

Incidentaloma adrenal. Reporte de un caso

Adrenal incidentaloma. Presentation of a case

AUTORES

Dr. José Antonio Valle Suárez (1)
E-mail: hfp.mtz@infomed.sld.cu
Dra. Mildrey Hernández Piard (2)
Dra. Zeida Rosa Rodríguez Martínez (2)
Dra. Diana González Rodríguez (3)
Dra. Diana Maité Hernández Fernández (3)

(1) Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Asistente. Hospital Universitario "Comandante Faustino Pérez". Matanzas.

(2) Especialista de I Grado en Medicina Interna. Especialista de II Grado en Medicina Intensiva y Emergencias Médicas. Hospital Universitario "Comandante Faustino Pérez". Matanzas.

(3) Especialistas de I Grado en Anatomía Patológica. Profesoras Instructoras. Hospital Universitario "Comandante Faustino Pérez". Matanzas.

RESUMEN

Paciente de 64 años, raza blanca, femenina, comenzó 3 meses antes de su ingreso con dolor lumboabdominal izquierdo, acompañado de incremento progresivo de peso, aumento marcado del apetito, flushing facial, hipertensión arterial de debut e hirsutismo de aparición más tardía. Por todo esto es valorada por su médico de asistencia y se le indica Ultrasonido abdominal, constatándose imagen ultrasonográfica compatible con Tumor de suprarrenal izquierda, se valora por Cirugía indicándose Tomografía de abdomen que confirma el tumor, el cual por su tamaño era tributario de tratamiento quirúrgico. La intervención se realizó de inicio por Cirugía videolaparoscópica, constatándose una masa tumoral suprarrenal de 12 cm adherida a órganos vecinos, motivo por lo cual se convierte a Cirugía abierta, siendo necesaria además la esplenectomía. Postoperatorio de 72 horas con evolución poco favorable, síndrome general asociado, hipopotasemia, dolor en sitio de intervención quirúrgica, se realiza nueva Cirugía videolaparoscópica sin encontrar complicaciones locales, se decide entonces su traslado a Unidad de Cuidados Intermedios, valorándose la posibilidad de que su cuadro clínico fuera secundario a una deprivación marcada de glucocorticoides endógenos por tumor hiperfuncionante de corteza. Se inicia desde su ingreso tratamiento sustitutivo con Hidrocortisona 300 mg/día, logrando mejoría clínica evidente en 72 horas. A los 6 días de ingreso se traslada a Cirugía y después es dada de alta hospitalaria.

DeCS:

TUMOR ADENOMATOIDE/diagnóstico

TUMOR ADENOMATOIDE/cirugía

CIRUGÍA ASISTIDA POR VIDEO/métodos

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE EMISIÓN

ESPLENECTOMÍA/métodos

HUMANOS

ADULTO

INTRODUCCIÓN

Paciente de 64 años, raza blanca, femenina, con antecedentes de ser fumadora y padecer Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), que 3 meses atrás comenzó con incremento de peso, aumento marcado del apetito, flushing facial, Hipertensión arterial (HTA) de debut e hirsutismo. Fue valorada por el internista de su área y como parte del estudio de la HTA le indica ultrasonido (US) abdominal cuyo informe es el siguiente: Riñón Izquierdo: Imagen sólida hacia polo superior que cubre parte del parénquima y mide 65 x 65 mm. Hígado de patrón distorsionado con tendencia a multinódulos.

Es remitida a consulta de Cirugía de nuestro hospital, indicándose Tomografía Axial Copmputarizada (TAC) de abdomen simple y contrastada que evidencia:

Masa en proyección de suprarrenal izquierda, esferoidea, con densidad homogénea y microcalcificaciones, de 78 x 85 x 66 mm, captadora de contraste, con signos de necrosis en su interior, sugestiva de Carcinoma de glándula suprarrenal. No se define alteración hepática.

