



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## V-029 - ADRENALECTOMÍA IZQUIERDA RETROPERITONEOSCÓPICA

Gutiérrez Rodríguez, María Teresa<sup>1</sup>; Barrios Treviño, Borja<sup>1</sup>; Gómez Palacios, Ángel<sup>1</sup>; Roca Domínguez, María Begoña<sup>1</sup>; Leturio Fernández, Saioa<sup>1</sup>; López de Eruaskin, Nerea<sup>1</sup>; Vidal Pérez, Óscar<sup>2</sup>; Valentini, Mauro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao. <sup>2</sup>Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

### Resumen

**Introducción:** La vía laparoscópica transperitoneal es la más comúnmente utilizada para la adrenalectomía. Este abordaje proporciona una orientación anatómica con la que los cirujanos estamos familiarizados, y permite el uso de técnicas habituales en procedimientos laparoscópicos comunes. Sin embargo, el abordaje retroperitoneal se está convirtiendo en una alternativa atractiva, ya que permite un acceso directo a la glándula, con menor disección de tejidos, evitando la movilización de vísceras abdominales o la necesidad de lisis de adherencias previas.

**Caso clínico:** Presentamos una paciente de 62 años con diagnóstico de hiperaldosteronismo primario por un adenoma suprarrenal izquierdo de 24 mm. Se posiciona a la paciente en decúbito prono con los muslos semiflexionados y un rodillo bajo el pubis para rectificar en lo posible la lordosis lumbar, abriendo al máximo el espacio entre la 12<sup>a</sup> costilla y la cresta iliaca. Se realiza una incisión inicial de 12 mm bajo la punta de la 12<sup>a</sup> costilla y se accede al retroperitoneo de forma aguda, con tijera. Se diseña digitalmente a través de esta incisión el espacio retroperitoneal y se coloca un trócar de 5 mm lateral, a unos 5 cm, bajo la 11<sup>a</sup> costilla, guiado por palpación, con el dedo dentro del retroperitoneo. Se introduce un trócar con balón de 12 mm en la primera incisión y se inicia la insuflación con CO<sub>2</sub> del espacio retroperitoneal a una presión de 25 mmHg. Se coloca un tercer trócar medial de 10 mm en el borde lateral de los músculos paravertebrales bajo visión directa y se inicia la disección roma a través del tejido areolar y la fascia de Gerota hasta identificar la superficie renal. Se va disecando el polo superior del riñón para permitir su retracción en sentido caudal y anterior, quedando la suprarrenal en la parte craneal y medial. Se identifica y sella la vena suprarrenal con un dispositivo de sellado bipolar con el que continuaremos toda la disección en sentido posterolateral, dejando la fijación superior para el final. Se extrae la pieza en una bolsa a través del trócar de 10 mm. No dejamos drenaje.

**Discusión:** Este abordaje requiere una curva de aprendizaje donde lo más complejo puede ser la "nueva perspectiva anatómica" con la que el cirujano debe familiarizarse. Se trata además de un espacio relativamente pequeño, poco apropiado para manejar tumores de gran tamaño, y donde la incorrecta colocación y angulación de los puertos puede dificultar mucho la maniobrabilidad. Sin embargo presenta ventajas: tiempo operatorio menor ya que no hay que movilizar vísceras, menor pérdida hemática debido a la alta presión de trabajo, menor dolor ya que hay menor disección, recuperación más rápida, y menor estancia hospitalaria. La adrenalectomía retroperitoneoscópica es una buena alternativa a la laparoscópica transperitoneal, pero no pretende sustituirla sino complementarla, siendo una técnica más en el armamentario del cirujano endocrino. Resulta ideal en pacientes con cirugía abdominal previa y tumores pequeños, y también en adrenalectomía bilateral, ya que no requiere cambiar la posición del paciente.