

Suprarrenalectomía derecha videolaparoscópica transperitoneal por Síndrome de Conn

Transperitoneal laparoscopic right suprarrenalectomy for Conn Syndrome

Soel Feltes*, Marcos Delgado*, Dayhana Duarte**, Miguel Ferreira***

Hospital Nacional de Itauguá. Paraguay

RESUMEN

La principal causa de hiperaldosteronismo primario es el aldosteronoma, que es un adenoma de la corteza suprarrenal secretor de aldosterona; generalmente ocurre a la edad de 30 a 60 años, con predominio en mujeres en relación 1.5:1. La mayoría de las veces es unilateral, pero en raras ocasiones puede ser bilateral (8%). Hay que sospechar aldosteronoma en los pacientes que presentan hipertensión, hipocalemia y alcalosis metabólica, así como en los pacientes con antecedente familiar de hiperaldosteronismo primario, incidentaloma e hipertensión, y en la evaluación de toda hipertensión secundaria. Se reporta el caso de una paciente de sexo femenino de 51 años de edad, que consulta por parestesia de miembros superiores e inferiores, hipertensión arterial tratada con cuatro drogas antihipertensivas, de un año de evolución. Laboratorialmente se constata hipocalemia, por lo cual se solicita dosaje de aldosterona retornado en valores elevados; se solicita TAC con contraste en donde se evidencia un tumor suprarrenal derecha. Se diagnosticó aldosteronoma o síndrome de Conn con base en las concentraciones incrementadas de aldosterona sérica y tomografía axial computada abdominal que evidenció un tumor suprarrenal derecho. La paciente fue tratada con adrenalectomía laparoscópica y el estudio de patología confirmó un adenoma suprarrenal.

Palabras clave: Síndrome de Conn, Hiperaldosteronismo, hipocalemia.

ABSTRACT

The main cause of primary hyperaldosteronism is aldosteronoma, which is an adenoma of the aldosterone-secreting adrenal cortex; it usually occurs at the age of 30 to 60 years, with a predominance in women in a 1.5:1 ratio. Most of the time it is unilateral, but in rare cases it can be bilateral (8%). Suspect aldosteronoma in patients with hypertension, hypokalemia and metabolic alkalosis, as well as in patients with a family history of primary hyperaldosteronism, incidentaloma and hypertension, and in the evaluation of all secondary hypertension. We report the case of a female patient of 51 years of age, who consulted for paresthesia of upper and lower limbs, hypertension treated with four antihypertensive drugs, one-year evolution. Laboratorially hypokalemia is verified, for which aldosterone dosage is requested returned in high values; TAC with contrast is requested, where a right suprarenal tumor is evident. Aldoster-

onoma or Conn syndrome was diagnosed based on the increased serum aldosterone concentrations and abdominal computed axial tomography that showed a right suprarenal tumor. The patient was treated with laparoscopic adrenalectomy and the pathology study confirmed an adrenal adenoma.

Keywords: Conn's Syndrome, hyperaldosteronism, hypokalemia.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Conn⁽¹⁾ descrito en 1955, está caracterizado por un adenoma productor de aldosterona. Es uno de los siete subtipos que actualmente conforman al hiperaldosteronismo primario. La prevalencia del hiperaldosteronismo primario se estima entre cinco y 13% de todos los pacientes con hipertensión arterial⁽²⁾. El hiperaldosteronismo se diagnostica con más frecuencia a la edad de 30 a 60 años, con predominio en el género femenino, con una relación 1.5:1 suele ser unilateral, pero puede llegar a ser bilateral en el 8% de los casos; en general son adenomas menores de 2 cm^(3,4). A veces es completamente asintomático; cuando producen síntomas, estos son generalmente secundarios a la hipertensión o a la hipocalemia y pueden ser calambres, cansancio fácil, palpitaciones; debilidad progresiva. Los pacientes también pueden presentar hipernatremia y alcalosis, lo cual puede generar síntomas adicionales⁽⁵⁾. La adrenalectomía laparoscópica es el estándar de oro para el abordaje de la glándula suprarrenal, disminuyendo la morbimortalidad de dicho procedimiento. La recuperación de la HTA a cifras normales es en promedio de 6 meses en un 30 a 90% de los pacientes⁽⁶⁾.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 51 años de edad que refiere cuadro de 1 año de evolución, de episodios de parestesia de miembros infe-


* Residente de tercer año del servicio de cirugía.

