



# Adenocarcinoma Suprarrenal. A propósito de un caso

Autores: Pechieu, Alejandro; Barcia, Gaspar; Ortiz, Diego; Sanz, Ana

Institución: Servicio de Diagnóstico por Imágenes. Hospital Marcial V. Quiroga  
– San Juan - Argentina

# Introducción

## **Adenocarcinomas de la Corteza Suprarrenal (ACC)**

- Neoplasias Raras
- Más frecuente en Mujeres (3:2)
- 60% Funcionantes (CTC o andrógenos)
- 40% No Funcionantes (Efecto de masa o incidental)
- En la Infancia o entre los 40-50 años
- Pronóstico ominoso

# Objetivo

- Reportar un caso de ACC registrado en el Hospital Marcial V. Quiroga de la Provincia de San Juan

# Materiales y Métodos

- Reporte descriptivo de un caso de ACC en un paciente que ingresa por guardia al servicio de Cirugía General del Hospital Marcial V. Quiroga de la provincia de San Juan
- Ecografía: Toshiba Eccocee, Transductor Convex PVF-575mt (5mHz)
- TAC: SIEMENS Somatom Spirit Dual-Slice

# Reporte de Caso

- A.J.
- 35 años
- Sexo Masculino
- MC: Dolor Abdominal
- AEA: Paciente de 35 años de edad que consulta por dolor epigástrico y en región lumbar izquierda, súbito, que no cedía con analgésicos, no asociado a vómitos u otra sintomatología.

# Reporte de Caso

- APP:
  - Vitiligo de 2 años de evolución
- Examen Físico
  - SV: TA 140/80 FC 110 ppm.
  - Dolor abdominal generalizado
    - A la palpación superficial y profunda
    - A la compresión y a la descompresión
- Laboratorio
  - Hb 12.7 Hto 36.5%
  - GB 19000 (65% Neutrófilos)

