

CASOS CLÍNICOS

**Quiste suprarrenal. Diagnóstico por tomografía axial computarizada.
Reporte de un caso**

**Suprarrenal cyst: Diagnosis by Axial Computed Tomography. Case
report**

**Dra. Cristina Rivero García; Dr. Rafael Pila Pérez; Dr. Rafael Pila
Peláez**

Hospital Manuel Ascunce Domenech. Camagüey. Cuba.

RESUMEN

Se presentó un paciente de 69 años con un quiste suprarrenal diagnosticado por Tomografía Axial Computarizada cuyo diagnóstico definitivo se realizó en el acto quirúrgico. El estudio anatomopatológico aportó que se trataba de un quiste verdadero de la cápsula adrenal. La importancia de este manuscrito radica en lo poco frecuente de esta enfermedad, sus características imagenológicas y su diagnóstico diferencial.

DeCS: GLÁNDULAS SUPRARRENALES/patología; QUISTES/diagnóstico;
TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA POR RAYOS X.

ABSTRACT

A 69 years old patient with a suprarrenal cyst diagnosed by Axial Computer Tomography, was presented. His definitive diagnosis was made in the surgical act. The pathoanatomic study showed that it was a real cyst of adrenal

capsule. The importance of this work is that it is an unfrequent disease, its imaging characteristics and its differential diagnosis.

DeSC: ADRENAL GLANDS/pathology; CYSTS/diagnosis; X-RAY COMPUTARIZED TOMOGRAPHY.

INTRODUCCIÓN

Los quistes de localización suprarrenal son poco frecuentes. Budd ¹ reporta sólo tres casos entre 4000 autopsias y tres más de 100, 000 piezas quirúrgicas. Hodges ² señala dos quistes en una revisión sobre 11, 000 necropsias, y según él cita, Wahl, ³ encuentra nueve pacientes en un total de 13, 996 necropsias.

Hasta el momento han sido publicados más de 350 casos en la literatura,⁴ muchos de ellos como hallazgos casuales de autopsias. No es difícil detectar un tumor suprarrenal por métodos radiológicos convencionales, sino reparar en su naturaleza quística, necrótica o sólida y en realizar un diagnóstico diferencial acertado. ⁵

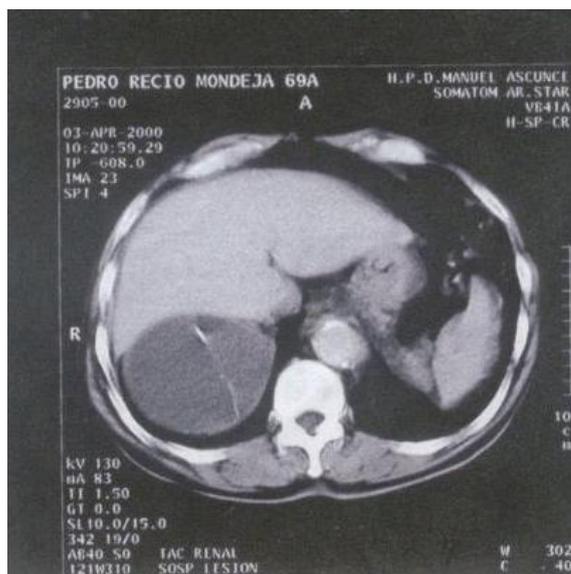
Actualmente la Tomografía Axial Computarizada (TAC) ha logrado adquirir una importancia sobresaliente en los diagnósticos de la glándula adrenal, lo que ha motivado la presentación de este trabajo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 69 años de edad, con antecedentes de hematuria desde hace dos años sin precisar su causa, a pesar de diferentes estudios realizados por su médico de asistencia. Fue ingresado por presentar dolor en ambas fosas lumbares, irradiada al hipocondrio derecho, de dos meses de evolución, acompañado ocasionalmente por disuria, anorexia y vómitos. El examen físico, los estudios de laboratorio y los exámenes radiológicos de tórax y abdomen simple, fueron totalmente normales.

El urograma excretor mostró un rechazo del riñón derecho hacia abajo con desplazamiento del polo superior. La ecografía abdominal señaló una masa quística que desplazaba el riñón, en contacto con el polo superior del mismo. La TAC mostró imagen hipodensa redondeada de 10x8, 6 cm con tabiques

calcificados en la glándula adrenal derecha con el diagnóstico presuntivo de quiste de la glándula suprarrenal (Figura. 1).



