schlachta CM, Seshadri PA, Poulin EC. Laparoscopic excision of retroperitoneal tumours: technique and review of the laparoscopic experience. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2001;11:144-147.
4. Kang CM, Kim DH, Seok JY, Lee WJ. Laparoscopic resection of retroperitoneal benign schwannoma. *J Laparoendosc Adv Surg Tech* 2008;18:411-416.
5. Yamaguchi K, Hara I, Takeda M, Tanaka K, Yamada Y, Fujisawa M, et al. Two cases of ganglioneuroma. *Urology* 2006;67:622.
6. Oue T, Yoneda A, Sasaki T, Tani G, Fukuzawa M. Total laparoscopic excision of retroperitoneal ganglioneuroma using the hanging method and a vessel-sealing device. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2008;18:779-782.
7. Cerullo G, Marrelli D, Rampone B, Miracco C, Caruso S, Di Martino M, et al. Presacral ganglioneuroma: a case report and review of literature. *World J Gastroenterol* 2007;13:2129-2131.
8. Modha A, Paty P, Bilski MH. Presacral ganglioneuromas. Report of five cases and review of literature. *J Neurosurg Spine* 2005;2:366-371.
9. Jain M, Shubha BS, Sethi S, Banga V, Bagga D. Retroperitoneal ganglioneuroma: report of a case diagnosed by fine-needle aspiration cytology, with review of the literature. *Diagn Cytopathol* 1999;21:194-196.
10. Moschovi M, Arvanitis D, Hadjigeorgi C, Mikraki V, Tzortzatou-Stathopoulou F. Late malignant transformation of dormant ganglioneuroma? *Med Pediatr Oncol* 1997;28:377-381.