



P-090 - FÍSTULA URINARIA COMO COMPLICACIÓN INESPERADA EN ADRENALECTOMÍA RETROPERITONEOSCÓPICA

Domínguez Ayala, Maite; Gutiérrez Rodríguez, Teresa; Expósito Rodríguez, Amaia; García Carrillo, Maitane; Barrios Treviño, Borja; González de Miguel, Melani; Losada Docampo, Iria; del Hoyo Aretxabala, Izaskun

Hospital Universitario Basurto, Bilbao.

Resumen

Introducción: El abordaje transperitoneal lateral laparoscópico para la cirugía mínimamente invasiva de la glándula suprarrenal es la vía principal y más utilizada. Sin embargo, el abordaje retroperitoneoscópico popularizado por Walz, aunque menos utilizado, puede ofrecer ventajas e incluso ser superior en casos seleccionados. Las complicaciones de este abordaje en general, son menos frecuentes.

Caso clínico: Paciente de 44 años con antecedentes de obesidad, diabetes mellitus tipo 2 mal controlada, pancreatitis necrohemorrágica 8 años antes que evolucionó con múltiples colecciones retroperitoneales que requirieron drenaje percutáneo y cirrosis con episodios de descompensación ascítica. En pruebas de imagen de control de su enfermedad hepática, se objetiva hipertensión portal, circulación colateral periesplénica, atrofia pancreática e incidentaloma suprarrenal izquierdo. Tras estudios hormonales se diagnostica de adenoma suprarrenal productor de glucocorticoides. Se indica adrenalectomía izquierda. Se decide abordaje retroperitoneoscópico dada la previsible dificultad de la vía transperitoneal. La adrenalectomía retroperitoneoscópica y el posoperatorio cursan sin incidencias, dándose el alta al 2º día. Acude 10 días más tarde al Servicio de Urgencias por drenaje espontáneo de débito seroso en la herida correspondiente al trócar de 5 mm. En el TAC solicitado en urgencias, se identifica una colección en lecho quirúrgico hasta pared abdominal. Se solicita analítica del líquido con resultado de urea de 268 y creatinina de 24, por lo que se decide completar el diagnóstico con un uroTAC con contraste donde se identifica una fístula nefrocútea como complicación secundaria a la suprarrenalectomía retroperitoneoscópica. Tras colocación de catéter de doble J, cesa la salida del débito urinario con cierre de la fístula a las 24 hrs de la colocación del mismo. Es dado de alta con un TAC de control a las 6 semanas en el que no se visualiza recidiva.

Discusión: El abordaje retroperitoneoscópico es seguro y factible con pocas tasas de complicación. La complicación posquirúrgica más frecuente y descrita en el abordaje retroperitoneoscópico es la hipoestesia de la pared abdominal. En la literatura, hay descritos muy pocos casos similares de fístula urinaria secundaria al abordaje retroperitoneoscópico. La mayoría son secundarios a cirugías urológicas, siendo prácticamente inédita en suprarrenalectomía. Las pruebas complementarias para confirmar el diagnóstico y el tratamiento correcto mediante un drenaje urinario externo adecuado son esenciales para manejar de forma correcta esta complicación tan infrecuente. El mecanismo de

lesión no se identificó durante la cirugía, sin embargo, hay que tener presente la posibilidad de lesión inadvertida de la pelvis renal en las cirugías futuras mediante este abordaje.