

### Adrenalectomía laparoscópica

Pagán A<sup>1</sup>, Bonnin J<sup>1</sup>, Biancha A<sup>1</sup> Losada E<sup>2</sup>, Tofe S<sup>3</sup>, Martínez J<sup>1</sup>, Martínez H<sup>1</sup>, Palma E<sup>1</sup>, Ochogavía A

1

, Álvarez C

1

, Salinas R

1

, González Argente X

1

(1) Servicio de Cirugía. Hospital Universitario Son Dureta. Mallorca

(2) Servicio de Endocrinología. Hospital C'an Misses. Ibiza

(3) Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario Son Dureta

Autor para correspondencia: Dr. A. Pagán  
Correo electrónico: [ajpagan@telefonica.net](mailto:ajpagan@telefonica.net)  
Hospital Universitario Son Dureta  
c/ Andrea Doria, 55.  
07014. Palma de Mallorca (Baleares). España

Los autores presentan su experiencia en 42 adrenalectomías laparoscópicas, concluyendo que el procedimiento es coste-efectivo y tiene una curva de aprendizaje asumible.

Pagán A, Bonnin J, Biancha A Losada E, Tofe S, Martínez J, Martínez H, Palma E, Ochogavía A, Álvarez C, Salinas R, González Argente X. Adrenalectomía laparoscópica. *Seclaendosurgery.com* (en línea) 2010, nº 32. Disponible en Internet. [http://www.seclaendosurgery.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=75&Itemid=75](http://www.seclaendosurgery.com/index.php?option=com_content&view=article&id=75&Itemid=75) . ISSN: 1698-4412

## INTRODUCCIÓN

Desde la primera descripción en 1992 por Gagner, el abordaje laparoscópico de las glándulas adrenales se ha convertido en el procedimiento de elección para el tratamiento de los tumores suprarrenales<sup>1</sup>.

La correcta selección de los pacientes candidatos es fundamental para conseguir una mayor tasa de éxitos en la intervención laparoscópica. La adrenalectomía laparoscópica está indicada en patología suprarrenal benigna, que incluye masas suprarrenales funcionantes (feocromocitoma, síndrome de Cushing o hiperaldosteronoma) y en aquellas no funcionantes o incidentalomas entre 4 cm y 12 cm. Existe contraindicación absoluta en la patología suprarrenal maligna, salvo casos seleccionados. En el caso de metástasis adrenales, la indicación para la cirugía laparoscópica es controvertida aunque se ha demostrado segura con una adecuada selección de los casos.

Los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva respecto a la cirugía abierta son claramente evidentes. A nivel quirúrgico proporciona una mejor visualización del campo operatorio con una buena accesibilidad al mismo. A nivel asistencial se consigue una reducción de la estancia hospitalaria, disminución de la morbilidad, disminución del dolor postoperatorio y una mínima incisión que mejora los resultados estéticos de la cirugía.

La localización retroperitoneal de las adrenales hace que puedan ser abordadas por vía transabdominal o transperitoneal. La decisión sobre la vía elegida la dará la preferencia y experiencia del cirujano en cada una de éstas ya que no se ha demostrado superioridad de una respecto a la otra.

El objetivo de este trabajo es revisar la experiencia adquirida en el abordaje laparoscópico transperitoneal de la patología suprarrenal quirúrgica realizada en este Servicio de Cirugía desde 2003 hasta 2009.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio observacional descriptivo y prospectivo de 42 adrenalectomías laparoscópicas a 41 pacientes entre mayo 2003 y septiembre de 2009.

En todos los pacientes se obtuvo el preceptivo consentimiento informado. Todos los procedimientos se realizaron bajo anestesia general. Se administró profilaxis tromboembólica con heparina de bajo peso molecular. No se realizó profilaxis quirúrgica al considerar el procedimiento como cirugía limpia. En todos los pacientes estudiados se realizó estudio hormonal completo y valoración por el Servicio de Endocrinología correspondiente. El tratamiento preoperatorio se individualizó en cada uno de los pacientes. El feocromocitoma fue tratado de manera preferente con alfabloqueantes (fenoxibenzamina) y en algunos casos concretos con antagonistas de los canales del calcio (nifedipino). La adición de betabloqueantes (propranolol) sólo fue necesaria en presencia de taquicardia. A los pacientes con hiperaldosteronismo primario (síndrome de Conn) se les administró tratamiento con diuréticos ahorradores de potasio (espironolactona). No fue necesario tratamiento con ketoconazol en los pacientes con hipercortisolismo.

## Técnica quirúrgica

Se utilizaron indistintamente ópticas laparoscópicas de 0° y 30°, pincería laparoscópica habitual, bisturí monopolar y bisturí armónico (Ultracision®, Ethicon Inc., USA). La pieza quirúrgica fue extraída en todos los pacientes mediante una bolsa endoscópica.

El acceso fue siempre transperitoneal. La posición quirúrgica varió dependiendo del lado afecto. Para la glándula derecha fue anterior mediante 4 trocares y para la glándula izquierda, con acceso lateral, con 3 trocares.

La técnica quirúrgica fue la habitual para estos procedimientos, se inició con la localización y posterior clipaje del pedículo vascular, para finalizar con la movilización de la glándula adrenal afecta. En el lado derecho se utilizó un retractor triangular Diamond-Flex® (Snowden-Pencer, Tucker, GA) con exposición de la vena cava inferior y localización de la vena adrenal que fue seccionada entre clips. En la izquierda utilizamos de forma sistemática 3 puertos de trabajo, consiguiendo la reflexión medial del bazo al seccionar el ligamento freno-esplénico. Se evita la colocación de un puerto accesorio y la utilización del retractor laparoscópico. En los casos de metástasis adrenal, donde el tejido graso peri-adrenal suele presentar un aspecto edematoso o pseudo-inflamatorio es de gran utilidad el empleo del bisturí armónico para evitar la lesión glandular.

### **Análisis estadístico**

Los datos se expresan en porcentaje y medias. La comparación entre medias se ha realizado con la t-Student, considerando significativa una p