CIR ESP. 2017;95(Espec Congr):477

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-309 - ¿HAY LIMITACIONES EN LA ADRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA?

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

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona.

Resumen

Introducción: Michel Gagner introdujo en el año 1992 el abordaje laparoscópico de la glándula suprarrenal. En la patología adrenal benigna la técnica laparoscópica es ampliamente aceptada, pero la patología maligna es controvertida. En la Guía Clínica de Cirugía Endocrina de la AEC se indican sus principales limitaciones: contraindicaciones generales para cirugía laparoscópica, curva de aprendizaje prolongada, patología maligna, tamaño tumoral mayor de 9 cm, cirugía abdominal previa, obesidad y consumo de fungibles.

Métodos: Estudio prospectivo de los casos de patología adrenal en que se ha realizado tratamiento laparoscópico en nuestra Unidad de Cirugía Endocrina en 15 años (2003-2017). Se realizó un abordaje transperitoneal lateral en todos los pacientes. Los parámetros estudiados fueron: sexo, edad, patología benigna/maligna, indicación, patología asociada (obesidad y cirugía abdominal previa), localización, tiempo quirúrgico, drenaje, tamaño tumoral, conversión y causa, complicaciones, mortalidad y estancia hospitalaria.

Resultados: Hemos realizado 97 adrenalectomías laparoscópicas (cuatro casos bilaterales) en 50 mujeres y 47 hombres, con una edad media de 51,8 ± 13,5 años (rango 19-78). La patología adrenal fue maligna en un 14,4% (14 casos) y benigna en el 85,6% (83 casos). Las indicaciones de la cirugía fueron: 25 incidentalomas, 24 feocromocitomas, 20 adenomas de Cushing, 14 aldosteronomas y 14 patologías malignas (2 carcinomas, 3 neoplasias indeterminadas y 9 metástasis). Un 58,7% de los pacientes (57 casos) tenían obesidad, con un IMC medio de 32,5 ± 3,1 kg/m^2 (rango 30-45,7), y un 46,4% (45 casos) cirugía abdominal previa. Se practicó adrenalectomía derecha en 47 casos e izquierda en 50. El tiempo quirúrgico medio fue de 88 ± 36 minutos (rango 30-235). Se colocó drenaje en 61 sujetos (62,9%). El tamaño tumoral medio fue de 7,3 ± 2,5 cm (rango 3-16), en 24 pacientes el tamaño de la pieza fue ≥ 9 cm (rango 9-16). Hubo 6 conversiones a cirugía abierta (6,2%) a consecuencia de hemorragia (4 casos), invasión tumoral de órganos vecinos (1 caso) y dificultades técnicas con el aparataje (1 caso); en ningún caso por causa del tamaño tumoral, por la cirugía abdominal previa o por su obesidad. Tan sólo 2 pacientes presentaron complicaciones (2%), una infección respiratoria y una crisis hipertensiva. La mortalidad fue nula. La estancia media fue de 2,9 ± 1,4 días (rango 1-11). No hubo diferencias significativas al comparar las adrenalectomías laparoscópicas en patología maligna y benigna.

Conclusiones: La cirugía laparoscópica es el tratamiento de elección de los tumores adrenales benignos, pero también es un buen abordaje para las metástasis adrenales y para las neoplasias

adrenales primarias. La patología maligna, la obesidad, la cirugía abdominal previa y el tamaño tumoral no son limitaciones a la laparoscopia. Las actuales limitaciones de la laparoscopia son dependientes del equipo quirúrgico y no de las técnicas mínimamente invasivas.

0009-739X © 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados