

Adrenalectomía laparoscópica: reporte de un caso

Laparoscopic adrenalectomy: a case report

Juan C. Mendoza,* Max Carranza,* Marcela J. Pineda*

RESUMEN. Se practicó adrenalectomía laparoscópica a una paciente femenina de 49 años de edad, con diagnóstico de tumor suprarrenal derecho con hiperaldosteronismo primario. El abordaje que se utilizó fue el laparoscópico transabdominal con cuatro puertos de trabajo. La paciente egresó en buenas condiciones, con mejoría de sus comorbilidades, sin complicaciones.

Palabras claves: Adrenalectomía. Laparoscopia. Hiperaldosteronismo.

ABSTRACT. Laparoscopic adrenalectomy was made in 49 years old female with right suprarrenal tumor and primary aldosteronism. The laparoscopic transabdominal approach was used with four ports work. The patient was discharged in good conditions with improvement the comorbilities, without complications.

Keywords: Adrenalectomy. Laparoscopy. Hyperaldosteronism.

INTRODUCCIÓN

En 1992 fue introducido por primera vez el abordaje laparoscópico por Gagner y colaboradores¹ como método

alternativo para el tratamiento de la patología de la glándula suprarrenal. Desde esa fecha se practica de manera sistemática y segura en todo el mundo, realizándose por primera vez en nuestro país el 18 de Enero de 1999 por Esquivel R en el Hospital Escuela (comunicación personal). Las indicaciones varían muy poco de las citadas para cirugía abierta, entre estas: Síndrome de Cushing causado por adenoma benigno productor de cortisol, Síndrome de Cushing que no mejora con otras formas de terapia (adrenalectomía bilateral), adenoma productor de aldosterona (Síndrome de Conn), adenomas no funcionantes o incidentalomas (mayores de 4 cms o de crecimiento rápido en los controles).²

Se deben considerar como contraindicaciones a los pacientes con cirugía abdominal previa en la que las adherencias dificulten el acceso, tumores mayores de 10 cms o en los que se sospecha malignidad y pacientes con hernias diafragmáticas³. El abordaje preoperatorio y los cuidados posteriores deben de incluir un equipo multidisciplinario para el manejo de los problemas asociados a los tumores hiperfuncionantes.

PRESENTACION DE LA PACIENTE:

Femenina de 49 años de edad, procedente de San Pedro Sula, maestra, soltera, con historia de crisis hipertensiva el 1 Noviembre de 1996, se continuó tratamiento de la presión arterial en consulta externa de medicina interna (difícil control que requirió el uso de 5 medicamentos).

* Cirujano General, Hospital de Especialidades, Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

+ Cirujanos Generales, Hospital Regional del Norte, IHSS San Pedro Sula.

Dirigir correspondencia a: drjuanmen@yahoo.com

En los meses de Agosto y Septiembre del 2002 fue hospitalizada por hipokalemia que no respondió adecuadamente al aporte parenteral, por lo que se sospechó tumor suprarrenal hiperproductor de aldosterona, se ordenó TAC abdominal y niveles séricos de aldosterona (este último no se realizó). En el período del 2002 al 2004 se practicó 3 ultrasonidos de glándulas suprarrenales con reportes normales. La Tomografía fue realizada finalmente en febrero del 2007 reportando tumor suprarrenal derecho de 10 cms (Figura No. 1).

La paciente fue intervenida quirúrgicamente el 10 de Julio del 2007 en el Hospital del Seguro Social de San Pedro Sula, mediante abordaje laparoscópico transabdominal, sin complicaciones trans o postoperatorias. Fue manejada en la unidad de cuidados intensivos para control de su hipertensión arterial e hipokalemia. Se habilitó la vía oral al primer día post operatorio y egresó al 6 día con niveles de potasio normal y presión arterial controlada con tres antihipertensivos (Enalapril 20 mg, Carbedilol 12.5 y Amlodipina 5 mg BID). Los niveles de potasio en sangre fueron normales, sin ningún aporte externo. El reporte de histopatología fue: glándula suprarrenal derecha de 6x2x2 cm con tumoración de 2.5x2x1.5 cms. Adenoma adrenocortical derecho.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA

La paciente fue sometida a anestesia general e intubación orotraqueal, colocada en la mesa quirúrgica en decúbito

