



Revista Mexicana de
UROLOGIA
ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE UROLOGÍA

www.elsevier.es/uromx



CASO CLÍNICO

Adrenalectomía laparoscópica derecha por feocromocitoma



V.M. Pérez-Mazanares*, J. Arriaga-Aguilar, R.A. García-Vásquez, J.A. Solís-Rodríguez, F. Salinas-González, R. Vega-Castro, J. Padilla-Piña, A. Zárate-Morales, M. García-Díaz e I. Gerardo-Osuna

Departamento de Urología, Hospital General del Estado de Sonora, Secretaría de Salud, Hermosillo, Sonora, México

Recibido el 1 de octubre de 2014; aceptado el 24 de marzo de 2015

Disponible en Internet el 29 de mayo de 2015

PALABRAS CLAVE

Adrenalectomía
laparoscópica;
Feocromocitoma

Resumen A nivel mundial han surgido varias preocupaciones y controversias respecto a las adrenalectomías laparoscópicas realizadas en tumores malignos que ponen en cuestión la eficacia y efectividad del procedimiento; sin embargo, no es así en la adrenalectomía laparoscópica en las masas suprarrenales benignas que es considerada el «gold estándar» en el tratamiento.

Se presenta el caso de un paciente femenino de 39 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial sistémica de reciente diagnóstico de difícil control, referida desde endocrinología con el diagnóstico de tumoración suprarrenal derecha. Metanefrinas totales en orina de 24 h: 5,844 $\mu\text{g}/24\text{ h}$ (rango 36-203 $\mu\text{g}/24\text{ h}$); catecolaminas totales en orina de 24 h: 289 $\mu\text{g}/24\text{ h}$. La TAC muestra masa ocupante en glándula suprarrenal derecha, de 8 cm de diámetro, de aspecto tumoral, sólida, ovalada e hipodensa, sin calcificaciones, con leve reforzamiento al contraste y áreas de menor atenuación en su interior que sugieren necrosis.

Se realiza adrenalectomía derecha laparoscópica. Tiempo quirúrgico: 195 min. Sangrado transquirúrgico: 450 ml; la pieza quirúrgica se extrajo por herida de 5 cm en fosa iliaca derecha. Estancia hospitalaria 3 días. El estudio histopatológico reportó feocromocitoma. El resultado quirúrgico es equiparable a la cirugía abierta, sumándole los beneficios de la cirugía de mínima invasión.

© 2015 Sociedad Mexicana de Urología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia. Avenida de los Duraznos #11 Colonia Fuentes del Mesquital, CP 83240, Tel.:éfono: +662 156 21 85.
Correo electrónico: dr.victorperez@hotmail.com (V.M. Pérez-Mazanares).

KEYWORDS

Laparoscopic
adrenalectomy;
Pheochromocytoma

Laparoscopic right adrenalectomy for pheochromocytoma

Abstract Various concerns and controversies have emerged worldwide with respect to laparoscopic adrenalectomy performed on malignancies that have called into question the efficacy and effectiveness of the procedure. Nevertheless, laparoscopic adrenalectomy is considered the gold standard of treatment when performed on benign adrenal masses.

A 39-year-old woman had a past history of recently diagnosed and difficult-to-control high blood pressure and was referred by the endocrinology service with the diagnosis of a right adrenal gland tumor. Total metanephrines in 24-h urine were 5,844 $\mu\text{g}/24\text{h}$ (range: 36-203 $\mu\text{g}/24\text{h}$) and total catecholamines in 24-h urine were 289 $\mu\text{g}/24\text{h}$. A computed axial tomography scan showed an 8 cm occupying mass on the right adrenal gland with a tumoral aspect that was solid, oval-shaped, and hypodense; it had no calcifications, slight contrast enhancement, and less attenuated areas in its interior suggesting necrosis.

