

SUPRARRENALECTOMÍA VIDEOLAPAROSCÓPICA TRANSPERITONEAL: NUESTRA EXPERIENCIA

TRANSPERITONEAL LAPAROSCOPIC SUPRARRENALECTOMY: OUR EXPERIENCE

Miguel Farina*, Rodrigo Pederzoli**, Agustín Rodríguez**,
Gilberto López**, Ever Sosa**

RESUMEN

Introducción: El abordaje laparoscópico representa el tratamiento quirúrgico ideal de las enfermedades de las glándulas suprarrenales, debido a las ventajas respecto a las técnicas abiertas en cuanto a seguridad, eficacia, menor morbilidad y pronta recuperación del paciente. **Objetivo:** Describir nuestros resultados en suprarrenalectomía videolaparoscópica transperitoneal. **Pacientes y método:** Observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Se presentan 14 casos de pacientes sometidos a suprarrenalectomía videolaparoscópica en un periodo de 2004 a 2016, con los diagnósticos de feocromocitomas en 8 casos, 2 adenomas con síndrome de Cushing, 1 adenoma no funcionante, 1 mielolipoma, 1 síndrome de Conn y 1 quiste epitelial benigno. Describimos la localización, el tamaño, el tiempo quirúrgico y de hospitalización, la pérdida sanguínea, complicaciones y evolución. **Resultados:** Fueron 13 mujeres y un varón, con edades comprendidas entre 18 a 55 años (promedio 31,1 años). Hubo equivalencia en cuanto a la localización izquierda y derecha. El tamaño varió de 5 a 10 cm (promedio de 8 cm). La media del tiempo quirúrgico fue de 125 min y de hospitalización de 3,5 días. El sangrado operatorio medio fue de 90 cc (de 30 a 260 cc). Como complicaciones tuvimos un caso de sangrado intraoperatorio a través de uno de los puertos, que se consiguió cohibir mediante punto hemostático transparietal y otro caso de neumotórax derecho post punción de catéter de vía venosa central pre operatorio que requirió la colocación de un tubo de drenaje pleural. En ningún caso fue necesaria la conversión a cirugía abierta. No tuvimos óbitos. **Conclusiones:** En nuestra experiencia la suprarrenalectomía videolaparoscópica transperitoneal es una técnica segura para el tratamiento de las enfermedades de las glándulas suprarrenales, con 14,3% de complicaciones y ningún óbito, así como estadía hospitalaria corta.

Palabras clave: suprarrenalectomía, glándula adrenal, laparoscopia.

ABSTRACT

Introduction: The laparoscopic approach for adrenal tumors are the best option because of his safety to perform, poor or nothing morbidity and fast recovery. **Objective:** to describe the results of transperitoneal laparoscopic suprarrenalectomy (TLS). **Patient and method:** an observational, retrospective study of 14 patients who underwent TLS between 2004 to 2016. **Results:** 13 women and 1 man, with a range of age of 18 to 55 years, without difference of tumor localization side. The average size of the tumor was 8 cm and the OR time 125 min in most of the cases. The average of discharge from hospital was 3,5 days. The complications presented were a trocar hemorrhage resolved with a stitch and a pneumothorax after yugular puncture that required a pleural drainage. **Conclusions:** The TLS is a safety technique for adrenal tumors, with a complication rate of 14,3% and a short hospital admission.

Key words: suprarrenalectomy, adrenal gland, laparoscopy.

INTRODUCCIÓN

Gagner en 1992, describió su experiencia en suprarrenalectomía laparoscópica transperitoneal efectuada en tres pacientes con tumores suprarrenales benignos, múltiples publicaciones han demostrado la factibilidad y seguridad de esta opción. (1,2,3)

La suprarrenalectomía laparoscópica se convirtió en el tratamiento quirúrgico de elección de la mayor parte de las masas suprarrenales, ya desde finales de la década de 1990, debido a su eficacia y a sus ventajas generales de la cirugía mínimamente invasiva, principalmente en aquellos casos de lesiones benignas funcionantes o incidentalomas. (1,3,4,14)

En cuanto al abordaje de la glándula suprarrenal según el tamaño e indicación, para los casos de adenomas productores, incidentalomas mayores de 4 cm y metastásis a este nivel, se considera de elección la laparoscopia, ya sea transperitoneal o retroperitoneal, aunque para esta última vía se recomienda que no sean tumoraciones mayores a 8 cm. Aún existe controversia en los casos de carcinoma suprarrenal, en donde varios autores prefieren la vía abierta. (1,2)

Las ventajas del abordaje laparoscópico transperitoneal son conocidas: mínima incisión, disminución del dolor postoperatorio y reducción de la estancia hospitalaria, además de permitir buen control y acceso a los pedículos vasculares. La cirugía laparoscópica asistida por un robot parece tener las mismas ventajas, además de proporcionar una visión tridimensional, posición cómoda, la eliminación del temblor del cirujano y la libertad de manipulación instrumental, respecto a la vía laparoscópica convencional. (3,15)

Nuestro objetivo es describir la experiencia en la II Cátedra de Clínica Quirúrgica, en suprarrenalectomía videolaparoscópica transperitoneal.

