



# Cirugía Española



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

## O-147 - LAPAROSCOPIA ADRENAL - ¿DRENAJE SÍ O DRENAJE NO?

Rodríguez-Hermosa, José Ignacio; Gironès, Jordi; Ranea, Alejandro; Delisau, Olga; Codony, Clara; Pujadas, Marcel; García-Moriana, Elisabet; Codina-Cazador, Antoni

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Dado que tras la adrenalectomía laparotómica se deja de manera rutinaria un drenaje, aplicamos el mismo criterio cuando comenzamos a usar la laparoscopia. Aunque la adrenalectomía laparoscópica se considera segura, la colocación de un drenaje sigue siendo controvertido y varía entre cirujanos, hospitales y países. Nuestro objetivo es evaluar el impacto de la colocación de un drenaje abdominal en los resultados a corto plazo después de la adrenalectomía laparoscópica.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de cohortes, que analiza datos prospectivos de pacientes con tumores adrenales tratados mediante cirugía laparoscópica en un hospital universitario III nivel (abril 2003-febrero 2021). Intervención: adrenalectomía laparoscópica transperitoneal lateral por masa adrenal unilateral. Los resultados incluyen complicaciones posoperatorias, conversión a cirugía abierta o reoperación y estancia hospitalaria. Los análisis estadísticos incluyeron regresión logística multivariante y ajuste por factores de confusión.

**Resultados:** Del total de 217 adrenalectomías, se excluyen 26 pacientes por cirugía abierta, 7 por adrenalectomía bilateral y 7 por diversos procedimientos durante la laparoscopia. Así, analizamos los datos de 170 pacientes, 87 (51,2%) mujeres y 83 (48,8%) hombres; mediana de edad, 54,5 años (rango 16-79 años); IMC medio, 30,1 kg/m<sup>2</sup> (rango 17,5-47,5 kg/m<sup>2</sup>); 2 (1,2%) ASA I, 62 (36,5%) ASA II, 89 (52,3%) ASA III y 17 (10%) ASA IV; 144 (84,7%) con tumores benignos y 26 (15,3%) con tumores malignos. Al final de la operación, no se dejó drenaje en 104 (61,2%) pacientes y se dejó drenaje en 66 (38,8%); la mediana de tiempo que permanecieron los drenajes fue de 24 h (rango 24-48 h). La indicación más común de cirugía fue el adenoma de Cushing en el grupo sin drenaje y el feocromocitoma en el grupo con drenaje. Los dos grupos fueron similares en edad, sexo, IMC, ASA score, comorbilidades, lateralidad del tumor, patología benigna/maligna, tamaño de la pieza extraída y del tumor adrenal y complicaciones posoperatorias. Durante la curva de aprendizaje (primeros 30 casos), los drenajes fueron más comunes (34,8% vs. 6,7%, p 0,001). No se colocaron drenajes en una mayor proporción de operaciones realizadas con laparoscopia 3D (86,5% vs. 37,9%, p 0,001). En cuanto a los factores intraoperatorios, en el grupo sin drenaje la mediana de tiempo operatorio fue menor (60 min vs. 90 min, p 0,001), la pérdida de sangre fue menor (5 ml vs. 60 ml, p 0,001), y la conversión fue menor (0,9% vs. 10,6%, p = 0,004). La tasa de complicaciones posoperatorias fue muy baja (2,4%), y la proporción de pacientes que desarrollaron complicaciones fue similar en ambos grupos (0,9% vs. 4,5%, p = 0,133). Solo 1 (0,6%) paciente requirió reintervención. La estancia hospitalaria fue mayor en los pacientes con drenaje (3 días vs. 2 días, p 0,001). Después del ajuste por paciente, factores quirúrgicos y características del tumor, la estancia hospitalaria prolongada se asoció con un tiempo quirúrgico mayor (? = 0,30, p = 0,001), drenaje (? = 0,15, p = 0,033) y complicaciones (? = 0,45, p 0,001).

**Conclusiones:** Estos resultados no apoyan el uso rutinario de drenaje abdominal tras la adrenalectomía laparoscópica. La decisión de dejar un drenaje debe adaptarse a cada paciente. La ausencia de drenaje mejora la recuperación posoperatoria.