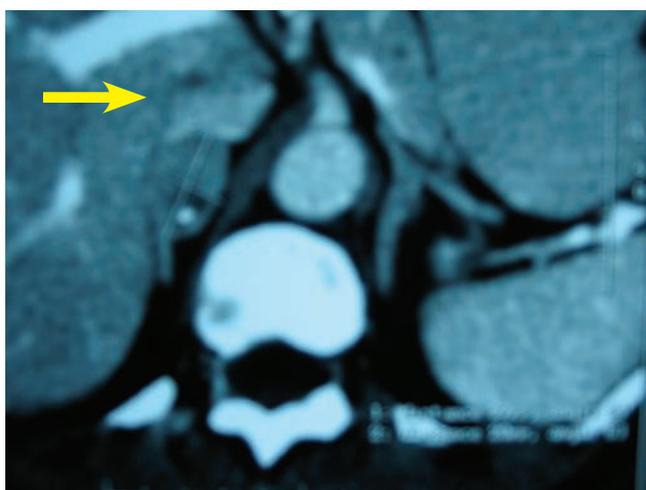


Figura No. 1. TAC que muestra tumor suprarrenal derecho (flecha)

lateral izquierdo. El equipo de cirujanos se ubicó del lado izquierdo de la mesa y la unidad de laparoscopia del lado derecho. Se realizó neumoperitoneo usando CO₂ con técnica cerrada mediante aguja de Veress con flujo de 4 litros por minuto hasta alcanzar una presión intraabdominal de 12 mm de Hg. Se colocó un trocar de 10 mm subcostal derecho en la línea axilar anterior para la óptica, usando laparoscopia de 10 mm con visión de 30 grados para una cámara de tres chips. Se introdujeron bajo visión directa dos trocars de cinco mm y uno de diez mm con reductor para puertos de trabajo de las manos del cirujano y otro con retractor hepático de aspas de cinco mm. Se muestra en la figura No. 2.

Se colocó separador hepático y retrajo lóbulo derecho exponiendo polo superior renal, se inició disección del peritoneo mediante bisturí armónico (Ethicon endosurgery) exponiendo vena cava y arteria renal derecha. Mediante retracción roma de pinzas intestinales y gasa, se realizó control vascular con clips de titanio medium large de la vena suprarrenal media, una vena superior accesoria y de las arterias superior e inferior. El resto de la disección se

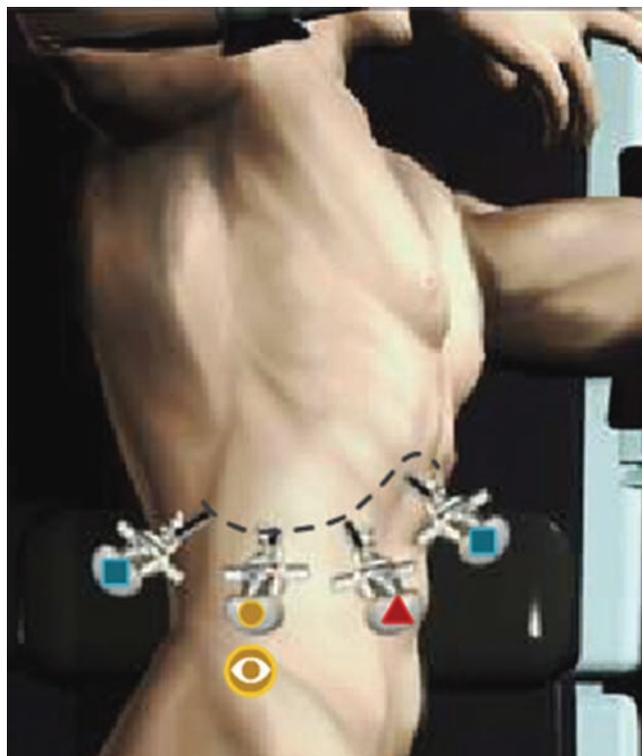


Figura No. 2. Disposición de los puertos de trabajo, el óptico de 10 mm (color amarillo), rojo de 10 mm con reductor y los restantes azules de 5 mm.

practicó con bisturí armónico de abajo hacia arriba debido a que la porción más grande del tumor tenía ubicación por detrás de la vena cava. La pieza quirúrgica fue extraída en bolsa de látex por puerto de trabajo de 10 mm lográndose sacar íntegra (Figura No. 3).

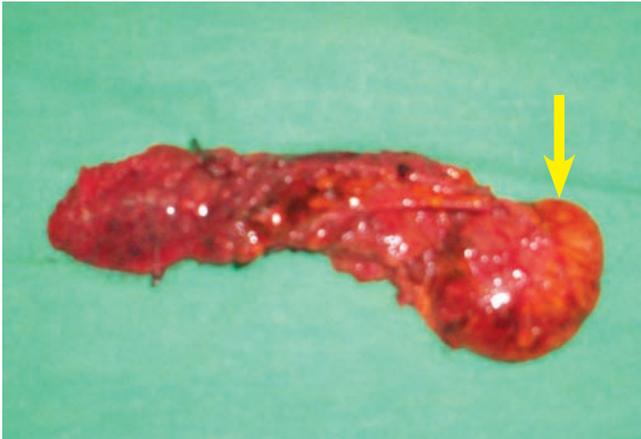


Figura No. 3. Glándula suprarrenal derecha, en un extremo el tumor (flecha).