PACIENTES Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Se presentan 14 casos de pacientes sometidos a suprarrenalectomía videolaparoscópica, en un periodo de 2004 a 2016, con los diagnósticos de feocromocitomas en 8 casos, 2 adenomas con síndrome de Cushing, 1 adenoma no funcionante, 1 mielolipoma, 1 síndrome de Conn y 1 quiste epitelial benigno.

Para el abordaje laparoscópico transperitoneal se realizó la técnica estándar. Describimos la localización, el tamaño, el tiempo quirúrgico y de hospitalización, la pérdida sanguínea, complicaciones y evolución.

RESULTADOS

Fueron 13 mujeres y un varón, con edades comprendidas entre 18 a 55 años (promedio 31,1 años). Hubo equivalencia en cuanto a la localización izquierda y derecha. El tamaño varió de 5 a 10 cm (promedio de 8 cm). La media del tiempo quirúrgico fue de 125 min y de hospitalización

* Profesor adjunto de Clínica Quirúrgica y Jefe de Departamento

** Médico de guardia

*** Residente de cirugía general

II Cátedra de Clínica Quirúrgica

de 3,5 días. El sangrado operatorio medio fue de 90 cc (de 30 a 260 cc). Como complicaciones tuvimos un caso de sangrado intraoperatorio a través de uno de los puertos, que se consiguió cohibir mediante punto hemostático transparietal y otro caso de neumotorax derecho post punción de catéter de vía venosa central pre operatorio que requirió la colocación de un tubo de drenaje pleural, ambas complicaciones se presentaron de suprarrenalectomías derechas. No tuvimos óbitos.

DISCUSIÓN

Actualmente ya no existe discusión respecto a la preferencia del abordaje laparoscópico para la extirpación de la glándula suprarrenal respecto a la vía abierta, y representa el "gold standard" para el tratamiento de las distintas enfermedades de la misma, con ventajas en el tiempo quirúrgico, pérdida sanguínea, recuperación postoperatoria, estancia hospitalaria y reinserción laboral precoz. La cirugía laparoscópica asistida con robot no ha demostrado diferencias significativas respecto al abordaje laparoscópico tradicional. ^(1-3,14,15)

Hemos realizado la técnica transperitoneal estándar, descrita también por otros autores. Es importante resaltar que la suprarrenalectomía transperitoneal es una cirugía laparoscópica compleja, principalmente la del lado derecho, por lo que para su realización se requiere tener cierto bagaje en laparoscopia avanzada. ^(2,4-6,13)

Operamos 14 pacientes, siendo el sexo femenino el predominante, coincidiendo esto con otras series. ^(1,2,4) El feocromocitoma fue la indicación en la mayoría de los casos, similar a la literatura universal. Todos se correspondieron con el informe anatomopatológico final. Debido al riesgo de liberación de catecolaminas durante la cirugía, el tratamiento del feocromocitoma es considerado un desafío. La cirugía laparoscópica para feocromocitoma permite una manipulación más delicada, siendo no solamente viable desde el punto de vista técnico, sino que también es más segura en cuanto a los parámetros hemodinámicos. ^(7,9-12,16)

En lo que se refiere a nuestro tiempo quirúrgico prome-

dio (125 min) hemos empleado menos tiempo respecto a otras series publicadas (de 125–160min). Respecto a nuestro sangrado operatorio promedio de 90 cc, fue menor en comparación a otros estudios con mismo abordaje, así como también del estudio de Machado M et cols. con abordaje laparoscópico retroperitoneal, en donde constataron una media de sangrado de 235 mL y solo fue mayor que el estudio de El-Kappany, donde presentaron 60 cc de sangrado promedio. En este último estudio también presentaron un porcentaje de lesión visceral o vascular de 7,4%, que difiere con nuestros resultados en donde no presentamos dichas complicaciones. ^(2,4,6-8)

