



CARTA AL DIRECTOR

Adrenalectomía parcial laparoscópica por adenoma productor de aldosterona

Laparoscopic Partial Adrenalectomy for aldosterone-producing adenoma

Sr. Director:

Castillo et al¹ presentan por primera vez en la bibliografía española una serie de casos de pacientes con hiperaldosteronismo primario, consecuencia de un adenoma adrenal productor de aldosterona (APA), en los que se realizó adrenalectomía parcial laparoscópica con conclusiones favorables sobre la seguridad y eficacia de la técnica. No encontraron dificultades o complicaciones relacionadas, como problemas para localizar los tumores, inconvenientes para extirpar los de mayor tamaño o los situados en localizaciones menos accesibles dentro de la glándula, o sangrado intra o postoperatorio excesivo, y todos sus pacientes pudieron suspender o disminuir la medicación antihipertensiva.

Los autores inician así en *Actas Urológicas Españolas* la discusión sobre una opción, la adrenalectomía parcial

laparoscópica en el APA, hasta hace poco justificada en el paciente con una sola adrenal o con enfermedad adrenal bilateral, pero discutible en el que tiene una adrenal contralateral sana. Inicialmente indicada en el feocromocitoma bilateral, en los últimos años hay una tendencia creciente a proponer la tumorectomía o adrenalectomía parcial laparoscópica en todas las masas adrenales funcionantes de diámetro reducido, y el APA ya es la primera indicación, con una incidencia de recidiva muy baja y con una mejoría o curación de la hipertensión arterial y ausencia de necesidad de corticoterapia de sustitución en la mayor parte de los pacientes².

Varios autores llamaron la atención sobre la evidencia histológica de microadenomas en el resto de la glándula aparentemente sana en un tercio de los pacientes operados de APA³. Esto parecía un potente argumento para contraindicar la posibilidad de hacer intervenciones conservadoras con garantías si el primer interés es asegurar la curación de la hipertensión arterial en estos pacientes, generalmente jóvenes (casi la mitad de los pacientes de Castillo et al tenían menos de 50 años), pero la funcionalidad de estos microadenomas es discutida⁴.

Tabla 1 Adrenalectomía parcial laparoscópica (APL) en el adenoma productor de aldosterona

Autor-año	Tipo de estudio (nº pacientes APL)	Reconversión (%)	Seguimiento (meses)	Curación/Mejoría (%)
Fu 2011	ECA (104)	0	96	100
Castillo 2011	SC (16)	0	NE	100
Cavallaro 2011	SC (3)	0	15	100
Wang 2010	SC (69)	4,5	NE	100
Roukounakis 2007	SC (4)	0	30	75
Liao 2006	SC (8)	0	25	100
Ishidoya 2005	CR (29)	0	60	93
Walz 2004	CR (30)	0	53	NE
Meria 2003	CR (20)	5	44	100
Zhang 2003	CR (58)	0	2-41	100
Sasagawa 2003	SC (13)	0 ^a	NE	NE
Jeschke 2003	SC (13)	0	39	100
Kok 2002	SC (8)	0	25	100
Ikeda 2002	SC (7)	0	NE	NE
Imai 1999	SC (3)	0	NE	NE

^a Reconversión de 2.1% en la serie global de 47 pacientes; Curación:TA normal sin medicación; mejoría: TA normal con medicación; ECA: ensayo clínico aleatorizado; SC: serie de casos; CR: cohortes retrospectivas; NE: no especificado.

Una revisión de la bibliografía de adrenalectomía parcial laparoscópica en el APA muestra 15 trabajos con tres o más casos. Sólo uno de ellos es un estudio aleatorizado frente a adrenalectomía total retroperitoneoscópica³ (nivel de evidencia 1 de Oxford CEBM; disponible en: www.cebm.net/index.aspx?o=1025), 4 son cohortes retrospectivas, comparativas de enucleación o adrenalectomía parcial frente a total laparoscópica (nivel de evidencia 3), y las demás son series de casos (nivel de evidencia 4), sumando solamente 385 pacientes tratados (**tabla 1** [datos no publicados a fecha de abril de 2011]). Aunque no suponen una fuente de evidencia suficiente como para recomendar la generalización de la técnica, que tiene la desventaja de ser una intervención potencialmente más difícil y con más riesgo de sangrado intra y postoperatorio⁴, la preservación de tejido adrenal funcional para el futuro del paciente hace de la adrenalectomía parcial laparoscópica en el APA una opción del mayor interés en un Servicio de Urología.

Bibliografía

1. Castillo OA, Díaz M, Arellano L. Adrenalectomía parcial laparoscópica en el hiperaldosteronismo primario. *Actas Urol Esp.* 2011;35:119–22.
2. Kaye DR, Storey BB, Pacak K, Pinto PA, Linehan WM, Bratslavsky G. Partial adrenalectomy: underused first line therapy for small adrenal tumors. *J Urol.* 2010;184:18–25.
3. Ishidoya S, Ito A, Sakai K, Satoh M, Chiba Y, Sato F, et al. Laparoscopic partial versus total adrenalectomy for aldosterone producing adenoma. *J Urol.* 2005;174:40–3.
4. Fu B, Zhang X, Wang GX, Lang B, Ma X, Li HZ, et al. Long-term results of a prospective, randomized trial comparing retroperitoneoscopic partial versus total adrenalectomy for aldosterone producing adenoma. *J Urol.* 2011;185:1578–82.

L.A. Fariña-Pérez

Servicio de Urología, Hospital Povisa, Vigo, España

Correo electrónico: luisfarina@yahoo.com