Se decide tratamiento quirúrgico, pero en consulta de anestesia se difiere hasta compensación de su EPOC, en esos momentos agudizada.

Complementarios positivos: Eritrosedimentación 47 mm, Colesterol 8.18 mmos/l, riglicéridos 3.34 mmos/l, Glicemia 8.2 mmos/l

Una semana después de la TAC comienza con dolor en fosa lumbar izquierda, que responde poco a analgésicos habituales. Nuevamente fue valorada por Anestesiología, pero por continuar descompensada de su EPOC, se continúa tratamiento y se pospone tratamiento quirúrgico.

Reingresa 17 días después, ya compensada y se realiza intervención quirúrgica, cuyo informe operatorio señala:

"...revisión de cavidad no encontrando otras alteraciones. Tumor de Suprarrenal izquierda de unos 12 cm que eleva el bazo, adherido a cola del páncreas, diafragma, bazo, se comienza disección Laparoscópica, pero se convierte a Cirugía Abierta por el tamaño del tumor y fijación a órganos vecinos. Incisión Subcostal Izquierda por planos, realizamos Esplenectomía..."

Postoperatorio de 72 horas con evolución poco favorable: marcada astenia, anorexia, tendencia a la hipotensión, hipopotasemia resistente al tratamiento, taquicardia y dolor abdominal en la zona quirúrgica. Se realiza US abdominal, que informa colección en el sitio de intervención quirúrgica, por lo que se decide exploración videolaparoscópica sin encontrar complicaciones locales.

Se discute en el colectivo del servicio de Cirugía y se decide su traslado a la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM) Polivalente, después de la reintervención. Al llegar a dicha unidad se encuentra:

Paciente adinámica, con polipnea superficial ligera, taquicardia y tendencia a la hipotensión (100/70 mmhg), persistencia de hipopotasemia, Saturación de O₂ en 87 %, alcalemia mixta.

1. Se inicia corrección del equilibrio hidroelectrolítico y ácido básico.
2. Se estabiliza desde el punto de vista cardiorrespiratorio.
3. Se amplía espectro antimicrobiano, teniendo en cuenta las dos intervenciones quirúrgicas.
4. Se inicia tratamiento sustitutivo con glucocorticoides: Hidrocortisona 300mg / día endovenoso, por la sospecha de que el tumor extirpado fuera hipersecretor de cortisol con lo cual la paciente tuviera una brusca deprivación hormonal. Ello explicaría una Insuficiencia Suprarrenal relativa, que nos justificara su cuadro clínico actual.

Pasadas 72 horas se logra mejoría clínica evidente y corrección de los parámetros hemogasométricos. Con una evolución satisfactoria durante 6 días en UCIM es trasladada al Servicio de Cirugía.

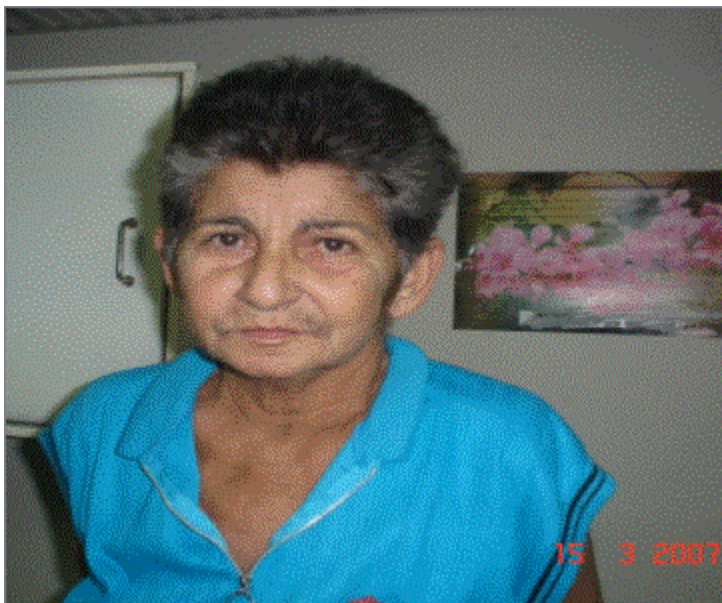


Figura 1: Imagen de la paciente tomada con su consentimiento, aún se aprecia el hirsutismo 1 mes después de la intervención quirúrgica.



