



## O-130 - ¿ES SEGURA LA LAPAROSCOPIA ADRENAL EN LOS PACIENTES OBESOS?: ESTUDIO PROSPECTIVO DE COHORTES

Rodríguez-Hermosa, José Ignacio; Gironès, Jordi; Ranea, Alejandro; Delisau, Olga; Maldonado, Eloi; Artigau, Eva; Ferret, Georgina; Codina-Cazador, Antoni

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona.

### Resumen

**Introducción:** El número de personas obesas ha aumentado progresivamente en todo el mundo; en España, la prevalencia de obesidad en 2016 se estimó en un 21,6%. La obesidad se considera un factor de riesgo de complicaciones quirúrgicas tanto en cirugía abierta como en cirugía laparoscópica. La adrenalectomía laparoscópica ha reemplazado a la adrenalectomía abierta como operación estándar para los tumores adrenales.

**Objetivos:** comparar la seguridad de la adrenalectomía laparoscópica para el tratamiento de tumores suprarrenales en pacientes obesos versus no obesos.

**Métodos:** Estudio prospectivo observacional de cohortes que analiza pacientes consecutivos a los que se les realizó adrenalectomía laparoscópica con abordaje transperitoneal lateral en un único hospital universitario (abril 2003-septiembre 2020). Inicialmente las operaciones se realizaron con un sistema laparoscópico HD 2D (2003-2012), y posteriormente con un sistema HD 3D (2013-2020). Se compararon los datos y los resultados a corto plazo de pacientes obesos ( $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) versus no obesos. Para analizar la asociación entre el tiempo operatorio y otras variables se utilizó regresión lineal simple y multivariante.

**Resultados:** Del total de 206 adrenalectomías, se excluyen 26 pacientes por cirugía abierta, 7 por adrenalectomía bilateral y 6 por diversos procedimientos durante la laparoscopia.  $N = 160$  pacientes (82 mujeres y 78 hombres; mediana de edad 54 años; mediana de  $\text{IMC} 30,1 \text{ kg/m}^2$ ). De estos, 90 (56,2%) tenían un  $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$  y se incluyeron en el grupo de obesos (mediana de  $\text{IMC} 31,2 \text{ kg/m}^2$ ). La obesidad se clasificó como grado I ( $\text{IMC} 30\text{-}34,9$ ) en 78 pacientes, grado II ( $\text{IMC} 35\text{-}39,9$ ) en 8 y grado III ( $\text{IMC} \geq 40$ ) en 4. El grupo no obeso comprendía 70 (43,8%) pacientes (mediana de  $\text{IMC} 24,7 \text{ kg/m}^2$ ). El adenoma de Cushing y el feocromocitoma fueron las indicaciones más frecuentes. Los pacientes obesos eran mayores (58 años vs. 52 años,  $p < 0,001$ ). Una mayor proporción de pacientes obesos fueron ASA grado III-IV (71,1% vs. 48,6%,  $p = 0,004$ ). La obesidad se asoció con un tiempo quirúrgico mayor (72,5 min vs. 60 min,  $p < 0,001$ ) y una mayor pérdida de sangre operatoria (40 ml vs. 20 ml,  $p = 0,022$ ). No hubo diferencias en conversión a cirugía abierta (6,7% vs. 2,9%,  $p = 0,467$ ), morbilidad (4,4% vs. 0%,  $p = 0,132$ ) o estancia hospitalaria (2 días vs. 2 días,  $p = 0,404$ ). No hubo mortalidad en la serie. Después del ajuste de los factores de confusión, el tiempo operatorio se correlacionó positivamente con un  $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$  ( $\beta = 0,13$ ,  $p = 0,017$ ), la

pérdida de sangre operatoria ( $\beta = 0,18$ ,  $p = 0,008$ ), la laparoscopia 2D ( $\beta = 0,21$ ,  $p = 0,004$ ), el tamaño de la pieza quirúrgica ( $\beta = 0,29$ ,  $p < 0,001$ ) y la curva de aprendizaje - primeros 30 casos ( $\beta = 0,45$ ,  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** La baja tasa de morbilidad y la ausencia de mortalidad confirman que el procedimiento es factible y seguro en pacientes con obesidad moderada para los tumores adrenales, aunque un IMC superior a  $30 \text{ kg/m}^2$  puede prolongar la operación y aumentar el sangrado. Los pacientes obesos también se benefician de la cirugía mínimamente invasiva.