

Mielolipoma. Presentación de un caso

Myelolipoma. Presentation of a case

Dra. Janet Testar de Armas, Dra. Omara Bandera Rodríguez, Dr. Ramiro Guedes Díaz, Dr. Frank Abel Acosta González, Dra. Adíanez Jiménez Álvarez, Dra. Isabel Cristina Sánchez Salmeron.

Hospital Militar Docente Dr. Mario Muñoz Monroy. Matanzas, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de 44 años de edad, del sexo femenino, ingresado en el Servicio de Cirugía del Hospital Militar Docente Dr. Mario Muñoz Monroy, de Matanzas, porque se encontraba bajo seguimiento de un absceso hepático de probable etiología amebiana, en cuyos exámenes complementarios, dados por el ultrasonido abdominal, así como la tomografía contrastada de abdomen se aprecia una tumoración de la glándula suprarrenal derecha, resultando finalmente un mielolipoma. Se somete a resección quirúrgica de la glándula de forma exitosa, confirmando el estudio histopatológico, un tumor de glándula suprarrenal derecha, correspondiente a un mielolipoma, se obtiene una evolución satisfactoria de la paciente.

Palabras clave: mielolipoma suprarrenal, tumor adrenal benigno.

ABSTRACT

We present the case of a 44-years-old female patient who entered the Surgery Service of the Matanzas Military Hospital, Dr. Mario Muñoz Monroy, because of she was followed for a hepatic abscess of probably amoebic etiology. The complementary examination, abdominal ultrasound and abdominal contrasted tomography, showed a tumor of the right suprarenal gland, finally resulting a myelolipoma. The gland was successfully resected, and the histopathologic study confirmed a right suprarenal gland tumor, correspondent to a myelolipoma. The evolution of the patient was satisfactory.

Key words: suprarenal myelolipoma, adrenal benignant tumor.

INTRODUCCIÓN

El término mielolipoma suprarenal fue acuñado por Oberling en 1929, para denominar a una variedad de tumores benignos no funcionales, formados por tejido adiposo maduro y elementos de la médula ósea (tejido mielóide hematopoyético originados en el estroma suprarenal).⁽¹⁾ Su incidencia en autopsias oscila entre el 0,3 y el 0,4 %.⁽²⁾ La misma aumenta en los pacientes obesos^(2,3) y es más frecuente en la cuarta a la sexta décadas de la vida.⁽⁴⁾ La mayoría son asintomáticos y descubiertos incidentalmente.^(5,6)

Dentro de los estudios diagnósticos está la resonancia magnética, en donde las áreas lipomatosas muestran intensidad aumentada en T1 y moderada hiperdensidad en T2.^(7,8) El tratamiento recomendado cuando son mayores de 5 cm es quirúrgico, ya sea por técnica abierta o laparoscopia.⁽⁹⁻¹¹⁾

PRESENTACIÓN DEL CASO

Nombre y apellidos: R. R. Q.

Edad: 44 años

HC: 833286

Sexo: femenino

MI: dolor en la región lateral derecha del abdomen.

HEA: paciente que hace aproximadamente 1 año y medio, es egresada del hospital de Cárdenas con el diagnóstico de absceso hepático por ameba hystolitica, llevando tratamiento con metronidazol y cloroquina por vía oral, que hace 4 meses comienza con dolor en la región lateral derecha y centro del abdomen relacionado con la ingestión de alimentos y asociado a náuseas, dispepsias y sensación de distensión estomacal, por lo que acude a su área de salud donde imponen tratamiento y al no mejorar, ingresa en nuestro centro para mejor estudio y tratamiento.

Examen físico

Mucosas: húmedas y normocoloreadas

Aparato respiratorio: murmullo vesicular audible, no se auscultan estertores. Fr (18 por minuto).

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos y de buen tono.

TA (160 con 100). Fc (80 por minuto).

Abdomen: suave, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho donde se palpa hepatomegalia de aproximadamente 2 traveses de dedos rebasando el reborde costal (superficie lisa). RHA presentes y normales.

Complementarios

Hematocrito: 0.40-0.45

Leucograma: $8.6 \times 10^9 \times L$
Seg (0.68)
Linf (0.27)
Eos (0.04)

Conteo absoluto de eosinófilos: $0.1 \times 10^9 \times L$

Eritrosedimentación: 33

Glicemia: 3,64 mmol x L

Creatinina: 97,5 mmol x L

A. Úrico: 242 mmol x L

Colesterol: 4,63 mmol x L

Triglicéridos: 0,90 mmol x L

TGP: 14 U/L

TGO: 20 U/L

GGT: 15 U/L

Endoscopia: gastritis eritematosa en antro y región pre pilórica. Bulbitis eritematosa. Prolapso antral.

