

REPORTE DE CASO

Quiste de la Glándula Suprarrenal. Reporte de Caso.

Adrenal Gland Cyst. Case Report

Martínez Barrios E¹, Miranda C², Bortolatto L^{1*}, Alonso Gutiérrez R¹,
Amarilla Ramírez C¹, Farina M²

¹ Cátedra de Medicina en Imágenes. ² Segunda Cátedra de Clínica Quirúrgica. Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

RESUMEN

Los quistes de la glándula suprarrenal son lesiones poco frecuentes, generalmente asintomáticas, a no ser que alcancen un tamaño suficiente para dar síntomas de compresión a órganos adyacentes. El diagnóstico se realiza de forma incidental al realizar estudios de imágenes por otra indicación. Se presenta el caso de una paciente con quiste suprarrenal izquierdo no funcional y asintomático. El diagnóstico se confirmó por anatomía patológica. Se realiza una revisión de la literatura y las opciones diagnósticas y terapéuticas.

Palabras clave: Quiste; Glándula suprarrenal; Diagnóstico por imágenes.

SUMMARY

Cysts of the adrenal gland are rare lesions, usually asymptomatic unless they reach a sufficient size to cause symptoms caused by compression to adjacent organs. The diagnosis is made incidentally when performing imaging studies by another indication. Here is a case of an asymptomatic patient with a non-functional left adrenal cyst. The diagnosis was confirmed by pathological anatomy. This is a review of the literature and the diagnostic and therapeutic options.

Key words: Cyst; Adrenal gland; Diagnostic Imaging

**Autor correspondiente:* Dra. Léia Bortolatto. Cátedra de Medicina en Imágenes. Facultad de Ciencias Médicas. UNA. Dr. José Montero e/ Dr. Mario Mazzei. Asunción, Paraguay. Correo electrónico: leiabortolatto@hotmail.com

Fecha de recepción el 15 de setiembre del 2011 ; aceptado el 28 de agosto del 2012

INTRODUCCIÓN

Los quistes de la glándula suprarrenal son afecciones muy poco frecuentes, con una prevalencia que va de 0,064 al 0,18 %, según autopsias, con menos de 500 casos comunicados en todo el mundo (1). Histológicamente se dividen en cuatro grupos: parasitarios, epiteliales, endoteliales y pseudoquistes, siendo este último el más frecuente (2). Predominan en el sexo femenino en una proporción de 3 a 1. Habitualmente son asintomáticos, salvo que alcancen gran volumen y se manifiesten por síntomas de compresión a órganos vecinos (3). El diagnóstico se realiza a través de estudios de imágenes como la ecografía, la tomografía o la resonancia magnética nuclear, y suele ser un incidentaloma, es decir un hallazgo casual durante alguno de estos estudios realizados con otra indicación (4). El tratamiento consiste en realizar una resección quirúrgica del quiste preferentemente por vía laparoscópica (5,6).

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, de 38 años de edad que acude al Servicio de Urgencias del Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción (FCM-UNA), por un cuadro de seis meses de evolución de dolor en epigastrio, tipo cólico, relacionado a la ingesta de comidas grasas, que irradia a hipocondrio derecho. Al examen físico se constata abdomen blando, depresible, doloroso en epigastrio, sin defensa muscular ni irritación peritoneal, tumoración en epigastrio de cuatro cm de diámetro que protruye con el esfuerzo y que es reductible en forma espontánea. Se realizan estudios ecográficos en otros servicios y en el Servicio de Medicina en Imágenes del Hospital de Clínicas de la FCM-UNA, los hallazgos muestran formación anecogénica, de 110 por 91mm de diámetros mayores, de paredes finas, contenido homogéneo, con refuerzo sónico posterior, situado en flanco izquierdo, entre el bazo y el riñón (figura 1). Vesícula biliar de paredes delgadas, en su interior se observa una imagen ecogénica de 22mm de diámetro que proyecta sombra sónica posterior. Demás órganos abdominales de características normales. Las imágenes sonográficas concluyen litiasis vesicular única y formación quística entre el bazo y el riñón izquierdo que podría corresponder a glándula suprarrenal izquierda. Se complementa con una tomografía helicoidal computada de abdomen utilizando contraste oral y endovenoso, en el Servicio de Medicina en Imágenes del Hospital de Clínicas, FCM-UNA.

La tomografía objetivó una formación quística en la glándula suprarrenal izquierda, de pared fina, regular, de contenido homogéneo, que no realza tras la administración del contraste endovenoso (e.v), desplaza los órganos adyacentes (riñón izquierdo, páncreas, bazo) y mide 100mm de diámetro (figura 2). La paciente es intervenida quirúrgicamente, y se realiza quistectomía suprarrenal izquierda más colecistectomía videolaparoscópica (figura 3) con hernioplastia protésica con buena evolución. El diagnóstico por anatomía patológica reporta quiste epitelial benigno de glándula suprarrenal (9,5 cm) que presenta restos de glándula suprarrenal en la periferia de la lesión (figura 4).



Figura 1. Ecografía que muestra imagen anecogénica homogénea de contornos regulares en relación con el polo superior del riñón izquierdo compatible con formación quística.

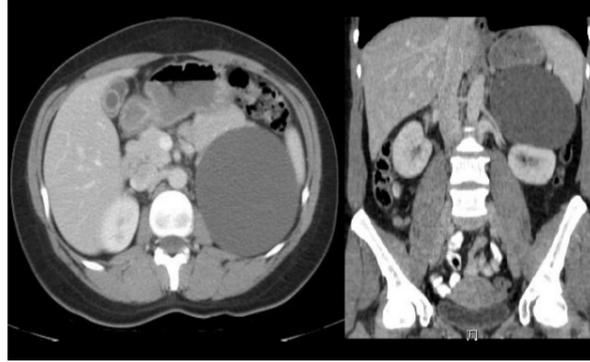


Figura 2. Corte coronal de tomografía de abdomen con contraste e.v que muestra imagen hipodensa, contornos regulares, que no realza tras la administración del contraste e.v, en topografía de glándula suprarrenal izquierda, compatible con quiste.



