

A cirurgia laparoscópica nas afecções adrenais: uma excelente abordagem minimamente invasiva

Laparoscopic surgery in adrenal disorders: an excellent minimally invasive approach

DESCRITORES: GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS; ACHADOS INCIDENTAIS; DIAGNÓSTICO POR IMAGEM; TESTES LABORATORIAIS; PROTOCOLOS CLÍNICOS; PLANEJAMENTO DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE; EDITORIAL.

KEY WORDS: ADRENAL GLANDS; INCIDENTAL FINDING; DIAGNOSTIC IMAGING; LABORATORY TEST; CLINICAL PROTOCOLS; PATIENT CARE PLANNING; EDITORIAL.

O emprego rotineiro de métodos de imagem vem tornando cada vez mais frequentes os achados incidentais de massas adrenais. Frente a esta realidade, deveriam ser elaborados protocolos de condutas de forma a permitir uma melhor definição dos casos. Assim, teríamos indicações precisas para abordagens cirúrgicas em pacientes de maior risco e segurança para acompanharmos pacientes com menor probabilidade de desenvolverem lesões clinicamente significativas. Infelizmente, no momento atual nenhum método de imagem tem acurácia suficiente para indicar o potencial maligno das lesões, sendo a conduta baseada no tamanho das mesmas.

Este número da *Scientia Medica* traz um relato de caso que discute a abordagem e apresenta o manejo laparoscópico de um raro caso de ganglioneuroma de adrenal em incidentaloma,¹ no qual a indicação cirúrgica foi precisa. Existem algumas controvérsias quanto às dimensões de massas adrenais incidentais que indicariam necessidade de tratamento cirúrgico. Alguns autores defendem o valor de 3 a 4 cm, enquanto outros, de 6 cm.^{2,3} De qualquer forma, uma massa sólida de 7,5 cm dificilmente seria apenas observada em um paciente com boas condições cirúrgicas, sendo incontestável a indicação para sua ressecção.

Ainda não está totalmente estabelecida a melhor avaliação laboratorial em pacientes assintomáticos. A justificativa de sua realização por aqueles que a defendem dá-se não pela possibilidade de mudar a conduta cirúrgica, mas pela necessidade da adoção de medidas de controle pré-operatórias que podem garantir um maior controle peri-operatório.

Como foi mencionado pelos próprios autores,¹ feocromocitomas, mesmo assintomáticos, podem ser fatais durante a manipulação cirúrgica. Pacientes com feocromocitomas assintomáticos mas que apresentem níveis de catecolaminas e metanefrinas elevados beneficiam-se claramente de bloqueio alfa-adrenérgico e expansão volêmica no pré-operatório. Durante o ato cirúrgico, sempre que possível, deve ser realizado um controle precoce da veia suprarrenal. Pacientes com Cushing subclínico poderiam apresentar insuficiência adrenal no pós-operatório imediato, devendo ser preparados com corticosteróides e receber acompanhamento do endocrinologista.

A cirurgia aberta vem cada vez mais sendo reservada para casos complexos de tumores localmente avançados ou com invasão vascular. Com o aprimoramento da técnica laparoscópica e dependendo da experiência do cirurgião, tumores de até 15 cm já foram ressecados por laparoscopia.

Na nossa experiência, foi factível e segura a ressecção de lesões de até 12 cm, incluindo pacientes de faixa etária pediátrica.⁴

Apesar de controversa, a ressecção de lesões malignas primárias e secundárias da adrenal também é factível, respeitando-se os princípios oncológicos de não violação tumoral.⁵

As vias retro e transperitoneal são opções igualmente eficazes para abordagem da adrenal.^{6,7} Limitações da via transperitoneal, como as cirurgias prévias citadas pelos autores no artigo, podem ser melhor manejadas através da via retroperitoneal. Além disso, em nossa casuística a via retroperitoneal apresentou menor tempo cirúrgico e realimentação mais precoce quando comparada à via transperitoneal.^{4,5,7,8}

Confirma-se assim, mais uma vez, que a cirurgia laparoscópica vem se consolidando como uma excelente via minimamente invasiva para a abordagem das afecções adrenais.⁸⁻¹⁰

MARCOS TOBIAS-MACHADO
BRUNO PIEROTE DE OLIVEIRA

Setor de Uro-oncologia e Laparoscopia,
Disciplina de Urologia, Faculdade de
Medicina do ABC, São Paulo

Endereço para correspondência:
MARCOS TOBIAS-MACHADO
Faculdade de Medicina do ABC
Av. Lauro Gomes, 2000 - Vila Sacadura Cabral
09060-870, Santo André, SP, Brasil
E-mail: tobias-machado@uol.com.br

REFERÊNCIAS

1. Martins MB, dos Santos NP, Greco C, et al. Abordagem laparoscópica de incidentaloma de adrenal: um caso raro de ganglioneuroma. *Sci Med*. 2009; completar paginação depois de diagramado
2. Singh PK, Buch HN. Adrenal incidentaloma: evaluation and management. *J Clin Pathol*. 2008;61:1168-73.
3. Barzon L, Boscaro M. Diagnosis and management of adrenal incidentalomas. *J Urol*. 2000;163:398-407.
4. Tobias-Machado M, Cartum J, Santos-Machado TM, et al. Retroperitoneoscopic adrenalectomy in an infant with adrenocortical virilizing tumor. *Sao Paulo Med J*. 2002;120:87-9.
5. Tobias-Machado M, Tristão RA, Silva MNR, et al. Laparoscopic adrenalectomy for malignant disease: technical feasibility and oncological results. *Einstein*. 2007;5:44-7.
6. Salomon L, Soulié M, Mouly P, et al. Experience with retroperitoneal laparoscopic adrenalectomy in 115 procedures. *J Urol*. 2001;166:38-41.
7. Tobias-Machado M, Lasmar MT, Zambon JP, et al. Estudo comparativo entre supra-renalectomia laparoscópica pelos acessos transperitoneal e retroperitoneal. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52:208-13.
8. Tobias-Machado M, Lasmar MT, Ríos FR, et al. 6-year experience with extra peritoneal lumbar laparoscopic surgery: indications, complications, and results in a reference Southamerican center. *Arch Esp Urol*. 2005; 58:657-64.
9. Miccoli P, Raffaelli M, Berti P, et al. Adrenal surgery before and after the introduction of laparoscopic adrenalectomy. *Br J Surg*. 2002;89:779-82.
10. Guazzoni G, Cestari A, Montorsi F, et al. Laparoscopic treatment of adrenal diseases: 10 years on. *BJU Int*. 2004;93:221-7.