



O-164 - Experiencia y resultados de la cirugía de la glándula suprarrenal en un servicio de cirugía general desde su apertura

D. Acín Gándara, M. Medina, A. García Muñoz Najar y F. Pereira Pérez

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Resumen

Introducción: La adrenalectomía laparoscópica es la técnica de elección para el tratamiento quirúrgico de las enfermedades de la glándula suprarrenal, sin embargo sigue existiendo controversia en el tratamiento quirúrgico de los tumores primarios adrenales.

Objetivos: Evaluar los resultados del tratamiento quirúrgico de la glándula suprarrenal en nuestro centro hospitalario.

Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de 49 pacientes intervenidos en nuestro hospital por patología suprarrenal entre Enero de 2005 y Diciembre de 2013. Se han analizado los datos demográficos, indicación quirúrgica, cirugías abdominales previas, el tamaño tumoral, pruebas de imagen, técnica quirúrgica, estancia y morbimortalidad postoperatoria.

Resultados: En total se han intervenido 49 pacientes, 19 varones y 33 mujeres, con edad media de 51 años (rango: 18-73). El 77,5% sintomáticos, destacando la HTA en el 38,7%, síndrome de Cushing en el 18,4% y dolor abdominal en el 14%. A todos los pacientes se les realizaron pruebas de función adrenal y dentro de las pruebas de imagen, al 98% TC abdominal, 30,6% ecografía, 38,8% RM, 24,5% gammagrafía MIBG y 2,04% PET-TC. Las indicaciones quirúrgicas fueron: 16 adenomas, 2 incidentalomas, 8 feocromocitomas, 11 síndromes de Cushing, 2 síndromes de Conn, 6 tumoraciones, 2 carcinomas, 1 paraganglioma y 1 mielolipoma. Se realizaron 39 adrenalectomías transperitoneales laparoscópicas (79,5%) y 10 adrenalectomías abiertas (20,4%). Las laparotomías se indicaron por procesos asociados en 3 casos (uno con adrenalectomía derecha, nefrectomía derecha, hepatectomía derecha, colecistectomía, hepaticoyeyunostomía en Y de Roux, resección de vena cava retrohepática y colocación de prótesis anillada; otro con adrenalectomía derecha, transección de lóbulo caudado y prótesis anillada en vena cava; y el último por tamaño tumoral y esplenectomía asociada), por sospecha de malignidad en 5 casos y por tamaño tumoral en 2 casos. El índice de conversión fue de 8,1% (4p), por dificultad técnica ante el gran tamaño tumoral o invasión de estructuras vecinas en un caso de Carcinoma suprarrenal. La estancia media fue de 4,9 días (1-18). Hubo un 10% de morbilidad (TEP, neumonía, colección intraabdominal que requirió drenaje percutáneo, reintervención por hemoperitoneo, HDA por hipertensión portal en paciente con síndrome de Budd Chiari). La mortalidad postoperatoria fue del 2% (1 paciente con carcinoma adrenal derecho). El índice de curación sin repercusión hormonal fue satisfactorio. Los hallazgos anatomopatológicos fueron 28 adenomas corticales suprarrenales, 7 feocromocitomas (1 maligno), 2

quistes epiteliales, 1 ganglioneuroma, 1 tumor miofibroblástico, 1 mielolipoma, 3 hiperplasias corticales, 3 carcinomas, 1 neoplasia de potencial maligno incierto y 1 schwannoma.

Conclusiones: El porcentaje de adrenalectomías abiertas ha sido elevado debido al tamaño tumoral de algunos casos, a requerir cirugías asociadas o por la sospecha de carcinoma adrenal con infiltración de órganos vecinos. Aunque no son muchos los casos intervenidos, la adrenalectomía laparoscópica transperitoneal lateral ha sido segura, con una estancia media y un índice de complicaciones similar al de la literatura. La mortalidad ha sido del 0% en nuestra serie laparoscópica, aunque del 2% en la serie global. Consideramos de elección la técnica laparoscópica, excepto en los carcinomas adrenales avanzados o tumores de gran tamaño que requieran resección de órganos vecinos.