



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## V-030 - ADRENALECTOMÍA RETROPERITONEOSCÓPICA. DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA A PROPÓSITO DE UN CASO

*Delgado Oliver, Eduardo<sup>1</sup>; Vidal, Óscar<sup>1</sup>; Valentini, Mauro<sup>1</sup>; Guarner, Pol<sup>1</sup>; Pena, Romina<sup>1</sup>; Jiménez, Marina<sup>2</sup>; Rull, Ramon<sup>1</sup>; García-Valdecasas, Juan Carlos<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona. <sup>2</sup>Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

### Resumen

**Introducción:** Los recientes avances en tecnología e instrumental quirúrgico han permitido desarrollar nuevos abordajes cada vez menos invasivos, como la cirugía endoscópica a través de orificios naturales (NOTES) o laparoscopia por puerto único (SILS), con la consecuente disminución de morbilidad perioperatoria y mejor resultado estético. A pesar de ello, hay una serie de pacientes que por sus características clínicas y patológicas no pueden ser incluidos en este abanico de posibilidades. Para estos pacientes la opción ideal sería un abordaje extraperitoneal. Describimos el manejo de una paciente joven multioperada con adenoma suprarrenal funcionante.

**Caso clínico:** Se trata de una paciente de 33 años con antecedente de dos intervenciones quirúrgicas abdominales (apendicectomía y laparotomía exploradora por traumatismo cerrado) a quien se le detecta cifras altas de tensión arterial. Por ello se le realiza una medición ambulatoria de la presión arterial (MAPA), hallándose valores medios de presión arterial sistólica y diastólica por encima de las cifras de referencia en todos los periodos, con un patrón circadiano normal. Se solicitó un estudio analítico completo que fue normal, incluyendo el cociente albúmina-creatinina. Se realizó un estudio hormonal, observándose niveles de aldosterona plasmática muy elevados (1.156 ng/l) con una actividad de renina plasmática inhibida. Se le realiza TAC abdominal y se observa una tumoración hipodensa renal izquierda de 13 mm compatible con adenoma suprarrenal. Iniciamos tratamiento con espironolactona 50 mg/día, consiguiendo una excelente respuesta, con control de sus cifras de tensión arterial. Con el diagnóstico de adenoma suprarrenal productor de aldosterona se indicó tratamiento quirúrgico. Se realizó un acceso mínimamente invasivo. El paciente en posición prono Jack-knife. Incisión por debajo de 12ª costilla izquierda y disección del espacio retroperitoneal. Colocación de trócar lateral de 5 mm. Colocación de trócar de 12 mm para la óptica de 30°. Colocación de trócares (fig.). Pneumoretroperitoneo. Disección en roma hasta identificar musculatura paraespinal. Colocación de trócar medial de 12 mm. Disección del polo superior del riñón y la tumoración que depende de la suprarrenal izquierda. Disección de la glándula con la tumoración, seccionando venas y arterias con LigaSure. Colocación de la pieza dentro de bolsa Endo Catch que se extrae a través del orificio de 12 mm. No hubo complicaciones intraoperatorias. No fue necesaria la colocación de drenajes. No hubo complicaciones postoperatorias. La estancia hospitalaria fue de 48 horas. La paciente reanudó sus actividades cotidianas a los 5 días. El estudio de anatomía patológica confirmó el diagnóstico de adenoma suprarrenal.



**Discusión:** La principal ventaja de la retroperitoneoscopia es evitar poner en riesgo las vísceras intraabdominales. Sin embargo, con esta técnica se pierden las referencias anatómicas para la disección y el espacio de trabajo es restringido, factores que aumentan inevitablemente la dificultad del procedimiento. A destacar, la curva de aprendizaje es corta, con una mejoría dramática del tiempo operatorio y tasa de conversión tras un período de entrenamiento. La adrenalectomía por abordaje retroperitoneoscópico posterior es factible, segura y rápida, reportando menor tiempo operatorio y menos analgesia tras el procedimiento, lo que facilita una pronta recuperación del paciente.