A laparoscopic right adrenalectomy was performed. Surgery duration was 195 min, intraoperative blood loss was 450 ml, the surgical specimen was extracted through an approximately 7 cm-long wound in the right iliac fossa, and hospital stay was 3 days. The histopathologic study reported pheochromocytoma. The surgical result was comparable to that of open surgery, with the added benefits of minimally invasive surgery.

© 2015 Sociedad Mexicana de Urología. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los tumores suprarrenales son mejor conocidos como incidentalomas por encontrarse en el 3-5% de las tomografías realizadas por otra índole. La gran mayoría de las masas adrenales son benignas y no funcionantes y representan el 80%; sin embargo hay que distinguirlas de tumores metastásicos provenientes de otros órganos, principalmente cáncer de mama, pulmón, riñón o linfoma; y el 5% representa los tumores malignos primarios¹.

Son tumores que tienen la misma frecuencia en hombres que en mujeres, y la incidencia aumenta como en la mayoría de los cánceres con la edad; son pocos los que se presentan antes de la tercera década de la vida².

Su patogénesis al parecer está relacionada con factores como la diabetes, la obesidad y antecedentes familiares de tumores suprarrenales^{1,2}.

El diagnóstico de cualquier lesión suprarrenal se realiza con la sospecha clínica, la medición de mineralocorticoides, glucocorticoides, estrógenos, andrógenos y catecolaminas tanto en sangre como en orina. A pesar de que hasta el 95% de las lesiones suprarrenales son benignas y no funcionantes, se deben de realizar estudios hormonales completos con la finalidad de descartar un proceso maligno o un tumor funcionante que genere las diferentes manifestaciones clínicas como síndrome de Cushing, tumor feminizante, tumor virilizante, aldosteronoma y feocromocitoma^{3,4}.

Radiológicamente se considera que un tumor benigno corresponde a un tumor que en ecografía, tomografía o resonancia magnética sea menor de 4 cm, esté bien delimitado y sea homogéneo; mientras que con características contrarias son considerados malignos o metastásicos^{3,4}.

Desde la primera descripción de la adrenalectomía laparoscópica realizada por Gagner en 1992 se conocen las ventajas en comparación con la cirugía abierta, siendo

7 años después (en 1999) considerada el gold estándar en el tratamiento de las lesiones suprarrenales benignas; sin embargo, con los avances en la mejora de las técnicas laparoscópicas esta se está realizando para lesiones malignas y metastásicas de la glándula suprarrenal^{1,2}.

La adrenalectomía laparoscópica se lleva a cabo tanto en tumores suprarrenales primarios (benignos o malignos) como en lesiones metastásicas: si las lesiones son francamente malignas se puede realizar si el tumor está confinado en un órgano sin evidencia de invasión local y neoplasia que involucre la vena adrenal. Si los tumores miden más de 6-7 cm es difícil realizar una cirugía radical, sin embargo esta se puede hacer dependiendo de las características del paciente y de la habilidad del cirujano. Las indicaciones de adrenalectomía en lesiones metastásicas incluyen una razón curativa en caso de lesión adrenal metastásica solitaria y como diagnóstico en sospecha de metástasis adrenal sin localizar foco primario¹⁻⁶.

Las contraindicaciones para adrenalectomía laparoscópica son enfermedad cardiovascular o broncopulmonar severa, procedimiento quirúrgico previo en abdomen superior en región de la suprarrenal afectada, y las propias de la enfermedad como lesiones malignas mayores de 6 cm con compromiso del pedículo vascular adrenal y tejidos circundantes¹⁻³.

Presentación del caso

Paciente femenino de 39 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial sistémica de reciente diagnóstico en mal control con antihipertensivos orales, trombocitosis esencial, con cirugías previas por oclusión tubárica bilateral hace 15 años con recanalización hace 5 meses, menarca a las 12 años, 4 gestas y 4 partos, acude referida de la consulta de endocrinología con el diagnóstico de tumoración

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4274298>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4274298>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)