

Tratamiento laparoscópico de incidentaloma suprarrenal derecho. Informe de caso

Laparoscopic treatment of right suprarrenal incidentaloma. Case report.

■ Serrano Olmedo Stefanía del Cisne¹, Espinoza Saquicela Edison Ricardo², Idrovo Hugo Moisés³.

VOLUMEN 36 | Nº1 | JUNIO 2018

FECHA DE RECEPCIÓN: 8/1/2017
FECHA DE APROBACIÓN: 25/4/2018
FECHA DE PUBLICACIÓN: 15/6/2018

1. Hospital Juárez de México.
2. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chavez.
3. Hospital Luis Vernaza.

Caso | Clinical
Clínico | Case

Correspondencia:
stefaniaserrano@hotmail.com
Dirección:
Payta 600 y Ricarte.
Código Postal:
07760
Telefonos:
5564225879-072985307
Ciudad de México – México

RESUMEN

Los incidentalomas adrenales son masas suprarrenales silentes. Su prevalencia es del 1 - 2% en estudios tomográficos abdominales ocasionales. Se evidencia un incremento directamente proporcional en relación a la edad. Aproximadamente el 80% corresponden adenomas no funcionantes, en menor porcentaje producen síndrome de Cushing subclínico, Feocromocitoma, adenomas productores de Aldosterona entre otros, esto guarda estrecha relación con las manifestaciones clínicas que presenta el paciente. En un estudio tomográfico se puede evidenciar datos sugestivos de malignidad tales como: un diámetro mayor a 4cm, densidad superior 10 UH, alto grado de heterogeneidad, calcificaciones, bordes irregulares y zonas de necrosis. Es importante diferenciar entre una lesión benigna o maligna, hormonalmente funcionante o no, ya que de esto depende el accionar médico.

Información del paciente:

Femenina, 29 años, sin antecedentes patológicos personales, acude con dolor en hipocondrio derecho, náusea, vómito, escalofrío, palidez generalizada, visceromegalia a nivel de hipocondrio derecho, se realizó exámenes de laboratorio, marcadores tumorales: negativos, catecolaminas negativas, cortisol negativo; TAC Abdomino-Pélvica contrastada: masa hipodensa, de 11.5 x 9.5cm, bordes regulares, densidad líquida, calcificación periférica. Se establece un diagnóstico presuntivo de tumor dependiente de glándula suprarrenal derecha versus tumoración hepática.

Tratamiento:

Se realiza laparoscopia diagnóstica evidenciando tumor de glándula suprarrenal derecha gigante de 15 cm de diámetro, adherido a cara inferior de hígado, se libera en su totalidad, se reseca de manera íntegra, y se extrae a través de puerto laparoscópico umbilical sin complicaciones. Evolución postquirúrgica favorable, alta médica a las 24 horas, estable y asintomática.

Diagnóstico anatomopatológico:

Adenoma cortical suprarrenal con degeneración quística hemorrágica.

Conclusión:

El incidentaloma suprarrenal es una patología de prevalencia baja, clínica variable y presentación insidiosa. La importancia de su diagnóstico radica en la posibilidad de diferenciar entre una lesión benigna de una maligna y determinar su potencial hormonal sobre el huésped, el tratamiento laparoscópico tiene indicaciones limitadas, pero constituye una estrategia eficaz y segura.

Palabras clave: Laparoscopia. Neoplasias de las Glándulas Suprarrenales, Hallazgos Incidentales, prevalencia.

ABSTRACT

The adrenal incidentalomas are silent adrenal masses. Its prevalence is 1 - 2% in occasional abdominal TC scans. A directly proportional increase in relation to the age is evident. Approximately 80% are nonfunctioning adenomas, in a lower percentage, they produce subclinical Cushing's syndrome, Pheochromocytoma, and Aldosterone among others and this is closely related to the clinical manifestations presented by the patient.

In a tomographic study, suggestive data of malignancy can be evidenced such as: a diameter greater than 4cm, higher density 10HU, and high degree of heterogeneity, calcifications, jagged edges and areas of necrosis. It is important to differentiate between a benign or malignant lesion, hormonally functioning or not, since this depends on the medical action.

Patient Information:

Female, 29 years old, with no personal pathological history, presented with right hypochondrium pain, nausea, vomiting, chills, generalized pallor, visceromegaly at the right hypochondrium level, laboratory tests, and tumor markers: negative, negative catecholamines, Cortisol negative; Contrast Abdominal-Pelvic TC: hypodense mass with 11.5 x 9.5 cm, regular borders, liquid density, peripheral calcification. A presumptive diagnosis of a tumor dependent on the right adrenal gland versus hepatic tumor is established.

