

# PSEUDOQUISTE SUPRARRENAL

## (PSEUDOQUISTE DE LA GLANDULA SUPRARRENAL: REPORTE DE UN CASO REVISION DE LA LITERATURA)

*Dr. Claudio Orlich Castelán\**  
*Dr. Claudio Orlich Carranza\**

*Dr. Ricardo Slon Hitti\**  
*Dr. Alvaro Ortiz Ortiz\**

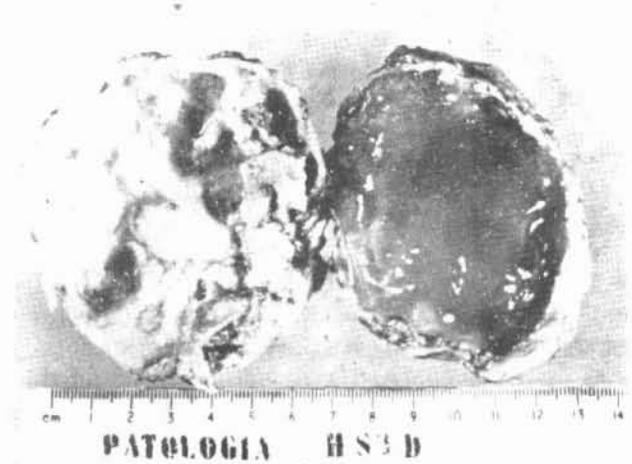
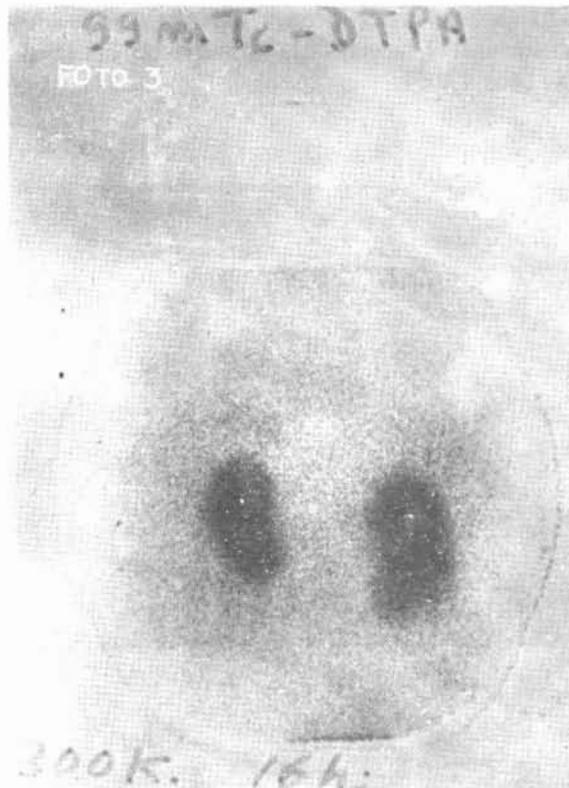
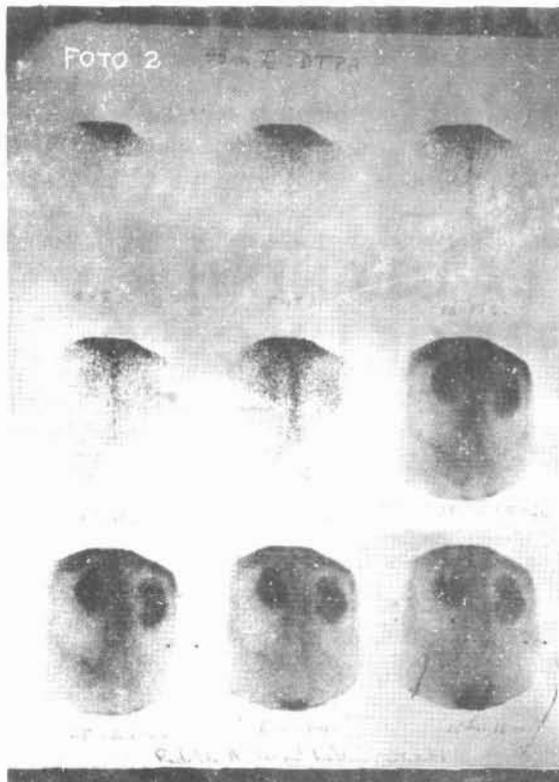
### REPORTE DEL CASO

