



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

## V-080 - ADRENALECTOMÍA RETROPERITONEOSCÓPICA: GOLD STANDARD Ó ABORDAJE DE ELECCIÓN SÓLO PARA CASOS DIFÍCILES

Aranzana Gómez, Aurelio Francisco<sup>1</sup>; Vidal Pérez, Óscar<sup>2</sup>; Valentini, Mauro<sup>2</sup>; Muñoz Jiménez, Beatriz<sup>1</sup>; Álvaro Ruiz, Claudia<sup>1</sup>; Hernández Gutiérrez, Jara<sup>1</sup>; Toral Guinea, Pablo<sup>1</sup>; Krasniqui, Gazmend<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Virgen de la Salud, Toledo; <sup>2</sup>Hospital Clínic, Barcelona.

### Resumen

**Introducción:** Tras la 1<sup>a</sup> adrenalectomía laparoscópica descrita en 1992 (Gagner), el abordaje transperitoneal lateral Ico. ha demostrado ser el de elección. Éste proporciona una orientación anatómica fácil, utiliza técnicas similares a otros procedimientos laparoscópicos tradicionales y es la descrita en la mayoría de la bibliografía. La adrenalectomía retroperitoneoscópica posterior (ARP), descrita en 1995 (Waltz), ha demostrado ser una técnica segura y efectiva para el manejo quirúrgico de varias patologías adrenales. Las ventajas incluyen el acceso directo a la glándula adrenal, sin necesidad de movilización visceral o lisis de adherencias de operaciones abdominales previas y poder de realizar una adrenalectomía bilateral sin reposicionar al paciente.

**Objetivos:** Demostrar la seguridad y eficacia del abordaje retroperitoneoscópico para casos seleccionados, realizada por equipos con experiencia. Presentamos un vídeo que recoge dos intervenciones con esta técnica.

**Casos clínicos:** Caso 1º: mujer de 58a. AP: colecistectomía laparotómica, pancreatitis poscolecistectomía, con papiloplastia transduodenal, uropatía obstructiva derecha que precisó nefrostomía percutánea derecha, HTA, cesárea. En seguimiento por adenomas SR bilaterales y Cushing subclínico con HTA (catecolaminas normales, cortisol postdexametasona: 2,7). TAC: Nódulo de 38 × 29 mm, sugestivo de adenoma que ha crecido respecto al previo, engrosamiento nodular inespecífico en SR izquierda. Exp: IMC-27, cicatrices de lap. media, subostal e infraumbilical. Caso 2º: varón de 68a. AP: HTA, perforación poscolonoscopia de pólipos de sigma con biopsia de adenoca., que requirió Hartmann y colostomía en FII. Hiperaldosteronismo 1º con estudio bioquímico compatible y TAC: nódulo suprarrenal derecho. Mal control de su HTA con polimedication. Exploración: IMC: 28, eventración de gran tamaño de línea media y hernia paracolostómica. Intervenciones: en ambos, decúbito prono, navaja modificada; dejando abdomen libre. Acceso mediante minilaparotomía de 2 cm delante y debajo de la punta de la 12<sup>a</sup> costilla. Creación de espacio mediante disección digital. Trócares: Hasson en lugar de la incisión inicial (óptica) y dos de trabajo (debajo 12<sup>a</sup> costilla, límite con la musculatura paravertebral y en proximidad de la punta de 11<sup>a</sup> costilla). Pneumoretroperitoneo a alto flujo a 25 mmHg. LigaSure 5 mm e instrumental laparoscópico convencional. Apertura de fascia de Zuckerkandl y localización de polo superior renal, identificación del peritoneo y plano muscular posterior. Disección de zona medial y control de vasos adrenales. Ambos asintomáticos tras 4 meses de la cirugía. Caso 1º: perforación de cava a nivel del ostium de la vena SRD, se procede a elevar la presión a 30 mmHg, evitar aspiración, movilización de la glándula para mejor acceso y posterior control con clips, no drenaje. Alta al 4º día. AP definitiva: adenoma. Caso 2º: Disección difícil por componente fibroinflamatorio intenso perirenal (-pielonefritis previa-), se completa la adrenalectomía con control de la

vena srd. Alta 1º día PO. AP definitiva: adenoma.

**Discusión:** En casos seleccionados, el abordaje retroperitoneal en decúbito prono para la resección de la glándula suprarrenal es seguro y eficaz, siendo el de elección. Ofrece un rápido acceso a la glándula junto con las ventajas de la CMI, aunque precisa que sea realizada por equipos con experiencia, por su mayor complejidad y requerimiento técnico.