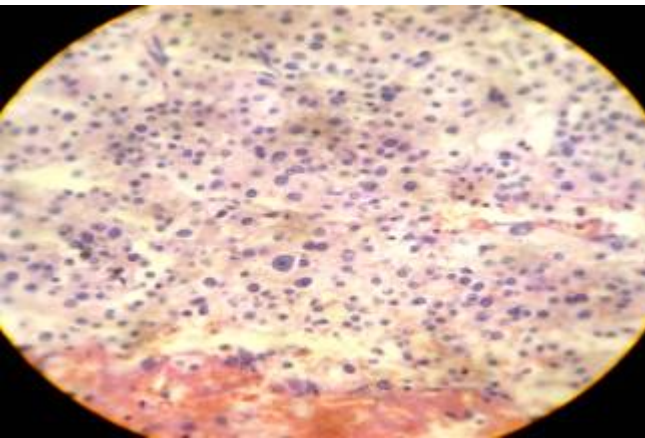
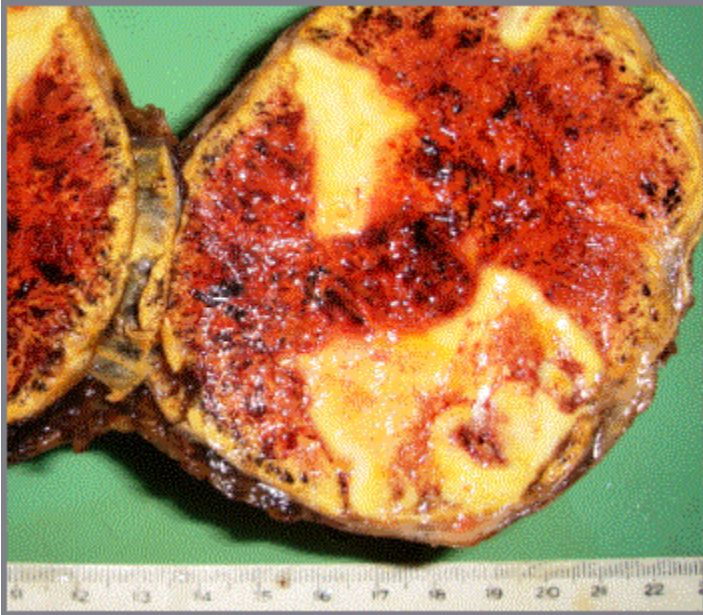
Figura 2: TAC de la paciente que muestra imagen tumoral de suprarrenal izquierda, compatible con Carcinoma adrenocortical. Archivo Hospital Imagenología " Faustino Pérez" Matanzas. Año 2007.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

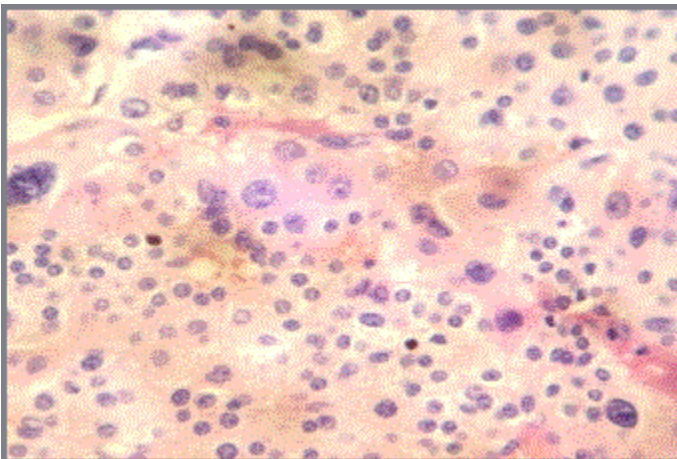
La biopsia se informa como: Carcinoma de la corteza suprarrenal con patrón de crecimiento sólido y trabecular con extensas áreas de necrosis y hemorragias. Pleomorfismo moderado.