En la intervención quirúrgica aparecía una masa quística que dependía de la suprarrenal derecha. Se realizó una resección simple del quiste con preservación de la glándula. Los controles posquirúrgicos fueron normales tras cumplir un año de la operación. La pieza quirúrgica fue una pared quística colapsada y vacía, con un tamaño de aproximadamente 10x9 cm de diámetro, de aspecto rojizo, con áreas alargadas e irregulares blanco-amarillentas. El estudio histológico presentó una pared quística constituida por tejido conectivo, por donde surcan varios vasos de diferentes calibres y la presencia de abundantes fibras elásticas. Externamente, la pared quística se continúa con islotes de grosor variable de parénquima cortical adrenal. El diagnóstico fue de quiste de glándula suprarrenal.

COMENTARIOS

Los quistes suprarrenales (QS) predominan en el sexo femenino en proporción de 3:1 o incluso 4:1,⁶ la edad de mayor incidencia varía según los autores, para Budd,¹ la edad más común es de 61 años, aunque otros investigadores refieren como edad promedio los 42 años.⁷ La edad de nuestro paciente no es un hallazgo común en esta entidad.

Existen múltiples clasificaciones etiopatogénicas, pero nos parece más completa la de Foster,⁸ señalada en el trabajo de Zanetti,⁹ la cual distingue a groso modo tres grupos principales: parasitarios, los quistes suprarrenales con revestimiento bien epitelial, o bien endotelial, y los pseudoquistes, por hemorragias en el tejido glandular normal o en el tejido tumoral. Los más frecuentes son los de revestimiento endotelial, como el reportado en nuestro enfermo.

La clínica de estos procesos es inespecífica, con frecuencia asintomático. La tríada clásica de manifestación consiste en dolor lumbar, síntomas digestivos, y masa abdominal palpable;¹⁰ no son raras la anorexia, pérdida de peso y los síntomas urinarios, tal como ocurrió en nuestro paciente, el cual no presentaba los hallazgos clásicos de esta enfermedad. El examen físico es poco favorable, en ocasiones se palpa una masa tumoral,¹⁰ o únicamente se provocan discretas molestias a la palpación en el área lumbar, nuestro paciente señalaba molestias en ambas zonas lumbares que se irradiaba a hipocondrio derecho.

El estudio imagenológico con placas simples suele ser negativo, sin embargo, en un 10 % puede detectarse una típica calcificación que delimita nítidamente la cápsula^{10, 11} y que es muy sugestiva de quiste suprarrenal.¹¹ El urograma descendente pone de manifiesto un desplazamiento hacia abajo o un aplastamiento del polo superior del riñón, como se apreció en nuestro paciente. El carácter quístico y la localización topográfica son resueltos con suficiente certeza por la ecografía y la TAC,⁵ como se demostró en el caso que nos ocupa.

Las masas adrenales son encontradas a menudo por USD o por TAC de forma incidental y se reporta su ocurrencia en 0, 5 a 5 % de todas las tomografías abdominales.

El diagnóstico ecográfico del quiste puede hacerse por la presencia de un proceso expansivo sonoluciente o hipo-ecoico con transmisión del sonido de pared fina red (<3 cm), son frecuentes las calcificaciones de su pared y septos. El engrosamiento de sus paredes, la presencia de ecos internos y el tamaño mayor de 6cm es sugestivo de malignidad. La hemorragia de la suprarrenal inicialmente es hiperecoica y con el tiempo se convierte en hipoecoica que progresivamente disminuye de volumen o puede formarse un pseudoquiste que puede desarrollar calcificaciones y englobar la glándula. La hemorragia en el recién nacido generalmente es bilateral, en los adultos es unilateral con predominio en el lado derecho (85 %).¹²

En la TAC se observa una masa hipodensa de pared fina y contornos lisos aunque puede presentar lobulaciones en sus contornos generalmente es de forma redondeada u ovalada.

Las calcificaciones radiológicamente se observan en el 15 % de los pacientes de forma circular periférica. La TAC es más sensible en la detección de las calcificaciones que los estudios radiológicos convencionales.

Cuando la pared es gruesa o irregular debe sospecharse la posibilidad de una hemorragia intraquística o un proceso maligno, otro diagnóstico diferencial tendría que realizarse con los abscesos o proceso séptico por lo general observados en los recién nacidos por infección de un hematoma suprarrenal previo.

Es importante tener en cuenta la densidad de los procesos ya que los adenomas pueden presentar densidad de tejido adiposo en su interior y se comportan como lesiones hipodensas; así como los mielolipomas que son hipodensos y presentan una fina cápsula con áreas de grasa en su interior con densidad por lo general inferior a los adenomas (-100 UH) y puede contener pequeñas calcificaciones.¹²

El linfangioma quístico aparece como una masa uni o multilocular con paredes imperceptibles.¹³ Los hemangiomas son raros y pueden presentarse también como una masa hipodensa, se observan calcificaciones irregulares en 2/3 de los pacientes por procesos hemorrágicos y presencia de flebolitos. A la administración del contraste se definen áreas nodulares con realce marcado hacia la periferia.