** Residente de segundo año del servicio de cirugía.

*** Jefe de sala del servicio de cirugía.

Recibido el 10 abril de 2019 Aceptado 27 abril de 2019

Autor correspondiente: Soel Feltes. Email: soelfeltes@gmail.com

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons

riores y superiores, hipertensión arterial que necesitaba cuatro drogas antihipertensivas para controlar, por lo que acude a nosocomio; se le realiza controles laboratoriales en donde se constata hipocalcemia, por lo cual se solicita dosaje de aldosterona retornando en valores elevados y se solicita TAC con contraste en donde se evidencia un adenoma de la glándula suprarrenal lado derecho (**Figura 1**).

Se decide conducta quirúrgica y se le realiza una suprarrenalectomía derecha video laparoscópica transperitoneal en decúbito lateral izquierdo, en donde se constata la glándula suprarrenal de aproximadamente de 4 cm (**Figura 2**) se realiza la suprarrenalectomía y el informe de la anatomía patológica fue un adenoma de 1,6 cm. Paciente es dada de alta a las 48 hs, sin complicaciones.

DISCUSIÓN

La cirugía con abordaje video laparoscópico como tratamiento del hiperaldosteronismo primario, refractario al tratamiento médico es la terapéutica de elección. La HTA es la enferme-

dad que más afecta a la población mundial en la actualidad, el aldosteronismo primario es una de las principales causas de esta afección. Los métodos diagnósticos ya bien estudiados en la actualidad son los niveles de aldosterona y renina en plasma, así como los de imagen, conformados por la TAC y la resonancia magnética⁽⁷⁾. Al realizar el procedimiento quirúrgico por esta vía se eliminan las desventajas más importantes pues la vena suprarrenal principal derecha queda en una posición más anterior, lo que facilita su disección, grapado y posibilidad de controlar un sangrado por deslizamiento de grapas o desgarro de la vena. La recuperación post operatoria es más rápida, disminuyendo la morbilidad del paciente, el sangrado intraoperatorio, el tiempo quirúrgico y su estadía hospitalaria, favoreciendo su rápida reinserción laboral. Por tanto recomendamos el tratamiento laparoscópico transperitoneal para el tratamiento quirúrgico de las glándulas suprarrenales ya que es un abordaje seguro, eficiente y con una relación costo beneficio mucho más aceptable que en otros tipos de abordajes quirúrgicos.

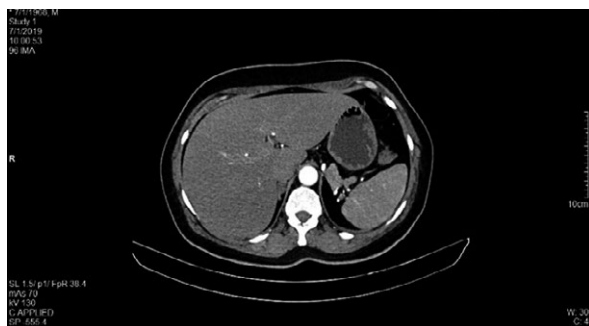


Figura 1



Figura 2

BIBLIOGRAFÍA

1. Conn JW, Louis LH. Primary aldosteronism: a new clinical entity. *Trans Assoc Am Physicians*. 1955; 68: 215-31.
2. Aronova A, Fahey TJ III, Zarnegar R. Management of hypertension in primary aldosteronism. *World J Cardiol*. 2014; 6: 227-33.
3. Uresti-Flores EL, Saucedo-Treviño LG, Gámez-Barrera H, Melo G, Valdez C, García L. Síndrome de Conn. *Med Int Méx*. 2015; 31: 210-6.
4. Diaz JC, Contreras Zuñiga E. Síndrome de Conn: descripción de un caso clínico. *Hipertension (Madr)*. 2007; 24:181-4.
5. Ziaja J, Chudek J, Król R, Pawlicki J, Wiecek A, Cierpka L et al. Rare normalization of blood pressure after unilateral adrenalectomy in 31 patients with Conn syndrome. *Langenbecks Arch Surg*. 2007; 392: 431-5.
6. Edwin B, Raeder I, Trondsen E, Kaaresen R, Buanes T. Outpatient laparoscopic adrenalectomy in patients with Conn's syndrome. *Surg Endosc*. 2001; 15: 589-91.
7. Lingam RK, Sohaib SA, Rockall AG, Isidori AM, Chew S, Monson JP, et al. Diagnostic performance of CT versus MR in detecting aldosterone-producing adenoma in primary hyperaldosteronism (Conn's syndrome). *Eur Radiol*. 2004; 14: 1787-92.