Treatment:

A diagnostic laparoscopy is performed, showing a giant right adrenal gland tumor of 15 cm in diameter, adhered to the lower face of the liver, completely freed, completely dry, and removed through a laparoscopic umbilical port without complications. Favorable postoperative evolution, medical discharge at 24 hours, stable and asymptomatic.

Anatomopathological diagnosis :

Adrenal cortical adenoma with hemorrhagic cystic degeneration

Conclusions:

Adrenal incidentaloma is a pathology of low prevalence, variable clinical and insidious presentation. The importance of its diagnosis lies in the possibility of differentiating between a benign lesion and a malignant and determining its hormonal potential on the host. The laparoscopic treatment has limited indications, but it is an effective and safe strategy.

Keywords: Laparoscopy. Adrenal Gland Neoplasms, Incidental Findings, prevalence.

INTRODUCCIÓN

La patología suprarrenal constituye un verdadero reto diagnóstico, la mayoría de los tumores suprarrenales surgen de manera incidental, he ahí el origen de su nombre incidentaloma, llamada así aquella masa suprarrenal mayor a 1 cm de diámetro descubierto de forma fortuita durante una prueba de imagen realizada por patologías ajenas a una enfermedad suprarrenal [1, 2, 3].

El incidentaloma suprarrenal presenta una prevalencia variable a nivel mundial, existen referencias de autopsias donde se manifiesta en el 5,9% de casos, en un 2 al 10 % de exploraciones abdominales con estudios tomográficos, además se observa un incremento en relación directa con la edad (0.2% en la tercera década y un 7% en la séptima década de la vida). [10, 11].

En cuanto a la etiología de los tumores suprarrenales un 80% corresponden a adenomas no funcionantes, 5% presentan síndrome de Cushing subclínico, 5% feocromocitomas, 1% adenomas productores de aldosterona, 4.7% carcinomas adrenocorticales y finalmente el 2.5% son metástasis. [7,8]

El cuadro clínico del incidentaloma suprarrenal varía notablemente de acuerdo con la naturaleza de la lesión en su mayoría corresponden a adenomas suprarrenales generalmente asintomáticos, no secretantes, pero en algunos casos pueden ser hormonalmente activos y asociados con síntomas de hipersecreción hormonal (hipertensión paroxística por un exceso de catecolaminas en el feocromocitoma o hipercortisolismo en el síndrome de Cushing). [5,6] Aquellos pacientes que presenten un incidentaloma no suprarrenal (metástasis, sarcoma o enfermedad infecciosa) pueden cursar con síntomas debido a su causa de origen.

Los tumores de glándulas suprarrenales que se han descrito pueden ser unilaterales, malignos y corresponder a un carcinoma adrenocortical o ser de origen benigno tal como el adenoma adrenocortical. El diagnóstico de un incidentaloma suprarrenal tiene como objetivo principal discriminar las lesiones malignas y las hormonalmente activas por sus implicaciones terapéuticas y pronósticas. La decisión quirúrgica depende del estado hemodinámico del paciente y sus manifestaciones clínicas.

Los incidentalomas suprarrenales que tienen indicación quirúrgica son tumores productores de hormonas, son lesiones mayores a 4 cm, con

características imagenológicas sospechosas de malignidad, con heterogeneidad, bordes no definidos, zonas de necrosis, hemorragia, calcificaciones, un coeficiente mayor a 10 UH y un crecimiento en seguimiento tomográfico. [9,10,11]

Información del paciente

Femenina, mestiza, de 29 años, casada, procedente y residente de Babahoyo, sin antecedentes patológicos relevantes. Acude con cuadro clínico de 15 días de evolución caracterizado por dolor en hipocondrio derecho, opresivo de moderada intensidad irradiado a región escapular ipsilateral, que se acompaña de náusea, vómito alimenticio, escalofrío y diaforesis. Al examen físico presenta: TA: 100/60 mmHg, FC: 80 x min, FR: 22 x min, T°: 36.5°C, palidez generalizada, abdomen blando depresible doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, visceromegalia en cuadrante superior derecho, RHA conservados.

Procedimientos diagnósticos: Exámenes de Laboratorio: Leucocitos: 8300, Neutrófilos: 94.8%, Hemoglobina: 9.9, Hematocrito: 30%, Plaquetas: 365,000, ACE: 1.01, AFP: 1.61, Ca 19-9: 1.10, Ca 72.4: 0.8, Cortisol PM: 5.3.

