



P-069 - CAMBIOS PEROPERATORIOS EN LA ADRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DEL FEOCROMOCITOMA

Rodríguez-Hermosa, José Ignacio; García-Moriana, Elisabet; Roig, Josep; Gironès, Jordi; Salvador, Helena; Artigau, Eva; Pujadas, Marcel; Codina-Cazador, Antoni

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona.

Resumen

Introducción: El feocromocitoma es un tumor productor de catecolaminas localizado en la médula suprarrenal. Su tratamiento curativo es quirúrgico y la vía de abordaje habitual es laparoscópica. Los principios quirúrgicos a seguir son: buen conocimiento anatómico, manipulación delicada de los tejidos, hemostasia meticulosa, resección completa del tumor y ligadura precoz de la vena adrenal principal. A pesar de esto, una correcta preparación preoperatoria disminuye la inestabilidad hemodinámica perioperatoria derivada de la secreción excesiva de catecolaminas.

Métodos: Estudio prospectivo de 15 años (2003-2017) de los pacientes en los que se ha realizado tratamiento laparoscópico por feocromocitoma en nuestra Unidad de Cirugía Endocrina. En todos se realizó un abordaje transperitoneal lateral. Los parámetros estudiados fueron: sexo, edad, enfermedades asociadas, signos y síntomas de presentación, ASA, localización, tamaño tumoral, tiempo quirúrgico, conversión y causa, comportamiento intraoperatorio y postoperatorio, complicaciones, mortalidad y estancia hospitalaria.

Resultados: Hemos realizado 24 adrenalectomías laparoscópicas (dos casos bilaterales) por feocromocitoma en 13 hombres y 11 mujeres, con una edad media de $49,5 \pm 17,4$ años (rango 19-78). En un 62,5% eran casos esporádicos ($n = 15$) y en un 37,5% asociados a síndromes hereditarios ($n = 9$). Un 58,3% de los pacientes (14 casos) tenían cirugía abdominal previa, un 37,5% (9 casos) obesidad, con un IMC medio de $32,3 \pm 3,2$ kg/m² (rango 30-40,2), un 33,3% dislipemia y un 29,2% patología cardiovascular. El 95,8% de los pacientes (23/24 casos) presentaban HTA en el momento diagnóstico. En un 75% (18 casos) el feocromocitoma se manifestó con la clínica típica (sudoración, palpitaciones, cefalea y debilidad) y el 25% restante se comportaron de manera atípica. El 70,8% se clasificaron como ASA 3, pero hubo 3 casos (12,5%) con ASA 4. Se practicó adrenalectomía izquierda en 11 pacientes, derecha en 9 y bilateral en 2. El tamaño tumoral medio fue de $8,0 \pm 3,1$ cm (rango 3-16), en 9 pacientes el tamaño de la pieza fue ≥ 9 cm (rango 9-16). El tiempo quirúrgico medio fue de 90 ± 26 minutos (rango 60-265). Hubo 2 conversiones a cirugía abierta (8,3%) a consecuencia de hemorragia. Todos los pacientes realizaron una preparación preoperatoria con doxazosina (frenación alfa) y únicamente en dos casos precisaron diltiazem (frenación beta). El 75% de los pacientes ($n = 18$) presentaron crisis hipertensivas durante la intervención quirúrgica, a causa de la manipulación del tumor, requiriendo infusión de Urapidil. De éstos, un 33,3% ($n = 6$) respondieron con hipotensión posterior a la extracción del tumor,

requiriendo drogas vasoactivas. El 83,3% (n = 20) se mantuvieron normotensos en el postoperatorio inmediato. Sólo 4 pacientes (16,6%) presentaron hipotensión que requirió la perfusión de noradrenalina durante el primer día postoperatorio en la Unidad de Reanimación Anestésica. No hubo complicaciones y ni mortalidad en la serie. La estancia media fue de $3,5 \pm 1,0$ días (rango 2-6).

Conclusiones: La cirugía laparoscópica es efectiva y segura para el tratamiento del feocromocitoma suprarrenal, con una baja tasa de complicaciones. En el tratamiento quirúrgico del feocromocitoma, la correcta preparación preoperatoria reduce la incidencia de crisis hipertensivas intraoperatorias y también la hipotensión postoperatoria.