Frotis duodenal: trofozoitos de Giardia Lambia.

Rx de tórax AP: signos de Enfisema Pulmonar. No alteraciones pleuroparietales.

Ultrasonido de tiroides: LI (10 x 18 x 43)
LD (16 x 17 x 41)

Istmo normal. Presencia de microquistes en ambos lóbulos tiroideos, más acentuado en el izquierdo.

Ultrasonido de abdomen (figura 1): hígado de tamaño normal. Se observa imagen hipercoica de 56 x 30 mm de contornos bien definidos en proyección de suprarrenal derecha. En íntimo contacto con el polo superior del riñón izquierdo, se aprecia imagen triangular que mide 184 x 24 mm.



Fig.1. Ultrasonido abdominal.

TAC de abdomen simple y contrastada (figura 2): Se realizan cortes a 5 mm, apreciándose una glándula derecha de aspecto tumoral, polilobulada que al estudio simple muestra densidades variables de 46 UA (densidad grasa), hasta más de 19 UA que mide 34 x 24 mm de diámetro que en estudio EV, se define mucho mejor, con realce solamente de la periferia de la lesión. ID: tumor de la glándula suprarrenal derecha.

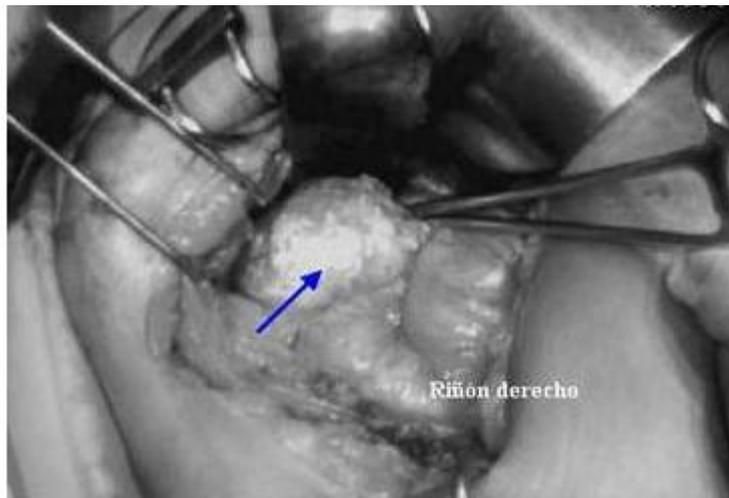


Fig.2. Tumor suprarrenal derecho.

La paciente se trata de forma profiláctica con fármacos b-bloqueantes siendo intervenida quirúrgicamente (figura 3). Se realiza adrenalectomía y se extrae la glándula suprarrenal de forma exitosa, confirmando en el estudio histopatológico un tumor de glándula suprarrenal derecha, correspondiente a un mielolipoma, obteniéndose una evolución satisfactoria de la paciente.

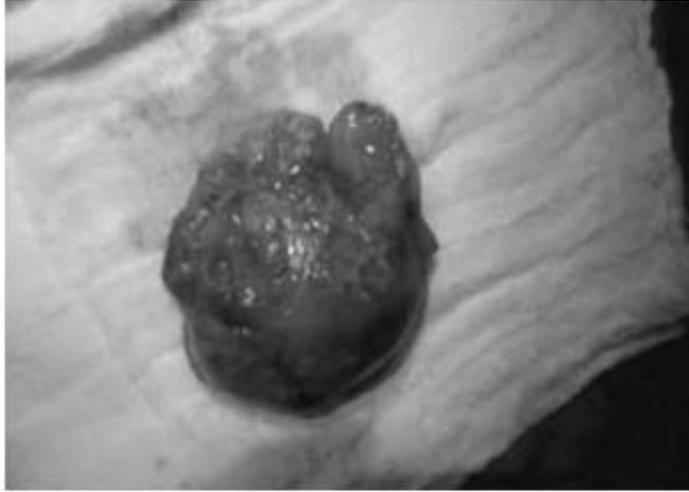


Fig.3. Glándula suprarrenal derecha extirpada.

DISCUSIÓN

El mielolipoma de la glándula suprarrenal es una lesión infrecuente. Aunque la mayor parte de estas lesiones representan hallazgos incidentales por imágenes, algunos pueden alcanzar proporciones masivas.⁽¹¹⁻¹⁴⁾ El sexo masculino predomina en una proporción 2:1, la edad de mayor frecuencia es entre la quinta y la sexta décadas de la vida, sin embargo se han visto desde los 12 hasta los 93 años de edad.^(11,15,16) Normalmente es unilateral y sin predominio de lado.