Ecografía abdomen superior: Imagen esférica, estructura mixta con vascularización periférica, de 104 x 102 mm en lóbulo derecho hepático. -TAC de abdomen y pelvis con contraste venoso: En hígado:

masa hipodensa, de 11.5 X 9.5 cm, de contornos definidos y densidad líquida, con imágenes de aspecto vegetante en su interior y con calcificación periférica en la pared quística. (Imagen 1)

Evolución: Ingresó con diagnóstico presuntivo de tumoración abdominal en estudio, el manejo instaurado en el servicio de emergencia fue hidratación, analgesia y antibioticoterapia, obteniéndose leve mejoría del cuadro clínico, presenta posterior exacerbación del dolor abdominal, se solicitan exámenes de laboratorio de control, marcadores tumorales antígeno carcino embrionario y alfa feto proteína negativos.

Tratamiento: Se decide realizar laparoscopia diagnóstica, en la cual se evidencia tumor de glándula suprarrenal derecha de 15 cm de diámetro, la cual presenta adherencias a cara inferior hepática, por lo que se procede a realizar la resección instrumental de manera íntegra, se realiza control vascular venoso de ramas superior media e inferior suprarrenal derecha con clips metálicos, se realiza excéresis completa procede a extraer por medio de puerto laparoscópico umbilical, sin complicaciones. Presenta evolución postquirúrgica favorable, por lo que es dada de alta médica a las 24 horas, estable y asintomática. El diagnóstico anatomopatológico fue un Adenoma cortical suprarrenal con degeneración quística hemorrágica. (Imagen 2).

Imagen 1.

TAC abdomen y pelvis contraste venoso. A: Masa hipodensa, de contornos definidos y densidad líquida, con imagen de aspecto vegetante en su interior y con calcificación periférica en la pared quística, mide 11.5 X 9.5 cm.

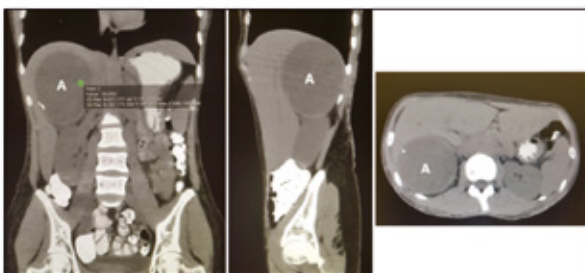
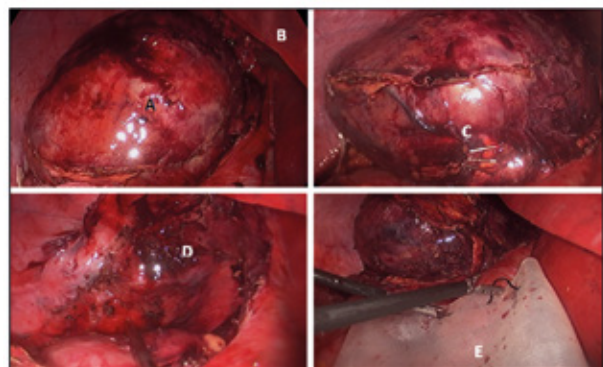


Imagen 2.

Hallazgos transquirúrgicos A: Incidentaloma suprarrenal derecho, B: Hígado, C: Arteria y vena suprarrenal derecha, D: Lecho tumoral, E: Bolsa de incipiente



DISCUSIÓN

Los tumores de glándulas suprarrenales constituyen un desafío diagnóstico. Pueden ser de origen benigno y no funcionantes (54%- 94%) de acuerdo a estudios internacionales. Se presentan en el 60% de lado derecho, 30% izquierdos y hasta el 10% bilateral. Los reportes internacionales describen una frecuencia similar o ligeramente mayor al 1,6 para el sexo femenino [11].

Para el diagnóstico de un tumor de glándula suprarrenal es de vital importancia una alta sospecha diagnóstica, estudios hormonales, estudios de imagen: ecografía, tomografía computarizada y resonancia magnética nuclear. El uso de punción aspirativa queda limitada para portadores de cáncer extra adrenal, aquellos con imágenes sospechosas de malignidad y lesiones bilaterales sin fenotipo de adenoma.

Estudios tomográficos revelan signos de malignidad: diámetro mayor de 4 cm, densidad mayor 10 UH, heterogeneidad, calcificaciones, bordes irregulares, necrosis. La presencia de cualquiera de estas características justifica la resección quirúrgica, en especial el tamaño, ya que se reporta que la probabilidad de malignidad incrementa 2% en tumores adrenales menores de 4 cm³ y hasta 25% en los mayores de 6 cm³ [11], en nuestro informe de caso corresponde un tamaño mayor a 11 cm por lo cual fue la principal indicación para resección quirúrgica, además de su heterogeneidad, y calcificación periférica.