Comparando nuestros resultados con las principales series publicadas, presentamos un porcentaje de complicaciones algo mayor que el reporte mundial que oscila entre el 5,1–9,6% (14,3% en la nuestra, correspondiente a 2 casos del lado derecho), aunque el tamaño de nuestra muestra aún es pequeño para establecer una validez externa. Así también disentimos en cuanto al porcentaje de conversión a cirugía abierta descrito del 2,5 al 7%, ya que no presentamos ningún caso. Nuestra estancia media hospitalaria fue de 3,5 días, comparable a otros estudios con estancias entre 2,6–5,8 días. No tuvimos ningún óbito, al igual que en la mayoría de otras series, aunque Mancini F et cols. y Hevia M et cols. describen una mortalidad de 4,2 y 1,2%, respectivamente. ^{2,4,6-8}

Por tanto, recomendamos el tratamiento laparoscópico transperitoneal para el tratamiento quirúrgico de las glándulas suprarrenales, ya que los resultados en nuestro servicio indican que representa un abordaje seguro, eficiente y con una relación costo-beneficio mucho más aceptable que el abordaje laparoscópico asistido con robot. ^(1,15)

CONCLUSIÓN

En nuestra experiencia la suprarrenalectomía videolaparoscópica trasperitoneal es una técnica segura para el tratamiento de las enfermedades de las glándulas suprarrenales, con 14,3% de complicaciones y ningún óbito, así como estancia hospitalaria corta.

REFERENCIAS

1. Maestre M, Candel M, Terol E et cols. Suprarrenalectomía laparoscópica: la mejor opción de tratamiento quirúrgico. *Cir Cir* 2013;81:196-201.
2. Hevia M, Abascal J, Boixb P. Experiencia y resultados en la suprarrenalectomía laparoscópica transperitoneal. *ACTAS UROL ESP*. 2010; 34(5):412-416.
3. Gagner M, Lacroix A, Bolte E. Laparoscopic adrenalectomy in Cushing's syndrome and pheochromocytoma. *N Engl J Med*. 1992;327:1033.
4. Hevia M, Abascal Junquera JM, Abascal García JM, Este'banez C, Boix P, Abascal García R. Adrenalectomía laparoscópica transperitoneal: resultados tras 70 procedimientos. *Arch Esp Urol*. 2008;61:611-20.
5. Pascual JI, Cuesta JA, Grasa V, Labairu L, Napal S, Ipiens AP. Laparoscopy adrenalectomy. Considerations on 24 different procedures. *Actas Urol Esp*. 2007;31:98-105.
6. Guazzoni G, Cestari A, Montorsi F, Lanzi R, Nava L, Centemero A, et al. Eight-year experience with transperitoneal laparoscopic adrenal surgery. *J Urol*. 2001;166:820-4.
7. Machado M, Rincón F, Lasmar M et cols. Suprarrenalectomía laparoscópica retroperitoneal como opción mínimamente invasiva en el tratamiento de tumores adrenales. *Arch. Esp. Urol*. 2006; 59, 1:49-54.
8. Mancini F, Mutter D, Peix JL, Chapuis Y, Henry JF, Proye C, et al. Experiences with adrenalectomy in 1997. Apropos of 247 cases. A multicenter prospective study of the French-speaking Association of Endocrine Surgery. *Chirurgie*. 1999;124:368-74.
9. Fernandez- Cruz, L.; Taura, P.; Saenz, A. y cols.: "Laparoscopic approach to pheochromocytoma: hemodynamic changes and catecholamine secretion". *World J. Surg.* 1996; 20: 762.
10. Mobius, E.; Nies, C.; Rothmund, M.: "Surgical treatment of pheochromocytomas. Laparoscopic or conventional?". *Surg. Endosc.* 1999; 13: 35.
11. Janetschek, G.; Finkenstedt, G.; Grasser, R. y cols.: "Laparoscopic surgery for pheochromocytoma: adrenalectomy, partial resection, excision of paragangliomas". *J. Urol.* 1998, 160: 330.
12. Salomon, L.; Rabii, R.; Soulie, M. y cols.: "Experience with retroperitoneal laparoscopic adrenalectomy for pheochromocytoma". *J. Urol.* 2001, 165: 1871.
13. Zacharias M, Haese A, Jurczok A, Stolzenburg JU, Fornara P. Transperitoneal laparoscopic adrenalectomy: Outline of the preoperative management, surgical approach and outcome. *Eur Urol*. 2006;49:448-59.
14. Lee J, El-Tamer M, Schiffnert T. Open and Laparoscopic Adrenalectomy: Analysis of the National Surgical Quality Improvement Program. *J Am Coll Surg*. 2008; 01.018: 953-959.
15. Wu J, Wu H, Lin M. Comparison of robot-assisted laparoscopic adrenalectomy with traditional laparoscopic adrenalectomy - 1 year follow-up. *Surg Endosc*. 2008; 22:463-466.
16. Grubbs E, Rich T, Ng C. Long-Term Outcomes of Surgical Treatment for Hereditary Pheochromocytoma. *J Am Coll Surg*. 2013; 216.2:280-289.