Se revisó hemostasia, colocando drenaje de silicón plano en el lecho de disección haciéndolo exterior por el trocar más lateral. Eliminamos el CO₂ y cerramos puerto de extracción de pieza quirúrgica con sutura de poliglactina 1.0. No hubo complicaciones transoperatorias, el sangrado estimado fue de 50 ml. El tiempo quirúrgico fue de 180 minutos.

DISCUSIÓN

Los tumores adrenales son raros y aparecen publicados como reportes de casos y series pequeñas.^{1, 3, 4 - 6} El abordaje laparoscópico fue rápidamente adoptado por las ventajas que ofrece como ser: corta estancia intrahospitalaria, reducción de el dolor post operatorio, menos pérdida sanguínea y mejor satisfacción del paciente.^{3,7-9} Al practicar la ablación de un tumor suprarrenal hiperfuncionante se logra curar un 60 a 80% de las comorbilidades como ser hipertensión e hipokalemia^{6,10}. En el caso del feocromocitoma es el tratamiento de elección e inclusive en los casos hereditarios se puede practicar adrenalectomía laparoscópica parcial con buen suceso para conservar la función y no dejar al paciente esteroide dependiente.¹¹

^{12,13}. El sangrado operatorio oscila entre 60+/-20 ml y el tiempo operatorio puede ser 170 +/-30 minutos.^{2,3,4} El tiempo hospitalario es variable, con reportes de 24 hrs. hasta 3.4 días.

En nuestro medio estos tumores son muy raros, es el primero que se reporta en nuestra literatura y a pesar de la experiencia limitada por su baja frecuencia en la población, el manejo del presente caso fue aceptable en cuanto a la técnica quirúrgica, tiempo operatorio y mejoría de las comorbilidades, tal y como se reporta en la literatura mundial.

REFERENCIAS

1. Gagner M, Lacroix A, Bolte E. Laparoscopic adrenalectomy in Cushing's syndrome and pheochromocytoma. *N Engl J Med.* 1992; 327:1033.
2. Barresi RV, Prinz RA. Laparoscopic Adrenalectomy. *Arch Surg* 1999; 134:212-217.
3. Gagner M, Pomp A, Heniford BT. Laparoscopic adrenalectomy: Lessons learned from 100 consecutive procedures. *Ann Surg* 1997; 226: 238-247.
4. Rayan SS, Hodin RA. Short-stay laparoscopic adrenalectomy. *Surg Endosc* 2000; 568-572.
5. Raeburn Ch D, McIntyre RC. Laparoscopic approach to adrenal and endocrine pancreatic tumors. *Surg Clin N Am.* 2000; 80:1427-1441.
6. Novitsky YW, Kercher Kent W, Rosen MJ. Clinical outcomes of laparoscopic adrenalectomy for lateralizing nodular hyperplasia. *Surgery* 2005; 138:1009-17.
7. Brunt LM, Doherty GM, Norton JA. Laparoscopic adrenalectomy compared to open adrenalectomy for benign adrenal neoplasm. *J Am Coll Surg* 1996; 183:1-10.
8. Prinz RA. A comparison of laparoscopic and open adrenalectomy. *Arch Surg* 1995; 130:489-494.
9. Thompson SK, Hayman AV, Ludlam W, Deveney C, Loriaux DL, Sheppard BC. Improved Quality of life after bilateral laparoscopic adrenalectomy for Cushing's disease. *Ann Surg* 2007; 245:790-745.
10. Young WF, Stanson AW, Thompson GB, Grant CS, Farley DR, van Heerden JA. Role for adrenal venous sampling in primary aldosteronism. *Surgery* 2004; 136:1227-35.
11. Diner EK, Franks ME, Behari A, Linehan WM, Walther M. Partial Adrenalectomy: The National Cancer Institute Experience. *Urology* 2005; 66:19-23.
12. Toniato A, Boschini IM, Opocher G, Guolo A, Pelizzo M, Mantero F. Is the laparoscopic adrenalectomy for pheochromocytoma the best treatment? *Surgery* 2007; 141:723-7.
13. Kalady ME, McKinlay R, Olson JR, Pinheiro J, Lago S, Park A, Eubanks WS. Laparoscopic adrenalectomy for pheochromocytoma. *Surg Endosc* 2004; 18:621-25.