

Gran tumor suprarrenal

J. I. Rodríguez-Hermosa, J. Roig, P. Ortuño¹, A. M. Quiles¹, M. Recasens² y A. Codina-Cazador

Servicios de Cirugía General y Digestiva, ¹Radiodiagnóstico y ²Endocrinología. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona

INTRODUCCIÓN

Aunque la cirugía laparoscópica de órganos sólidos ha tardado en implantarse más tiempo que la de las vísceras huecas, principalmente por el problema de la hemostasia y por su extracción, la adrenalectomía laparoscópica es en la actualidad la técnica de elección en el tratamiento de la enfermedad adrenal benigna (1); y podría llegar a ser el tratamiento de elección de los tumores adrenales malignos (2,3).

CASO CLÍNICO

Varón de 58 años con antecedentes de hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, quistes renales bilaterales, hemorragia digestiva alta por úlcera duodenal, dislipemia, obesidad tipo I (índice de masa corporal 33,4 kg/m²) e interveni-

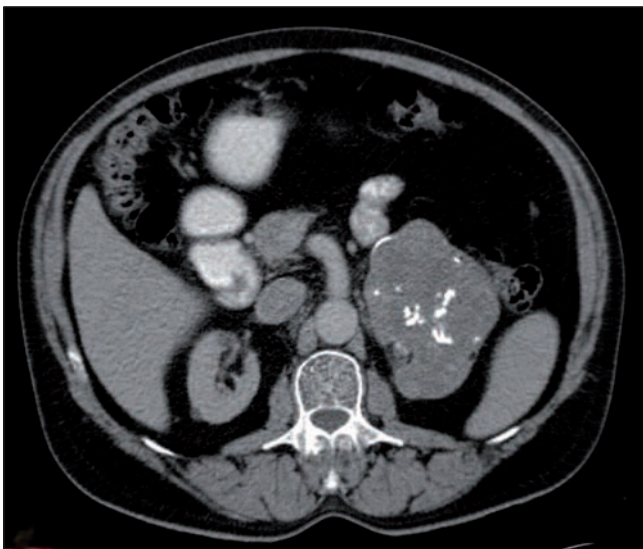


Fig. 1. Tomografía computerizada abdominal, proyección axial: gran masa adrenal izquierda, parcialmente calcificada.

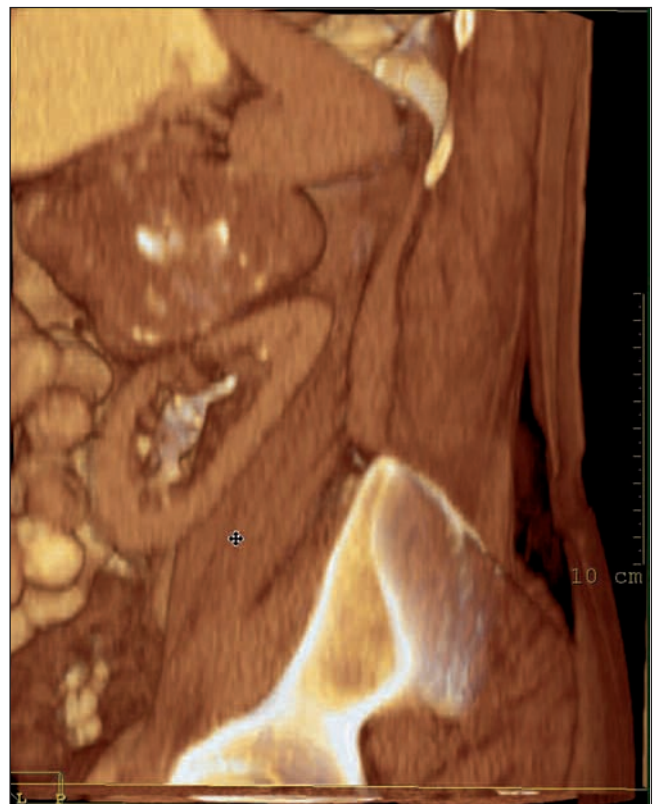


Fig. 2. Reconstrucción tomográfica abdominal 4D, proyección sagital: gran tumoración adrenal izquierda.