El diagnóstico del quiste puede hacerse por la presencia de un proceso hipodenso con una fina pared, con frecuentes calcificaciones periféricas y la ausencia de realce a la administración del contraste EV.^{12, 13}

El estudio anatomopatológico de los quistes ofrece características variables según el tipo. Los pseudoquistes por lo general presentan mayor tamaño.¹⁰ La superficie externa suele contener áreas blanquecinas amarillentas irregulares, que corresponden con islotes de tejido suprarrenal; al corte pueden ser uni o multiloculares.^{2, 8} Histológicamente, la pared quística puede o no estar revestida por endotelio o epitelio, este último cuboide o cilíndrico y en ocasiones ciliado,¹⁴ el tejido de la pared suele estar surcado por acúmulos de células corticales,¹⁴ y en un 60 % presenta focos de calcificación,^{10, 11} el estudio histopatológico de la pieza operatoria de nuestro paciente reunía todas las características propias de esta enfermedad.

El tratamiento es quirúrgico, el cual se basa en la escisión del quiste, con preservación del riñón y si es posible, de la glándula adrenal.¹⁵ La vía más

utilizada es la abdominal, que nos permite una exploración adecuada de la cavidad peritoneal y retroperitoneal, también es utilizada la vía posterior de Young, por su menor morbilidad.¹⁵ En los casos bilaterales es importante asegurar la persistencia del tejido glandular para evitar una insuficiencia suprarrenal.⁸ Se concluye que los quistes localizados en glándula suprarrenal son raros. Su importancia estriba en aquellos que, a causa de su tamaño, producen síntomas por compresión y desplazamiento. Se destaca un problema de diagnóstico diferencial entre varias entidades de localización retroperitoneal, la ecografía y la TAC son gran valor diagnóstico, aunque no definitivo, se confirma en el acto quirúrgico. Histológicamente su interés se centra en su origen; unos son puramente accidentales, producidos por hemorragia en un tejido normal o tumoral, otros son de origen probablemente malformativos o disembrionárico.^{2, 11}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Budd D, Fink D. Cysts of the adrenal gland. *Am Surg* 1989;172:649-52.
2. Hodges F, Ellis F. Cystic lesion of the adrenal glands. *Am Arch of Path* 1988;96:53-8.
3. Wahl H. Adrenal Cyst. *Am J Path* 1961;27:758-62.
4. Abascal J. Quiste de suprarrenal. *Rev Cir Esp* 1992; 46 (número extraordinario). XXVI Congreso Nacional de Cirugía.
5. Ferrando Marco J, Moya Herraiz A, González Pont G, Monte Albeda F, Mir Pallardo J. Quistes suprarrenales: estudio clínico-patológico de dos casos. *Rev Cir Esp* 1996;60:192-6.
6. Leger L, Goudeau P. Kistes et pseudo-kistes surrenaliens. *J Chir* 1992;124:107-10.
7. Abascal J. Adrenal cysts. Diagnostic value of "Intra venous viscerogram". *Urol* 1997;30:597-600.
8. Foster D. Adrenal cysts: review of literature and report of a case. *Arch Surg* 1996;102:131-6.
9. Zannetti P. Cisti y pseudocisti del surrene. *Min Chir* 1986;41:1181-5.
10. Cheema P. Adrenal cysts: diagnosis and treatment. *J Urol* 1991;136:396-9.
11. Solidoro G. Cystis surrenaliche. *Min Chir* 1999;54:1287-96.
12. Brant WE, Helms CA. *Fundamentals of diagnostic radiology*. USA: Lippincott William; 1999.

13. Kawashima A, Fishman EK, Golman SM, Charnasangavej, Sandler BK, Raval B.K. CT of nonmalignant diseases of adrenal gland. (CD-Rom) RSNA Scientific Exhibit Sampler; 1996.
14. Ineze J. Morphology and pathogenesis of adrenal cysts. Am J Path 1995;2:423-32.
15. Gómez Díaz M. Nuestra experiencia en adrenalectomías. Revisión de conjunto. Arch Esp Urol 2001;54:723-9.

Recibido: 4 de julio de 2003

Aceptado: 4 de febrero de 2004

Dra. Cristina Rivero García. Especialista de II Grado en Radiología. Profesora Auxiliar de Radiología del I.S.C.M. de Camagüey. Hospital Manuel Ascunce Domenech. Camagüey. Cuba.