Figuras 4 y 5: Carcinoma de corteza suprarrenal.
Archivo
Anatomía Patológica. Hospital "Faustino Pérez", Matanzas. Año 2007.



Figuras 6 y 7: Carcinoma de corteza suprarrenal. Archivo Anatomía Patológica. Hospital "Faustino Pérez", Matanzas. Año 2007.



DISCUSIÓN

Un Incidentaloma adrenal es una masa adrenal de 1 cm de diámetro o más, descubierta incidentalmente durante un examen radiológico indicado con otros fines (1). Esta definición excluye los casos en los que se diagnostica después de haberse palpado la masa tumoral al examen físico.

Numerosas autopsias han mostrado la frecuencia del Incidentaloma adrenal (2). En un reporte de 25 estudios que analizaron 87,065 autopsias, la frecuencia del mismo fue de un 6 %, (3) correspondiéndose con la TAC abdominal y un estudio reciente reportó una prevalencia del 4 % (4). Su prevalencia aumenta con la edad, la probabilidad de hallarlo

insospechadamente en una TAC varía de un 0.2 % en un paciente de 20 a 29 años, a un 7 % en un paciente mayor de 70 años (5). La mayoría son Adenomas adrenocorticales benignos no hipersecretores. Otros diagnósticos incluyen Adenomas secretores de cortisol, Feocromocitoma, Carcinoma adrenocortical y Cáncer metastásico.

El enfoque diagnóstico óptimo para estos pacientes aún no está establecido (6). Se recomienda comenzar con una cuidadosa anamnesis y examen físico buscando signos y síntomas sugestivos de hiperfunción adrenal y /o enfermedad maligna (Tabla 1), test hormonal (Tabla 2) y pruebas imagenológicas (Tabla 3)(7). En la literatura revisada se sugiere un algoritmo diagnóstico (Tabla 4) basado en experiencias clínicas,(8) que según refieren deberá ser validado prospectivamente.

Tabla No. 1

Síntomas y signos sugestivos de hiperfunción adrenal o enfermedad maligna.

Desorden	Síntomas	Signos
Síndrome de Cushing	Asintomático si subclínico, o aumento de peso, c/obesidad facio troncular, flushing facial, depresión, hirsutismo, infecciones	Hipertensión, osteoporosis, Diabetes M, Hiperlipidemia, leucocitosis, linfopenia
Feocromocitoma	Asintomático o con síntomas episódicos: temblor, diaforesis, cefalea	Hipertensión paroxística o sostenida, retinopatía, fiebre, hipotensión ortostática, taquicardia
Aldosteronismo Primario	Si hipokaliemia: nicturia, poliuria, calambres musculares, palpitaciones	Hipertensión, posible hipokaliemia, hipernatremia
Carcinoma Adrenocortical	Síntomas por efecto de masa: dolor abdominal, Relacionados a la hipersecreción de cortisol, andrógenos, estrógenos, o aldosterona	Hipertensión, osteoporosis, Diabetes M, Hiperlipidemia, leucocitosis, linfopenia
Cáncer metastásico	Historia de cáncer extraadrenal	Signos del cáncer per se