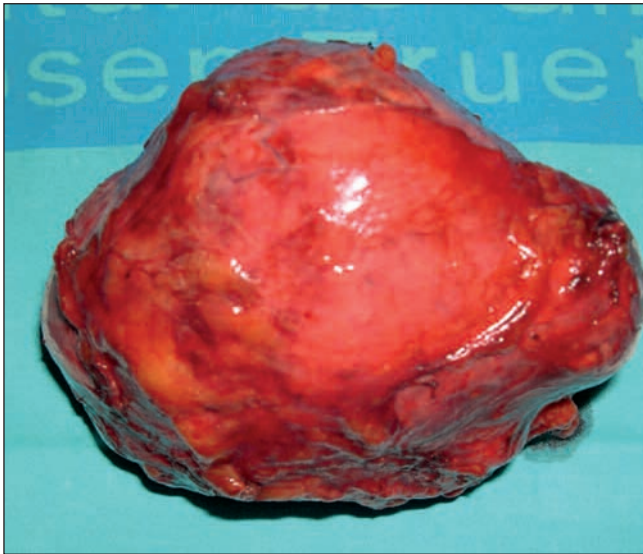


Fig. 3. Pieza quirúrgica: adenoma cortical suprarenal, con extensas áreas de necrosis hemorrágica, hialinización y focos de calcificación.

do de prolactinoma. Presenta una tumoración suprarenal izquierda no funcionante de gran tamaño, diagnosticada por TC abdominal (Figs. 1 y 2). Se efectuó un abordaje laparoscópico, con liberación del ángulo esplénico del colon y movilización medial espleno-pancreática; sección de la vena principal adrenal izquierda y de los vasos accesorios venosos y arteriales; exéresis completa de la glándula adrenal tumoral, revisión de la hemostasia y extracción de la pieza en una bolsa preformada a través de una minilaparotomía transversa. El estudio histológico de la pieza evidenció una lesión de carácter heterogéneo, con áreas hemorrágicas, áreas de coloración parduzcas, áreas amarillentas y extensas áreas de necrosis hemorrágicas; también se identificaron septos con focos de calcificación. El diagnóstico definitivo fue de adenoma cortical suprarenal (14 x 12 x 11,5 cm de diámetro) (Fig. 3). El paciente fue dado de alta al tercer día sin complicaciones.

DISCUSIÓN

En términos generales, en la cirugía adrenal se recomienda no realizar un abordaje laparoscópico en lesiones con un tamaño superior a 10 cm de diámetro, a causa de las dificultades técnicas y por la posibilidad de malignidad (2), pero en nuestra serie –con 30 adrenalectomías laparoscópicas en los últimos 4,5 años– se extirparon cuatro adrenales con 10, 10, 12 y 14 cm de diámetro respectivamente, sin complicaciones. Pocos artículos describen una resección laparoscópica de masas adrenales mayores de 14-15 cm (4).

Para Gagner, precursor de la adrenalectomía laparoscópica en 1992, las limitaciones de la laparoscopia son dependientes de la experiencia del cirujano y no de las técnicas mínimamente invasivas (3).

Presenta los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva, respecto a la técnica abierta, como son la mínima morbilidad, la menor necesidad de analgésicos, la reducción de la estancia hospitalaria y de la convalecencia (1).

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz-Tovar J, Pérez J, Alonso N, Díez M, Rojo R, Collado MV, et al. Adrenalectomía laparoscópica. *Cir Esp* 2007; 82: 161-5.
2. Assalia A, Gagner M. Laparoscopic adrenalectomy. *Br J Surg* 2004; 91: 1259-74.
3. Gumbs AA, Gagner M. Laparoscopic adrenalectomy. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2006; 20: 483-99.
4. O'Boyle CJ, Kapadia CR, Sedman PC, Brough WA, Royston CM. Laparoscopic transperitoneal adrenalectomy. *Surg Endosc* 2003; 17: 1905-9.