



# Cirugía Española



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

## V-092 - ADRENALECTOMÍA ENDOSCÓPICA RETROPERITONEAL IZQUIERDA

Sánchez-Espinel, Ester<sup>1</sup>; Noguera Aguilar, Jose Francisco<sup>2</sup>; Aguirrezabalaga Álvarez, Javier<sup>2</sup>; Castro Diez, Laura<sup>2</sup>; García Jiménez, Lourdes<sup>2</sup>; García Orozco, Julián<sup>2</sup>; Taboada Ameneiro, María<sup>2</sup>; Climent Aira, Antonio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Povisa, Vigo; <sup>2</sup>Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña.

### Resumen

**Introducción:** La adrenalectomía endoscópica es la técnica de elección para el tratamiento de las masas adrenales benignas (funcionales y no funcionales) al beneficiarse claramente de las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva. La adrenalectomía endoscópica retroperitoneal (AER) es preferible, y de hecho se ha demostrado superior, en pacientes con antecedentes de cirugía abdominal previa (30% de los que se operan hoy en día) y sobre todo en los que requieran de adrenalectomía bilateral. Comparada con el abordaje transabdominal, ofrece un acceso más directo a las glándulas adrenales sin necesidad de movilizar los órganos adyacentes (ej. hígado, páncreas) poniendo menos vísceras en riesgo y minimizando el riesgo de hernia incisional. Se pretende mostrar las ventajas que ofrece el abordaje retroperitoneal con respecto al transabdominal: no requiere movilizar otros órganos. No se ve afectada por cirugías abdominales previas. No neumoperitoneo (pacientes con riesgo cardiovascular o compromiso respiratorio). Misma posición para adrenalectomía bilateral. Menos vísceras en riesgo.

**Caso clínico:** Varón de 64 años con antecedentes de adenocarcinoma de recto alto diagnosticado en 2016, recibió neoadyuvancia con QT/RT, posteriormente se realizó resección anterior de recto laparoscópica y adyuvancia con QT. Tras un intervalo libre de enfermedad de dos años, en 2019 presenta lesión en segmento V-VI en relación con probable metástasis que se confirma tras llevar a cabo metastasectomía de dicho segmento. En 2020 se detecta, en una TC de abdomen de control, una lesión en la glándula adrenal izquierda sugestiva de metástasis por lo que se realiza PET TC de abdomen que apoya sospecha metastásica además de existir captación patológica en segmento V hepático compatible con persistencia tumoral. El estudio hormonal funcional (ACTH, Cortisol, metanefrina y normetanefrinas) fue negativo. Se decide adrenalectomía endoscópica retroperitoneal y rescate quirúrgico de la metástasis hepática. El paciente es dado de alta al duodécimo día posoperatorio, sin incidencias dignas de mención. La anatomía patológica confirma naturaleza metastásica de lesión adrenal, además de dos metástasis hepáticas en pieza de segmentectomía.

**Discusión:** La principal limitación del abordaje retroperitoneal es el espacio quirúrgico. El tamaño del tumor puede ser una contraindicación relativa para este tipo de abordaje endoscópico; los tumores de > 8 cm deben ser abordados con más precaución debido a una mayor probabilidad de ser malignos y resultar técnicamente más difíciles de movilizar y extirpar. Además, la AER presenta una curva de aprendizaje más larga (alrededor de 20 casos) al tener que familiarizarse con la anatomía retroperitoneal desde un punto de vista distinto al que está acostumbrado el cirujano endocrino.