Tabla No.2

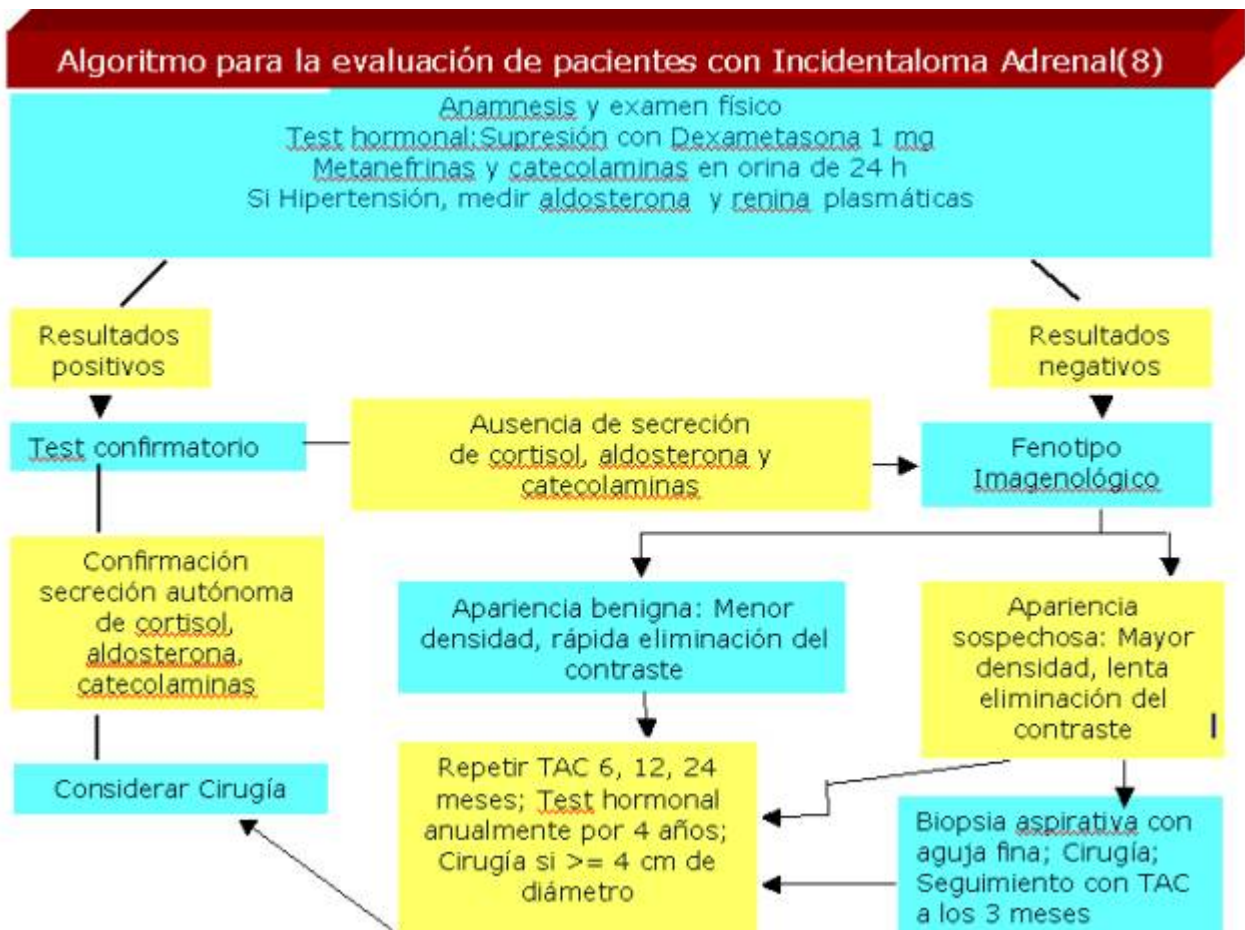
Exámenes de laboratorio en el Incidentaloma Adrenal.

