



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-038 - ADRENALECTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA. ESTANDARIZACIÓN DE LA TÉCNICA

Malo Corral, Juan; Aranzana Gómez, Aurelio Francisco; Trinidad Borrás, Anna; Buitrago Sivianes, Soledad; Álvaro Ruiz, Claudia; Hernández Gutiérrez, Jara; López Pardo, Rafael; Toral Guinea, Pablo

Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Resumen

Introducción: Tras la 1ª adrenalectomía laparoscópica descrita en 1992 (Gagner), el abordaje transperitoneal lateral lco. 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, por otra parte 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. Actualmente existe controversia de cuál es el abordaje de elección, debiendo tener en cuenta la curva de aprendizaje necesaria para el abordaje retroperitoneal y el número reducido de pacientes que presentan patología adrenal subsidiaria de tratamiento quirúrgico.

Objetivos: Demostrar la seguridad y eficacia del abordaje laparoscópico estandarizado de la glándula suprarrenal izquierda con 3 trócares para casos seleccionados.

Caso clínico: Varón de 43 años, ex-adicto a cocaína, HTA refractaria con polimedicación antiHTA, con diagnóstico bioquímico y radiológico de adenoma suprarrenal izquierdo con hiperaldosteronismo primario. Vídeo demostrativo de los pasos técnicos sucesivos de forma estandarizada que realizamos durante la adrenalectomía izquierda laparoscópica, que son necesarios si reducimos los puertos de entrada. Intervención: abordaje lco. transabdominal lateral completo, 3 trócares, decúbito lateral derecho, 1º. Movilización ángulo esplénico de colon, movilización en bloque colo-espleno-pancreato-gástrica, hasta identificar pilar izquierdo; 2º. Disección extraglandular del borde medial de la glándula, identificación de vena diafragmática y renal izquierda, así como la vena suprarrenal, clipaje de la misma; 3º. Disección borde lateral, hasta fascia de Gerota; 4º. Disección del polo inferior, identificando glándula yuxta hiliar renal, resección bajo Ligasure. Tiempo operatorio 60 min., no pérdida hemática, posoperatorio correcto. Alta al 2º día. Asintomático, no precisa tratamiento anti HTA tras 1 año de seguimiento.

Discusión: La adrenalectomía laparoscópica es una técnica eficaz y segura que asocia escasa morbimortalidad y evidentes ventajas postoperatorias para el paciente. La estandarización del procedimiento permite reducir el nº de trócares, manteniendo su seguridad y eficacia.