Una mujer de 52 años fue vista en consulta con historia de 15 días de dolor lumbar derecho importante irradiado al cuadrante superior derecho, fiebre de cuatro días, distensión abdominal, eructos y vómitos. Con antecedente de siete partos normales y politraumatismo por accidente de tránsito varios años atrás sin que fuera hospitalizada. Al examen físico no se palpó masa en abdomen. Un ultrasonido de abdomen mostró una masa de 5 cms de diámetro por detrás del hígado (Foto 1). Un urograma excretor mostró una masa calcificada en forma de cáscara de huevo en la suprarrenal derecha con un riñón de ese lado normal y sin signos de desplazamiento (Fotos 2 y 3). No se hizo TAC por no estar disponible en ese momento. Exámenes de laboratorio reportados como normales incluyen: hemograma, orina, ruebas de función hepática, 17 cetos y 17 hidroxisteroides en orina, serie gastroduodenal, enema opaco y radiografía de tórax. Se exploró a la paciente con una incisión de lumbotomía y se extirpó la masa sin dificultad, enucleándola y

separándola fácilmente del polo superior, del riñón. Los patólogos reportaron una masa de 7.5 por 3 cm de diámetro con una cavidad quística con la pared calcificada. Al examen histológico no se encontró revestimiento epitelial, con contenido amorfo en el interior con varios cristales de colesterol y la glándula suprarrenal sin lesiones (Fotos 4 y 5).



*Asistente del Servicio de Urología del Hospital San Juan de Dios.*



### COMENTARIO

Lo quistes de la glándula suprarrenal son lesiones patológicas raras que pueden ser difíciles de diagnosticar y tratar. La mayoría de ellos se encuentran en autopsias. Doran describió el primer quiste de la glándula suprarrenal encontrado por Guiselius en 1670, cuando un quiste adrenal roto fue encontrado en la autopsia de un hombre de 45 años. En 1959 Abeshouse et Al. revisaron la literatura mundial y recolectaron más de 155 casos en autopsia y cirugía. Foster llevó los casos hasta un total de 220 casos en 1966. Reportes aislados y otros 11 casos hasta un total de 220 casos en 1966. Reportes aislados y otros 11 casos comprobados quirúrgicamente traen el total a aproximadamente 250 (1).

Wahl encontró una incidencia de 0.06% en una serie de 14.000 autopsias. Parece haber una frecuencia igual en los lados derecho e izquierdo. Se han reportado casos bilaterales, aunque muy raros y especialmente en niños. Las mujeres tienen una frecuencia mayor que los hombres (2 a 1). El pico máximo ocurre entre la tercera y quinta décadas. Los quistes adrenales pueden ser unifoculares o multifoculares, variando en tamaño desde microscópico hasta aquellos que contienen varios litros de líquido. No hay acuerdo respecto a la etiología de la enfermedad. Hay una clasificación propuesta por Terrier y Liene en 1906 y modificada por Abeshouse et al y Barron y Emanuel (Tabla 1).

TABLA No. 1

QUISTES ADRENALES

1. QUISTES PARASITARIOS.
2. QUISTES EPITELIALES, DE RETENCIÓN GLANDULARES VERDADEROS Y ADENOMAS QUISTICOS.
3. QUISTES ENDOTELIALES, LINFANGIOMATOSOS Y ANGIOMATOSOS.
4. PSEUDOQUISTES HEMORRAGICOS Y DE PAREDES FIBROSAS.

Abeshouse encontró que los pseudoquistes eran el 39% de todos los quistes adrenales y es el tipo que se reconoce más frecuentemente con exploración quirúrgica. Generalmente son de tamaño pequeño o moderado y contienen un líquido oscuro espeso con una capa pigmentada sin pared endotelial. Esta capa fibrosa frecuentemente tiene áreas de calcificación y puede estar hialinizada. La hemorragia se cree que ocurre dentro de una glándula normal o patológica como en el feocromocitoma, con extravasación, licuefacción, absorción y encapsulación formando una pared fibrosa gruesa.

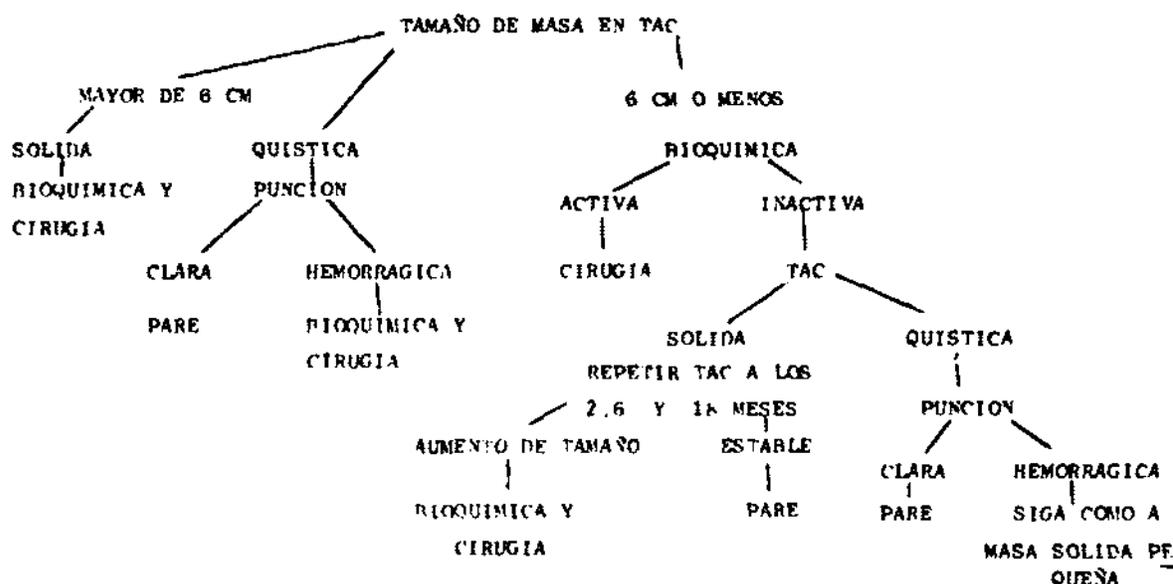
La hemorragia de la glándula suprarrenal ha sido reportada como asociada a trauma al nacer y enfermedad hemorrágica del recién nacido, así como en una variedad amplia de condiciones patológicas como el trauma agudo, lesiones de aplastamiento, quemaduras, shock, toxemia del embarazo, sífilis, leucemia y transfusiones san-