Posible diagnóstico	Test	Causas de falsos positivos	Test confirmatorio
Síndrome de Cushing subclínico	Supresión con Dexametasona 1 mg, anormal si cortisol > 5 mcgr/dl.	Medicamentos que aceleren metabolismo hepático como anticonvulsivantes	Corticotropina sérica, cortisol en sangre y orina de 24 h, cortisol en saliva
Feocromocitoma	Medición de metanefrinas y catecolaminas en orina de 24 h, imagen fenotípica sugestiva	Cualquier situación o medicación que aumente producción de catecolaminas	Cintigrafía con Iodo 123, RMN, Cirugía
Aldosteronismo Primario	Medición matutina de aldosterona y renina plasmática(p) Resultados + : aldost/renina > 20, ó aldost p. > 15 ngr/dl	Variabilidad biológica	Test de supresión con SSF, medición de aldosterona en orina de 24 h

Tabla No.3
Características imagenológicas del Incidentaloma adrenal.
 (Fenotipo)

Variable	Adenoma A	Carcinoma A	Feocromocitoma	Metástasis
Tamaño	< 3 cm diámetro	> 4 cm	> 3 cm	< 3 cm
Forma	Redondo u oval	Irregular	Redondo u oval	Oval o irregular
Textura	Homogénea	Heterogénea	Heterogénea	Heterogénea
Lateralidad	Unilateral	Unilateral	Unilateral	Bilateral
Densidad	- denso	+ denso	+ denso	+ denso
Vascularidad en TAC contrastada	No altamente vascular	Vascular	Vascular	Vascular
Eliminación contraste	> 50% 10 min	< 50% 10 min	< 50% 10 min	< 50% 10 min
Apariencia en RMN	Isointenso en relación al hígado	Hiperintenso en relación al hígado	Marcadamente hiperintenso	Hiperintenso en relación al hígado
Necrosis, hemorragia o calcificaciones	Rara	Común	Común	Ocasional
Ritmo crecimiento	< 1 cm/ año	> 2cm/año	0.5 a 1 cm/año	Variable

La mayoría de las masas adrenales no son malignas: en 2005 pacientes estudiados con Incidentaloma adrenal, sólo en el 4.7 % se encontró Carcinoma adrenal y 2.5 % cáncer metastático (9,10). El tamaño y la apariencia imagenológica fueron los mayores predictores de enfermedad maligna (11). Las metástasis son causa de Incidentaloma en la mitad de los pacientes con enfermedad maligna y los tumores que comúnmente metastizan suprarrenales son: pulmón, riñón, colon, mama, esófago, hígado, páncreas y estómago. (12)