La etiología no se conoce y se plantean varias teorías.⁽¹⁵⁾ Generalmente los pacientes están asintomáticos, pero algunos manifiestan dolor abdominal por la compresión y la necrosis y, en menor frecuencia, pueden presentar dolor intenso por ruptura del mismo y ocasionar choque hipovolémico. Solo el 10 % de los tumores pueden acompañarse de alguna endocrinopatía.⁽¹⁴⁾ La mayoría de los casos son diagnosticados de forma incidental mediante estudios por ultrasonidos. Se observa un tumor bien definido, cuya apariencia depende de la composición; es hiperecoico cuando predomina la grasa e hipoeicoico si el componente es tejido mieloides.⁽¹³⁾ La TAC muestra densidad grasa (- 100 a - 200 UH) con atenuación positiva después de la administración del medio de contraste en las áreas mieloides.⁽¹²⁻¹⁵⁾

Se ha comentado en la literatura a cerca del manejo de estos tumores, no se ha llegado a conclusiones aplicadas a todos los caso, excepto el consenso general que existe de operar el tumor cuando está complicado por efecto de la masa, dolor, hemorragia, ruptura, infección urinaria de repetición. Con relación al tamaño, los tumores pequeños, menores de 4 cm, asintomáticos, pueden monitorizarse expectantemente. Los tumores mayores de 4 cm deben ser extirpados por el riesgo de rupturas espontáneas con hemorragia retroperitoneal. La adrenalectomía bilateral por grandes tumores implica sustitución con hidrocortisona.^(2,9,10)

Cuando a un mielolipoma se le da manejo expectante, es necesario tener diagnóstico preciso de lesión y excluir tumores malignos, así como tumores productores de hormona, para los cuales se deben hacer estudios hormonales y diagnosticar el mielolipoma con medios radiológicos apoyados con biopsia por aspiración con aguja fina.^(2,9,10) La TAC es capaz de diferencial incidentalomas

suprarrenales distinguiendo entre carcinomas, hiperplasia adrenal, masas quísticas, mielolipomas, hematomas agudos o crónicos entre otros.^(2,3)

En esta ocasión se presenta el caso real de un paciente de 44 años de edad del sexo femenino que fue ingresado en el Servicio de Cirugía del Hospital Militar Docente Dr. Mario Muñoz Monroy, de Matanzas, quien se encontraba bajo seguimiento de un absceso hepático de probable etiología amebiana, en cuyos exámenes complementarios, dados por el ultrasonido abdominal así como la tomografía contrastada de abdomen se aprecia una tumoración de la glándula suprarrenal derecha, resultando finalmente un mielolipoma. Se somete a resección quirúrgica de la glándula de forma exitosa, confirmando el estudio histopatológico un tumor de glándula suprarrenal derecha, correspondiente a un mielolipoma, se obtiene una evolución satisfactoria de la paciente.

Los mielolipomas son tumores suprarrenales infrecuentes, por lo general asintomáticos, que se descubren en el transcurso de otras patologías o de manera incidental a través de exploraciones radiológicas con resonancia magnética, ultrasonido o tomografía computarizada. Siempre se debe efectuar el diagnóstico diferencial con otros tumores retroperitoneales como lipomas, liposarcomas, tumor de Wilms o adenomas funcionales y carcinomas adrenales. El diagnóstico definitivo solo se consigue mediante el estudio histológico de la pieza extirpada, y en algunos casos es quirúrgico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gon dismo primario. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2010 Dic [citado 9 Ene 2013];21(3): 323-32. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532010000300006&lng=es
2. Torres Herrera OF, Viñas Martínez A, del Sol O, Cancio M, Oliva Venereo DC, Robles Torres E. Mielolipoma adrenal bilateral asociado a disfunción endocrina. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2010 Ago [citado 9 Ene 2013];21(2): 154-63. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532010000200004&lng=es
3. León González O, Pol Herrera P, López Rodríguez P, Satorre Rocha J, Rodríguez Blanco H, Cruz García N, et al. Mielolipoma, una lesión quirúrgica poco frecuente de la glándula adrenal. Rev Cubana Cir [Internet]. 2012 Sep [citado 10 Ene 2013];51(3):254-59. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932012000300006&lng=es
4. Gac P, Cabané P, Klein E, Seymour C, Segura P. Mielolipoma suprarrenal gigante. Rev Chil Cir [Internet]. 2012 Jun [citado 9 Ene 2013];64(3):292-6. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262012000300014&lng=es
5. López Martín L, García Cardoso JV, Gómez Muñoz J, González Enguita C. Mielolipoma suprarrenal: Aportación de un caso y revisión de la literatura. Arch Esp Urol [Internet]. 2010 Dic [citado 9 Ene 2013];63(10):880-3. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142010001000010&lng=es