guíneas incompatibles. La mayoría de estos quistes son asintomáticos por su pequeño tamaño. Cuando son más grandes comprimen estructuras vecinas y entonces puede haber un dolor lumbar sordo o síntomas gastrointestinales vagos. Puede ser posible una masa palpable, no ha habido reporte de pacientes de apariencia normal con quistes adrenales a los cuales se les haya encontrado evidencia química de hipersecreción de glucocorticoides. La asociación de hipertensión con su desaparición al extirparlo sí ha sido reportada. Sólo se ha reportado un feocromocitoma quístico. Sin embargo a todos estos pacientes se les debe de interrogar por síntomas que sugieran feocromocitoma.

Existen varios estudios que permiten diferenciar las masas benignas de las malignas entre ellos una placa simple de abdomen, nefrotomografía, ultrasonido, tomografía axial computarizada, aortografía, arteriografía renal y adrenal, venografía, estudios bioquímicos selectivos, estudios gastrointestinales y mapeo hepático. El diagnóstico diferencial incluye quistes hepáticos, bazo, páncreas y mesenterio, tumores benignos y malignos del riñón, aneurisma de la aorta, de la suprarrenal, nódulos linfáticos, hidronefrosis de un segmento renal superior, fondo gástrico, hepatoesplenomegalia e hidrops de la vesícula biliar. La tomografía axial es el método más usado hoy día para hacer el diagnóstico diferencial, es fiel, barato y no invasivo (4). La presencia de calcificaciones en forma de cáscara de huevo como en este caso se ve en más del 50% de los casos. Copeland (2) ha sugerido un esquema para el manejo de las masas adrenales según el hallazgo en el TAC (Ver tabla 2). Sin embargo, en general se recomienda la exploración quirúrgica para el diagnóstico exacto en casi todos los pacientes. La posibilidad de un tumor maligno o funcionante es real y los criterios radiológicos para la diferenciación de estas masas son todavía poco confiables. En ciertos pacientes de riesgo muy alto en que los estudios muestran un quiste pueden manejarse conservadoramente con observación.

Cuando se trata de masas pequeñas puede usarse una lumbotomía extraperitoneal como vía de abordaje y en los más grandes se recomienda una incisión toracoabdominal.

TABLA No. 2  
MANEJO DE MASA DE GLANDULA  
SUPRARRENAL



## RESUMEN

Se reporta el caso de una paciente de 52 años de edad que se presentó a consulta por dolor lumbar derecho asociado a síntomas digestivos vagos, con el antecedente de un accidente de tránsito en el pasado y varios partos aparentemente normales. El estudio clínico mostró una masa adrenal derecha calcificada en forma de cáscara de huevo que al examen histológico se demostró como un pseudoquiste de la glándula suprarrenal. Se revisa la literatura en cuanto a frecuencia, posible etiología, diagnóstico diferencial y tratamiento apropiado.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Abshouse, G.A. et Al: Adrenal Cyst. Review of the literature and report of three cases. J. Urol., 81:711, 1959.
- 2.- Copeland, P.: The incidentally discovered adrenal mass, Annals of Internal Medicine 98:940-944, 1983.
- 3.- Kearney, G. et Al: Adrenal Cyst, Urologic Clinics of North America 4:2,273-283, 1977.
- 4.- Larsen, C., Libertino J. et Al: Computerized tomographies influence on the changing patterns in the diagnosis and surgical management of adrenal endocrinopathies J. Urol, 131:264, 1984.
- 5.- Seddon, John et Al: Asymptomatic non-functioning adrenal masses: The need for surgical exploration, J. Urol, 131: 264, 1984
- 6.- Stewart, B.: Adrenal Surgery Current State of the Art. J. Urol., 129: 1-6, 1983.