

PRESENTACIÓN DE CASO

Localización infrecuente del quiste hidatídico suprarrenal primario

Uncommon location of the primary adrenal hydatid cyst

Dr. Mauricio Burneo Esteves, Dr. Luis E. Bernardos García, Dra. Mercedes Sanz Sánchez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid, España.

RESUMEN

El quiste hidatídico suprarrenal primario es una patología muy infrecuente por su localización y se encuentra en este órgano en menos del 0,5 % de los casos, incluso en países con presencia endémica del *Echinococcus*. La mayoría de los quistes hidatídicos suprarrenales son asintomáticos, siendo el diagnóstico un hallazgo incidental. Las pruebas serológicas para el diagnóstico pueden ser negativas en muchos casos y el tratamiento es en su mayoría quirúrgico, con múltiples vías de abordaje. Es una patología poco común; el diagnóstico, manejo, tratamiento y vías de abordaje no se encuentran aún muy establecidos. Con este artículo tratamos de realizar un acercamiento más certero en cuanto a estos aspectos.

Palabras clave: quiste hidatídico primario, *Echinococcus* granuloso, glándula suprarrenal.

ABSTRACT

The primary adrenal hydatid cyst is a very rare disease for its location and it is found in less than 0.5% of the cases, even in countries with endemic presence of *Echinococcus*. Most adrenal hydatid cysts are asymptomatic, and the diagnosis is an incidental finding, the serological tests for the diagnosis are negative in many cases and the treatment is mostly surgical, with multiple surgical approaches. It is a rare pathology whose diagnosis, management, treatment and surgical approaches are not yet well established. This article was intended to address these aspects in a more accurate way.

Keywords: primary hydatid cyst, *Echinococcus granulosus*, adrenal gland.

INTRODUCCIÓN

El quiste hidatídico está causado por la larva del *Echinococcus granulosus*, y es endémica en muchos países, sobre todo en el este de Europa, Oriente medio, África, Latinoamérica y China.^{1,2,5} Su localización más frecuente es el hígado (60-75 %), seguido en frecuencia del pulmón (27 %), hueso (14 %), cerebro (12 %) y riñón (3 %). Otros órganos como el corazón, bazo, páncreas y músculos son raramente afectados, representan el 10 % del total de número de casos.^{1,2,3,4,5,7}

La glándula suprarrenal es un órgano con afectación excepcional, y cuando lo está es generalmente de forma secundaria, por ruptura intraoperatoria o espontánea del quiste primario. El quiste hidatídico se encuentra en la glándula suprarrenal en menos del 0,5 % de los casos.^{3,5,7} Se cree que se trata de una enfermedad diseminada, cuando los embriones han logrado superar los filtros hepáticos y pulmonares. Generalmente son unilaterales (90 %) y no tiene predilección por ninguno de los lados. Sólo se han comunicado 20 casos de quiste hidatídico suprarrenal primario en la literatura. En este artículo se trata de detallar los aspectos relevantes de esta patología por ser poco frecuente.

PRESENTACIÓN DE CASO

Presentamos el caso de un varón de 51 años con antecedentes de hipertensión arterial, trasplante cardíaco por *shock* cardiogénico posinfarto, taquicardia por reentrada con vía accesoria ablacionada y artropatía periférica. Es enviado a nuestro servicio por hallazgo incidental de quiste suprarrenal derecho en la Tomografía Axial Computarizada realizada en el estudio preoperatorio para el trasplante cardíaco. El paciente refiere encontrarse asintomático.

La Tomografía Axial Computarizada (TAC) detalla masa de aspecto quístico con calcificación periférica de 13 x 10 x 9 cm que depende de la glándula suprarrenal derecha y que desplaza el riñón en sentido caudal, mostrando una amplia zona de

contacto con la superficie visceral hepática y contacta con la vena cava inferior. Se plantea el diagnóstico de quiste hidatídico suprarrenal (Fig. 1).



Fig. 1. TAC de imagen quística en glándula suprarrenal.

En el estudio preoperatorio se solicita serología hidatídica que fue negativa, pero el ácido vanilmandélico y el ácido hidroxindolacético estuvieron levemente elevados. Se realizó MIBG- 123 como parte de estudio de incidentaloma, siendo negativo para la presencia de células derivadas de la cresta neural.

Tras los hallazgos se realiza una laparotomía subcostal derecha y se encuentra una gran tumoración quística de 15 x 10 cm dependiente de la glándula suprarrenal derecha íntimamente adherida a la vena cava inferior, hígado, diafragma y duodeno, de consistencia dura por pared parcialmente calcificada. Se realiza una periquistectomía total (Fig. 2).

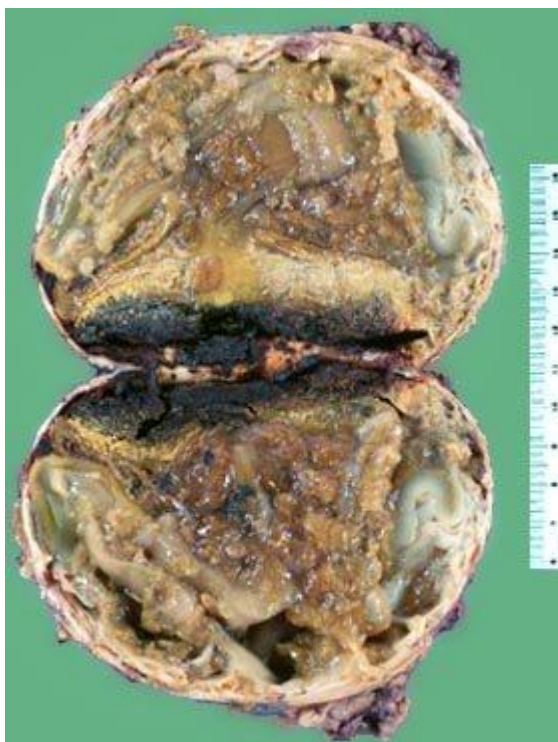


Fig. 2. Visualización macroscópica de la pieza de periquistectomía suprarrenal total. (Quiste hidatídico suprarrenal)

La anatomía patológica se informa como compatible con quiste hidatídico suprarrenal. El paciente evoluciona de forma satisfactoria. Es dado de alta al sexto día posoperatorio. No recibió tratamiento antihelmíntico.

