



V-01 - EXTIRPACIÓN LAPAROSCÓPICA DE PSEUDOQUISTE ADRENAL

E. las Navas Muro, B. Estraviz Mateos, A. Martínez Roldán, R. Maniega Alba, E. Jiménez Jiménez, D. Gómez Domínguez y F.J. Ibáñez Aguirre

Hospital de Galdakao-Usansolo, Galdakao.

Resumen

Introducción: Los quistes suprarrenales son una entidad poco frecuente cuya incidencia varía entre el 0,064% y el 0,18%. Ocurren más frecuentemente en mujeres entre la cuarta y la quinta década de la vida. Histológicamente se dividen en cuatro grupos: parasitarios, epiteliales (verdaderos quistes), endoteliales (quistes vasculares con revestimiento endotelial) y pseudoquistes (sin revestimiento epitelial). Existen otros subtipos más infrecuentes como los linfangiomas, los quistes mesoteliales o los desmoides. El pseudoquiste es el subtipo más frecuente. La mayoría cursan de forma asintomática y se descubren de forma incidental. La sintomatología (6%) suele ser derivada de la compresión de estructuras vecinas o por sangrado intraquístico. Los síntomas más habituales son la masa y el dolor abdominal y las alteraciones gastrointestinales. Los quistes de mayor tamaño son más susceptibles de desarrollar complicaciones como la infección, la hemorragia intraquística o la ruptura espontánea del mismo. El diagnóstico se realiza mediante diferentes técnicas de imagen, siendo la resonancia magnética la de mayor sensibilidad. Aunque éstas no siempre nos dan el diagnóstico de certeza. El tratamiento sigue siendo tema de controversia. En las lesiones pequeñas y asintomáticas se suele optar por un tratamiento conservador, mientras que en las de gran tamaño o sintomáticas la actitud es quirúrgica. Como ejemplo práctico de nuestro modus operandi, presentamos el siguiente video resumen.

Caso clínico: Mujer de 35 años sin antecedentes de interés, que refiere clínica de 6 meses de evolución de molestias a nivel de hipocondrio izquierdo. A la exploración, se objetiva una asimetría abdominal con una prominencia del hemiabdomen izquierdo, donde se palpa una masa no dolorosa, de consistencia elástica. Tanto en la TAC como en la RM se objetiva una gran masa retroperitoneal izquierda (21 × 15 × 18 cm), que desplaza estructuras adyacentes, no tabicada e inespecífica. No se demuestra clara dependencia con la glándula suprarrenal izquierda. Se propone la realización de una laparoscopia tanto diagnóstica como terapéutica. Tras realizar el neumoperitoneo y colocar 5 trócares de trabajo, se observa un gran quiste retroperitoneal. Se procede a la disección de la tumoración, así mismo vaciamos su contenido para facilitar su manejo por sus grandes dimensiones. La lesión se haya íntimamente adherida al hilio renal, objetivando además que la glándula suprarrenal izquierda forma parte de su pares. Conseguimos realizar una exéresis completa de la lesión, incluyendo en la pieza la adrenal izquierda, ya que no es posible separarla de la pared quística. El postoperatorio transcurre de forma satisfactoria, siendo dada de alta al tercer día del postoperatorio sin incidencias reseñables. La anatomía patológica nos confirma que se trata de un pseudoquiste adrenal.

Discusión: El desarrollo de la cirugía laparoscópica ha posibilitado ofrecer las ventajas de su utilidad tanto diagnóstica como terapéutica en casos como el nuestro y con la mínima agresión sobre el paciente.