Autores: Juan Ignacio PERALTA, Andres Esteban SAEZ, Andres Julian VANRELL, Enrico CASCO.

Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú.

CABA. Argentina.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

e-mail: juaniperalta@gmail.com

Presentación clínica:

Paciente femenino de 51 años, asmática en tratamiento discontinuo con corticoides; hipertensión arterial y diabetes mellitus en tratamiento con antihipertensivos e hipoglucemiantes orales. Estrías violáceas en abdomen, hematomas en brazos, fatiga, vómitos y debilidad muscular.

Hallazgos imagenológicos:

Se realizó tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso, donde se evidencia en topografía de la glándula suprarrenal izquierda formacion con densidad de partes blandas y fenomenos de necrobiosis central, que mide aproximadamente 78,7 mm en su diametro maximo con marcado realce post-contraste en zona periferica. Dicha formacion no presenta claro plano de clivaje graso con respecto al polo superior del riñon homolateral.

Se realiza suprarrenalectomía por vía laparoscópica, con reporte por el servicio de anatomopatológica de: Carcinoma adrenocortical variante oncocítica.

Discusión:

El carcinoma primario de la glándula suprarrenal es una lesión infrecuente, con una incidencia estimada de 0,6 a 2 casos por millón de habitantes. Representan un 5% de los incidentalomas y ya presentan metástasis a distancia al momento del diagnóstico en un 20 a 50% de los casos. Su distribución etaria es bimodal, con picos de incidencia en la primera y quinta décadas de la vida.

Puede manifestarse como una masa hiperfuncionante en aproximadamente un 55% de los casos, causando con mayor frecuencia síndrome de Cushing, virilización y en un menor numero de pacientes un hiperaldosteronismo.

Por lo general el tamaño de la lesión al momento del diagnostico es mayor a 6 cm, alcanzando diámetros incluso de hasta 20 cm. Los síntomas más habituales incluyen baja de peso, vómitos, nauseas, distensión abdominal severa y mialgias. La cirugía radical constituye el único tratamiento efectivo tanto para la enfermedad local como a distancia, con un pronóstico habitualmente ominoso y sobrevida promedio de 18 meses. En TC sin contraste por lo general se observa una masa heterogénea, especialmente en caso de lesiones de mayor tamaño por la presencia de necrosis. Entre un 19 a 40% de los casos se identifican calcificaciones. Luego de la administración de contraste su refuerzo es heterogéneo con un fuerte realce en la periferia y débil centralmente. Los sitios más habituales de metástasis son hígado, pulmón, además de la invasión de las estructuras vasculares adyacentes, especialmente de la vena cava inferior, hallazgo que constituye una consideración fundamental al momento de planificar el abordaje quirúrgico. Puede también presentar invasión directa de otras estructuras vecinas, como riñón, páncreas, bazo y diafragma. En RM estas lesiones presentan intensidad de señal variable tanto en secuencias ponderadas en T1 como T2, dependiendo de la presencia de componentes necróticos y hemorrágicos. Las áreas de necrosis suelen aparecer hipointensas en T1 e hiperintensas en T2, y las áreas de hemorragia si es en fase subaguda, vale decir aproximadamente una a siete semanas, se observara hiperintensidad de la lesión tanto en secuencia T1 y T2. En fase crónica (a partir de las 7 semanas en adelante) producto del deposito de hemosiderina y la presencia de una capsula fibrosa, las imágenes demuestran un anillo hipointenso tanto en secuencias T1 como T2.

Conclusión:

El carcinoma suprarrenal oncocíticofuncionante es una patología extremadamente rara con una sintomatología inespecífica. Los estudios por imágenes constituyen una consideración fundamental al momento de planificar el abordaje quirúrgico. La cirugía radical es el tratamiento de elección.

Bibliografía:

1. Elsayes K, Mukundan G, Narra V, Lewis J Jr, Shirkhoda A, Farooki A, et al. Adrenal Masses : MR Imaging Features with Pathologic Correlation. Radiographics 2004; 24: S73-S86.

2. Glazer HS, Weyman PJ, Sagel SS, Levitt RG, McClennan BL. Nonfunctioning adrenal masses: incidental discovery on computed tomography. AJR Am J Roentgenol 1982; 139: 81-85.

3. Dunnick NR, Korobkin M, Francis I. Adrenal radiology:distinguishing benign from malignant masses. AJR Am J Roentgenol 1996; 167: 861-867.

4. Mayo-Smith WW, Boland GW, Noto RB, Lee M. From the RSNA refresher courses. State of the art Adrenal Imaging. Radiographics 2001; 21: 995-1.012.

5. Krebs TL, Wagner BJ. MR Imaging of the Adrenal Gland: Radiologic-Pathologic Correlation. Radiographics 1998; 18: 1.425-1.440