



## V-154 - ADRENALECTOMÍA BILATERAL LAPAROSCÓPICA COMO TRATAMIENTO DE CUSHING POR ADENOMAS SUPRARRENALES BILATERALES

*Fernández Pablos, Francisco Javier; Martínez Roldán, Amaia; del Pozo Andrés, Eneko; Etxabe Gurrutxaga, Josune; Vicente Rodríguez, Irune; Ortega Machón, Natalia; Hidalgo Pinilla, María; Ibáñez Aguirre, Francisco Javier*

*Hospital de Galdakao-Usansolo, Galadakao.*

### Resumen

**Introducción:** El hipercortisolismo o síndrome de Cushing es consecuencia de una exposición prolongada a una secreción de cortisol excesiva, constituido por un conjunto de complicaciones que asocia una morbilidad significativa. Puede tener su origen a nivel central en la hipófisis (llamado enfermedad de Cushing), a nivel corticomedular o de producción ectópica (síndromes paraneoplásicos). Cuando el origen del hipercortisolismo es la médula suprarrenal, las casusas más habituales son adenoma (10%), carcinoma (10%) o hiperplasia adrenal. En raras ocasiones, la causa de la hiperproducción de cortisol a nivel suprarrenal es la presencia de adenomas bilaterales, que pueden haber sido confundidos con hiperplasia en el estudio por imágenes. Poco más de una veintena de casos se han publicado desde 1977. El tratamiento en dichos casos es el mismo que la hiperplasia, la adrenalectomía bilateral. En la actualidad, la mayoría de las lesiones suprarrenales son manejadas mediante cirugía laparoscópica considerando a esta la vía de elección. La vía más empleada y aceptada es la transperitoneal pura.

**Caso clínico:** El caso que exponemos es una mujer de 45 años que es remitida a consultas de Endocrinología para valorar una obesidad grado II (IMC 38) como causa de hipertensión arterial de difícil control. Clínicamente, la paciente refiere astenia, datos de fragilidad cutánea con facilidad para hematomas y otros signos de hipercortisolismo-giba cervical, estrías rojo-vinosas. En el estudio bioquímico se demuestra una ausencia de supresión corticoidea en el test de Nugent, además de cortisol libre en orina y salivar elevado. Se solicita un TC abdominal que evidencia la existencia de nódulos en ambas suprarrenales y mediante RM se confirma adenomas suprarrenales bilaterales. El caso es presentado en el comité de cirugía endocrina y se acuerda cirugía bilateral simultánea. Preoperatoriamente se instaura tratamiento supresor con ketokonazol. La técnica realizada es una adrenalectomía bilateral por vía laparoscópica transperitoneal que se desarrolla sin incidencias. Se comienza por el lado izquierdo, colocando a la paciente en decúbito lateral derecho, con hiperextensión del tronco y se realiza neumoperitoneo mediante aguja de Veress en hipocondrio izquierdo. Se colocan 4 trócares para el abordaje de cada lado (2 de 12 mm y 2 de 5 mm). Para la disección se emplea óptico de cero grados, coagulación monopolar y bipolar. La intervención se desarrolla sin necesidad de conversión y sin complicaciones intraoperatorias. La paciente evoluciona de forma favorable y es dada de alta el tercer día posoperatorio sin complicaciones. La anatomía patológica de ambas glándulas suprarrenales es compatible para adenoma bilateral.

**Discusión:** El hipercortisolismo o síndrome de Cushing es una entidad rara, afecta más a la población femenina y el tratamiento quirúrgico más habitual suele ser de la hipófisis. Los que deben ser intervenidos de adrenalectomía bilateral para tratar este síndrome son un reducido grupo de pacientes. La vía laparoscópica puede ser especialmente ventajosa en estos pacientes que suelen ser obesos.