El tratamiento quirúrgico del incidentaloma suprarrenal, según Toniato y cols, en su estudio de tipo prospectivo randomizado determinó que el manejo quirúrgico laparoscópico constituía un método eficaz y seguro, en comparación al manejo conservador, principalmente en relación a la evolución de: diabetes, hipertensión y dislipidemia. [12]. Mientras que Castillo y cols, refieren que el abordaje laparoscópico es de elección para los tumores benignos funcionantes y no funcionantes menores a 8-10 cm de diámetro, presentando bajas tasas de morbilidad y mortalidad. [13] En nuestro caso clínico se optó por el manejo laparoscópico, a pesar de tratarse de un tumor con mayor diámetro, vale la pena recalcar que obtuvimos resultados favorables.

CONCLUSIÓN

El incidentaloma suprarrenal es todo tumor descubierto de forma casual durante imágenes realizadas para el diagnóstico de una patología no relacionada, de prevalencia baja, clínica variable

y presentación insidiosa, la importancia en la determinación de su etiología y funcionalidad del tumor es trascendental en la terapéutica final. En la actualidad el manejo quirúrgico laparoscópico es la técnica que ofrece mayores ventajas y presenta menor morbilidad. Es necesario el aporte de un equipo multidisciplinario que posea un alto grado de sospecha diagnóstica y capacidad resolutoria.

Abreviaturas

cm: centímetros

TAC: Tomografía axial computarizada

UH: Unidades Hounsfield

RHA: Ruidos hidroaéreos

RMN: Resonancia magnética nuclear

ACE: Antígeno carcinoembrionario

AFP: Alfa feto proteína

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Serrano Olmedo Stefania del Cisne. Doctor en Medicina y Cirugía. Hospital Juárez de México.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3096-691X>

- Espinoza Saquicela Edison Ricardo. Cirujano Oncologo. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chavez.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9855-3081>

- Idrovo Hugo Moisés. Médico General. Hospital Luis Vernaza.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0476-9664>

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

SS y EE Revisión bibliográfica,

IM corrección del caso clínico.

SS justificación de caso clínico.

EE: Corrección del tratamiento quirúrgico

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses entre los autores.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Es con carácter de autofinanciamiento.

AGRADECIMIENTO

Al departamento de Patología, Gastroenterología, Genética e Informática, por el apoyo brindado para la recolección de la información para la realización del presente caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gac P, Cabané P, Jans J, y col. Manejo quirúrgico del incidentaloma suprarrenal: Rev. Chilena de Cirugía. 2012; 64: 25-31.
2. Young W. The incidentally discovered adrenal mass: N Engl J Med. 2007; 356: 601-610.
3. Terzolo M. Position Statement on adrenal incidentaloma: Eur J Endocrinol. 2011; 164: 851-870.
4. Hevia M, Abascal J, Boix P y col. Manejo de la masa suprarrenal: lo que el urólogo debe saber: Actas Urol ESP. 2010; 34 (7): 586-591.
5. Muth A. Cohort study of patients with adrenal lesions discovered incidentally: Br J Surg. 2011; 54: 542-561.
6. Anagnostis P, Karagiannis A, Tziomalos K, y col. Adrenal incidentaloma: a diagnostic challenge: Hormones. 2009; 8: 163-184.
7. Vassilatou E, Vryonidou A, Michalopoulou S, y col. Hormonal activity of adrenal incidentalomas: results from a long-term followup study. Clin Endocrinol. 2009; 70: 674-679.
8. Kapoor A, Morris T, Rebello R: Guidelines for management of the incidentally discovered adrenal mass. Can Urol Assoc J. 2011; 5: 241-247.
9. Oliveira R, Salvador R, Buñesh L, y col. Manejo y diagnóstico del incidentaloma suprarrenal: Radiología. 2011; 53 (6): 516-530.
10. Ahmad N, Kosar T, Rawa IA, Qayum A: Giant adrenal myelolipoma: incidentaloma with a rare incidental association. Urology Annals. 2010; 2: 130-133.
11. Barzon E, Sonino N, Fallo F y col. Prevalence and natural history of adrenal incidentalomas: Eur J Endocrinol. 2003; 149: 273-285.
12. Toniato A, Merante-Boschin I, Opocher G, Pelizzo MR, Schiavi F, Ballotta E. Surgical versus conservative management for subclinical Cushing syndrome in adrenal incidentalomas: a prospective randomized study. Ann Surg. 2009; 249:388-91.
13. Castillo O, Cortés O, Kerkebe M, Pinto I, Arellano L, Russo M. Adrenalectomía laparoscópica: lecciones aprendidas en 110 procedimientos consecutivos. Rev Chil Cir. 2006; 58:175-80.