Figura 3. Quiste suprarrenal izquierdo in situ, vista por intervención videolaparoscópica (Cortesía de la IICCQ, FCM-UNA).

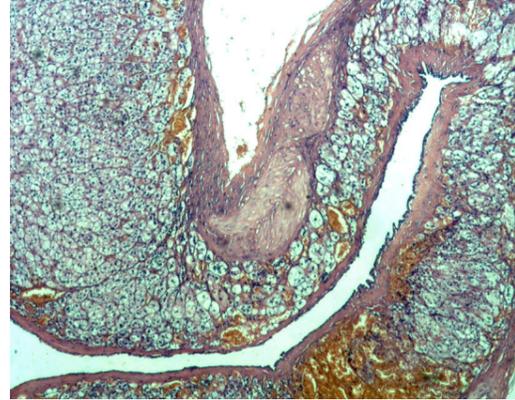


Figura 4. Revestimiento epitelial simple del quiste con pared fibrosa rodeada por tejido suprarrenal. (Cortesía de la Cátedra de Anatomía Patológica, FCM-UNA).

DISCUSIÓN

En nuestra paciente el diagnóstico fue incidental, en el contexto de una paciente con antecedentes de litiasis vesicular, sometida a estudios de diagnóstico se constató la presencia de una formación quística en topografía de la glándula suprarrenal izquierda (figura 3,4). En otras comunicaciones descritas en la literatura los hallazgos son similares a los nuestros. Mc Loughlin y colaboradores describen varios casos de masas quísticas con contenido líquido y coeficiente de atenuación similar al agua, con calcificaciones en su pared (4). Se debe definir si la lesión es funcionante o no; si presenta síntomas adrenales, se debe intervenir, independientemente del tipo de la misma (adenoma, carcinoma o feocromocitoma) (7). En nuestro caso no se solicitó la funcionalidad, optándose por el tratamiento quirúrgico debido al tamaño del quiste.

Se debe realizar el diagnóstico diferencial con quistes del bazo, quistes y pseudoquistes del páncreas, tumores del mesenterio, tumores benignos y malignos del riñón, hidronefrosis del segmento renal superior, tumores del fondo gástrico, hepatoesplenomegalia, aneurisma de la aorta, etc (7). Imagenológicamente el pseudoquiste del páncreas se presenta como una imagen quística con un antecedente de pancreatitis previa, alrededor de 4 a 6 semanas antes del hallazgo, su ubicación se da a nivel de la trascavidad de los epiplones. Una buena técnica ecográfica en manos de un especialista de experiencia, puede diferenciar sin mayores problemas un quiste de la suprarrenal de una hidronefrosis del segmento superior renal. La localización de los quistes del mesenterio son mas anteriores y la visualización de ambas glándulas suprarrenales intactas acerca mucho al diagnóstico.

El tratamiento del quiste de glándula suprarrenal esta supeditado al tamaño del mismo. Aquellos menores de seis cm pueden ser pasibles de seguimiento mediante estudios de imágenes. Si presentan signos de malignidad, son hormonoactivos o aumentan de volumen en el seguimiento está indicada la exéresis quirúrgica (5,6,8). Nuestra paciente presentaba un quiste de 9,5cm de diámetro por lo que se indico la exéresis quirúrgica, independientemente de la funcionalidad de la misma. Se realizó la misma por vía laparoscópica, con una buena evolución. La paciente fue dada de alta con buena evolución y sin complicaciones según su seguimiento.

El informe anatomopatológico estableció que se trataba de un quiste epitelial benigno de la glándula suprarrenal, que representa el 6% de todos los quistes de la glándula suprarrenal según la literatura investigada (7).

Se analizaron los aspectos más relevantes de este tipo de tumor, con énfasis en el diagnóstico por imágenes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bellantone R, Ferrante A, Raffaelli M, Boscherini M, lombardiCP, Crucitti F. Adrenal cystic lesions: report of 12 surgically treated cases and review of the literatura. J Endocrinol Invest.1998;21 (2):109-114
2. Gaffey MJ, Mills SE, Fechner RE, Bertholf MF, Allen MS Jr. Vascular adrenal cysts: a clinicopathologic and inmunohistochemical study of endotelial and hemorrhagic (pseudocystic) variants. Am J Surg Pathol 1989;13:740-747
3. Karayiannakis AJ, Polycronidis A, Simopoulos C. Glant adrenal pseudocyst presenting with gastric outlet obstruction and hypertension. Urology 2002Jun;59(6):946
4. Mc Loughlin RF, Bilbey JH. Tumors of the adrenal gland: finding on CT and MRI imaging. AJR 1994;18:432-438
5. Seddon JM, Baranestky N; Van Poxel PJ. Adrenal " incidentalomas" need for surgery. Urology 1985;25:1-7
6. Linos DA, Stylopoulos N, Rapptis SA. Adrenaloma: A call for more aggressive management. World J Surg 1996;20:788
7. Neri LM, Nance FC. Management of adrenal cysts. Thr american surgeon 1999;65:151-163
8. Gómez Díaz M. Nuestra experiencia en adrenalectomías. Revisión de conjunto. Arch. Esp. Urol. 2001;54:723-9