6. Mara Mermejo L, Elias Junior J, Pinto Saggiaro F, Tucci Junior S, DE Castro M , Custodio Moreira A, et al. Giant adrenal myelolipoma associated with 21-hydroxylase deficiency: unusual association mimicking an androgen-secreting adrenocortical carcinoma. *Arq Bras Endocrinol Metab* [Internet]. 2010 [citado 9 Ene 2013];54(4):419-24.
Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302010000400012&lng=en

7. Álvarez Pertuz H, Arroyo Martínez L, Acuña Calvo J. Myelolipoma, an infrequent surgical lesion of the adrenal gland. *Acta Méd Costarric* [Internet]. 2008 Mar [citado 11 Ene 2013];50(1):54-7.
Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022008000100011&lng=es

8. Sánchez Pérez IF, Fong Estrada JA, Llanes Revilla OJ, Fong Sinobas JA, Couso Seoan CI. Incidentaloma or adrenal gland carcinoma. *MEDISAN* [Internet]. 2009 Abr [citado 9 Ene 2013];13(2).
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000200017&lng=es

9. Zuviri González A, Espinosa- Pérez Grovas DA, Guzmán Hernández F, Catalán Quinto G, Mateos Chavolla JP, Hernández Beltrán MA, et al. Mielolipoma supradrenal. *Rev Mex Urol* [Internet]. 2011 [citado 9 Ene 2013];71(3).
Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2011/ur113m.pdf>

10. Patricio Gac E, Patricio Cabané T, Jaime Jans B, Andrés Marambio G, Mauricio Díaz B, Verónica Araya Q, et al. Manejo Quirúrgico del incidentaloma suprarenal. *Rev Chil Cir* [Internet]. 2012 Feb [citado 12 Feb 2013];64(1):25-31. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-40262012000100005&script=sci_arttext

11. Hoeffel J. Nozicka Z. Giant myelolipoma of adrenal gland: natural history. *Clin Radiol*.2000; 55(5): 6402 . Citado en PubMed; PMID:10896477

12. Sa LL, Xuym OIAO. Adrenal myelolipoma: clinical diagnosis and management of 26 cases. *Zhonghua Wai Ke Za Zhi*. 2004;42(23):1444-6. Citado en PubMed; PMID:15733461.

13. Wagnerova H, Lazurov I, BoberJ, Sokol L, Zachar M. Adrenal myelolipoma. 6 cases and a review of the literature. *Neoplasma*. 2004;51(4):300-5. Citado en PubMed; PMID: 15254662.

14. EL Mejjd A, Fekak H, Dakir M, Sarf I, Manni A, Meziane F. Giant adrenal myelolipoma. *Prog Urol*. 2004;14:81. Citado en PubMed; PMID:15098761.

15. Gómez García I, Sanz Mayayo E, Allona Almagro A, Ruiz Rubio JL, García-Cosío Piqueras M. Extrarenal retroperitoneal angiomyolipoma: bibliography review and report of a new case. *Arch Esp Urol*. 2004;57(4):434-7. Citado en PubMed; PMID: 15270289.

16. EL Mejjd A, Fekak H, Dakir M, Sarf I, Manni A, Meziane F. Giant adrenal myelolipoma. *Prog. Urol*.2004; 14: 81 Citado en PubMed; PMID:15098761.

Recibido: 26 de noviembre de 2013.
Aprobado: 29 de diciembre de 2013.

Janet Testar de Armas. Hospital Militar Docente Dr. Mario Muñoz Monroy. Carretera Central km 109, Gelpy. Reparto 2 de Diciembre. Matanzas, Cuba. Correo electrónico: bibliotecahm.mtz@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Testar de Armas Y, Bandera Rodríguez O, Guedes Díaz R, Acosta González FA, Jiménez Álvarez A, Sánchez Salmeron IC. Mielolipoma. Presentación de un caso. Rev Méd Electrón [Internet]. 2014 Ene-Feb [citado: fecha de acceso]; 36(1). Disponible en:
<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol1%202014/tema09.htm>