En el caso que nos ocupa fue imposible realizar una serie de investigaciones sugeridas en la literatura revisada tal como la realización de test hormonales, por no disponer de ellos en nuestro medio. La biopsia aspirativa con aguja fina, la cual se difirió al confirmarse el gran tamaño del Incidentaloma según la TAC, algo que coincidió con los hallazgos encontrados en la intervención quirúrgica. No obstante, según lo reportado en las investigaciones revisadas se considera necesario para el diagnóstico del Incidentaloma Adrenal, en primer lugar una anamnesis y examen físico adecuados, buscando signos de hipersecreción adrenal. Seguidamente la realización de estudios hormonales, en los sitios que sea posible y pruebas imagenológicas (US y TAC abdominal en nuestro medio), además de la la biopsia aspirativa con aguja fina guiada por imágenes. Por último, la Adrenalectomía está indicada cuando: se trate de una masa adrenal de más de 4 cm de diámetro, ésta crezca más de 1 cm por año en cualquier momento de su evolución, o si se comprueba secreción hormonal autónoma. Recomendamos mantener un elevado índice de sospecha en la práctica médica diaria, y una vez diagnosticado, un abordaje multidisciplinario del caso, donde se involucren internistas, imagenólogos, cirujanos y anatomopatólogos para su satisfactoria y adecuada resolución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Young WF Jr. Management approaches to adrenal incidentalomas: a view from Rochester, Minnesota. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2005;29: 159-85.
2. Kloos RT, Gross MD, Korobkin M, Shapiro B. Incidentally discovered adrenal masses. *Endocr Rev.* 2005;16: 460-84.
3. Bovio S, Cataldi A, Reimondo G. Prevalence of adrenal incidentaloma in a contemporary computerized tomography series. *J Endocrinol Invest.* 2006;29: 298-302.
4. Mansmann G, Lau J, Bornstein SR. The clinically inapparent adrenal mass: update in diagnosis and management. *End Rev.* 2004;25: 309-40
5. Grumbach MM, Biller BM. Management of the clinically inapparent adrenal mass ("incidentaloma"). *Ann Intern Med.* 2003;138: 424-9.
6. Brunaud L, Kebebew E, Clark OH, Duh QY. Observation or laparoscopic adrenalectomy for adrenal incidentaloma? A surgical decision analysis. *Med Sci Monit.* 2006;12: 355-62.
7. Kudva YC, Sawka AM, Young WF Jr. The laboratory diagnosis of adrenal pheochromocytoma: the Mayo Clinic experience. *J Clin Endocrinol Metab.* 2003;88: 4533-9.
8. Motta-Ramirez GA, Remer EM. Comparison of CT findings in symptomatic and incidentally discovered pheochromocytomas. *AJR Am J Roentgenol.* 2005;185: 684-8.
9. Erbil Y, Ademoglu E, Ozbey N. Evaluation of the cardiovascular risk in patients with subclinical Cushing syndrome before and after surgery. *World J Surg.* 2006;30: 1665-71.
10. Chiodini I, Tauchmanova L. Bone involvement in eugonadal male patients with adrenal incidentaloma and subclinical hypercortisolism. *J Clin Endocrinol Metab.* 2006;87: 5491-4.
11. Rossi R, Luciano A. Subclinical Cushing's syndrome in patients with adrenal incidentaloma: clinical and biochemical features. *J Clin Endocrinol Metab.* 2006;85: 1440-8.
12. Terzolo M, Pia A. Adrenal incidentaloma: a new cause of the metabolic syndrome? *J Clin Endocrinol Metab.* 2002;87: 998-1003.

SUMMARY

64-years-old patient, white, female patient, refers the beginning of left lumbar abdominal pain three months before entering the hospital, accompanied with a progressive weight increase, a remarked appetite increase, facial flushing, debuting arterial hypertension and, later, hirsuteness. For that reason she assisted to her physician and he indicated an abdominal ultrasound, finding an ultrasonographic image compatible with left suprarenal tumor. The surgeon indicated an abdominal computed tomography confirming the tumor, tributary of surgery treatment because of its size. The surgery began as a laparoscopy, but they found a 12 cm suprarenal tumor mass, adhered to near organs, and it became an open surgery, and the splenectomy was also necessary. The postsurgery period lasted 72 hours with a few favorable evolution, associated general syndrome, hypopotasemy, pain in the place of surgical intervention. We made a new videolaparoscopic surgery without finding local complications. We decided to transfer the patient to the Intermediate Care Unit, valuing the possibility of her clinical status being secondary to a remarked deprivation of endogenous glucocorticoids for hyper functioning tumor of the cortex. From the moment she entered we began a substitutive treatment with Hydrocortisone 300 mg/day, achieving an evident clinical improvement in 72 hours. After 6 days in the Intermediate Care Unit, she was transferred to the Surgery Unit and discharged from the hospital.

MeSH:

ADENOMATOID TUMOR/diagnosis
ADENOMATOID TUMOR/surgery
VIDEO-ASSISTED SURGERY/methods
TOMOGRAPHY, EMISSION-COMPUTED
SPLENECTOMY/methods
HUMAN
ADULT

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Valle Suárez JA, Hernández Piard M, Rodríguez Martínez ZR, González Rodríguez D, Hernández Fernández DM. Incidentaloma Adrenal. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2008; 30(1). Disponible en URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol1%202008/tema17.htm> [consulta: fecha de acceso]