DISCUSIÓN

La mayoría de los quistes hidatídicos suprarrenales son asintomáticos y suelen diagnosticarse de manera incidental por pruebas de imagen o en cirugías por otras causas. Cuando dan síntomas se debe a compresión de otros órganos y lo más frecuente es dolor abdominal, masa palpable o molestias gastrointestinales. Se han descrito casos acompañados de síntomas sugestivos de feocromocitoma, así como también de hipertensión arterial de difícil manejo, causada por la compresión extrínseca de la arteria renal por el quiste; debido al llamado fenómeno de Goldblatt.^{1,3,4,5}

Su diagnóstico diferencial debe incluir el quiste endotelial, pseudoquiste debido a infartos o hemorragia de la glándula suprarrenal, neoplasia quística, feocromocitoma quístico, absceso y quiste postraumático.^{1,3}

Las pruebas serológicas para el diagnóstico de quiste hidatídico, tales como: fijación del complemento y el test de IgE específica para hidatidosis, tienen una sensibilidad del 90 %. La eosinofilia está presente en el 25 % de los casos.^{2,7}

Las pruebas de imagen utilizadas para su diagnóstico son la ecografía, con una sensibilidad de 95 % y la TAC, con una sensibilidad alrededor del 97 %. La Resonancia Magnética Nuclear (RMN) es utilizada en casos de duda y se evidencia la característica imagen de pared hipointensa en T2, membrana flotante y vesículas hijas.⁶

Existe una clasificación ecográfica para los quistes hidatídicos:

Tipo 1. Es un quiste bien definido.

Tipo 2. Se evidencia separación entre las membranas.

Tipo 3. Se evidencian septos y vesículas hijas.

Tipo 4. Masa sólida inespecífica.

Tipo 5. Masa sólida con cápsula calcificada.²

El diagnóstico definitivo lo da la anatomía patológica con análisis del interior del quiste.

El tratamiento es en su mayoría quirúrgico con una periquistectomía que es la técnica de elección o una suprarrenalectomía total, siempre evitando la diseminación peritoneal del contenido del quiste. En caso de adherencias a estructuras que deben ser preservadas, la periquistectomía parcial con un drenaje adecuado del remanente quístico es una alternativa aceptable. Se aconseja el uso de algún agente escolicida como el suero salino hipertónico inyectado dentro del quiste antes de la manipulación del mismo. Debe evitarse el drenaje por vía percutánea, especialmente en zonas endémicas de hidatidosis.^{3,4,7}

Se puede realizar por vía anterior transperitoneal que permite explorar toda la cavidad, o posterior retroperitoneal. Aquí también tiene su papel la laparoscopia a través de la vía transabdominal o retroperitoneal. Muchos autores no recomiendan esta técnica en quistes complejos o mayores de 8 cm por aumentar el riesgo de diseminación de las vesículas hijas e hidatidosis secundaria.^{3,4,7}

Se recomienda la administración de albendazol 800 mg/d durante el primer mes postoperatorio para evitar la recurrencia de la enfermedad, aunque otros autores lo reservan para los casos con evidencia de diseminación clara.^{3,4}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mokhtari, M. Zeeratian Nehad Davani, S. Primary adrenal hydatid cyst presenting with arterial hypertension. Arch Iran Med. 2012; 15(5): 328-30.
2. Dionigi G, Carrafiello G, Recaldini Ch, Sessa F, Boni L, Rovera F, et al. Laparoscopic resection of a primary hydatid cyst of the adrenal gland: A case report. J Med Case Rep. 2007; 1:61.
3. Horchani A, Nouira Y, Nouira K, Bedioui H, Menif E, Zafta ZB. Hydatid cyst of the adrenal gland: A clinical study of six cases. Sci World J. 2006;6:2420-5.
4. Ozarmagan S, Erbil Y, Barbaros U, Salmaslioglu A, Bozbora A. Primary hydatid disease in the adrenal gland: A case report. Braz J infect Dis. 2006; 10(5):362-3.
5. Geramizadeh B, Maghbou M, Ziyaian B. Primary hidatid cyst of the adrenal gland: A case report and review of the literature. Iran Red Crescent Med J. 2011;13(5):346-7.
6. Inan N, Akhun N, Akansel G, Arslan A, Ciftci E, Dimirci A. Conventional and diffusion-weighted MRI of extrahepatic hydatid cyst. Diagn Interv Radiol. 2010; 16:168-74.
7. Ruiz Rabelo JF, Gomez Alvarez M, Sanchez Rodriguez J, Rufian Peña S. Complicatiuons of extrahepatic echinococcosis: Fistulization of an adrenal hydatid cyst into the intestine. World J Gastroenterol. 2008; 14(9):1467-9.

Recibido: 5 de julio de 2013.

Aprobado: 10 de agosto de 2013.

Dr. *Mauricio Burneo Esteves*. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
Madrid, España. Correo electrónico: mauricioburneo@hotmail.com