# Ecografía

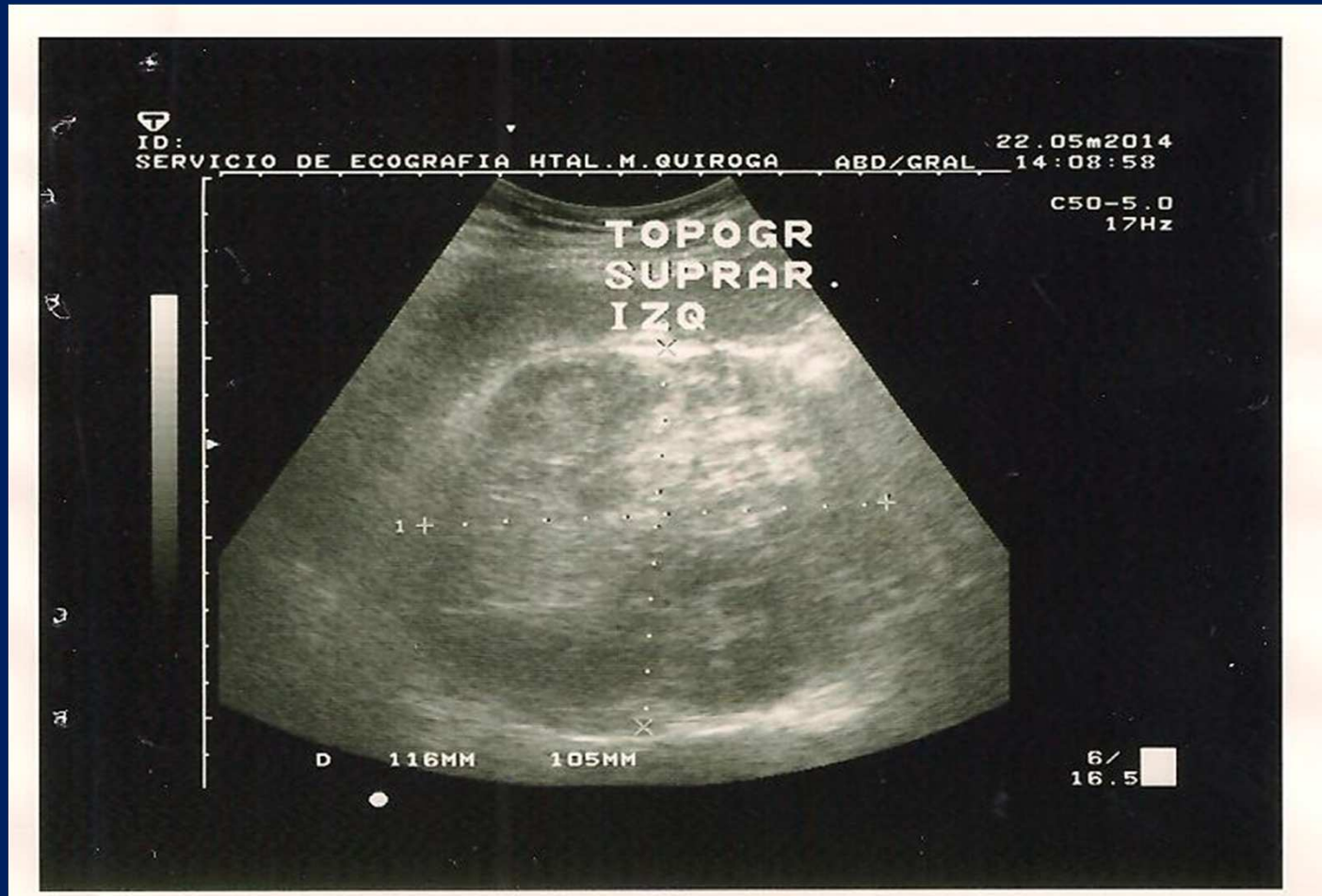
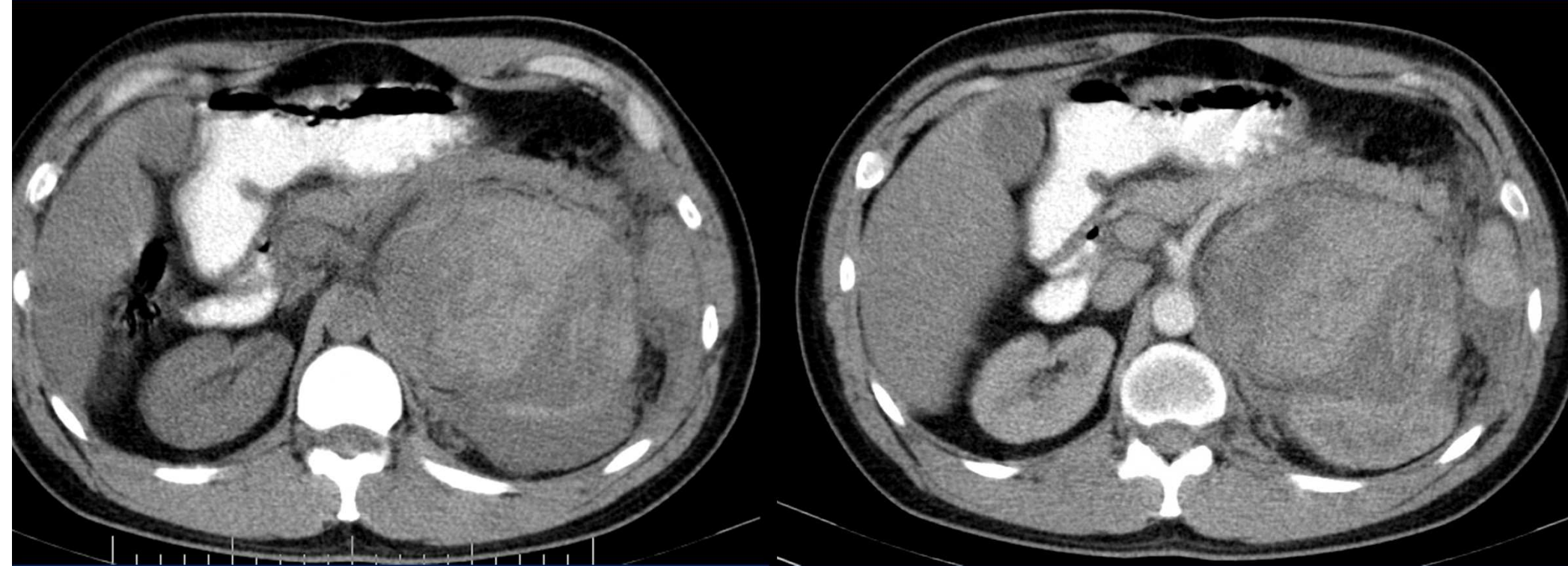


Fig. 1. US que muestra masa heterogénea de contornos bien definidos de 12x11cm., que corresponde con lesión suprarenal izquierda con probable complicación hemorrágica

# TAC



Figs. 2 y 3. TAC Abdomen S/ y C/C EV. Masa suprarrenal de aspecto heterogéneo, que desvía riñón izquierdo, cola de páncreas y bazo. Realce periférico en fase arterial.



# TAC

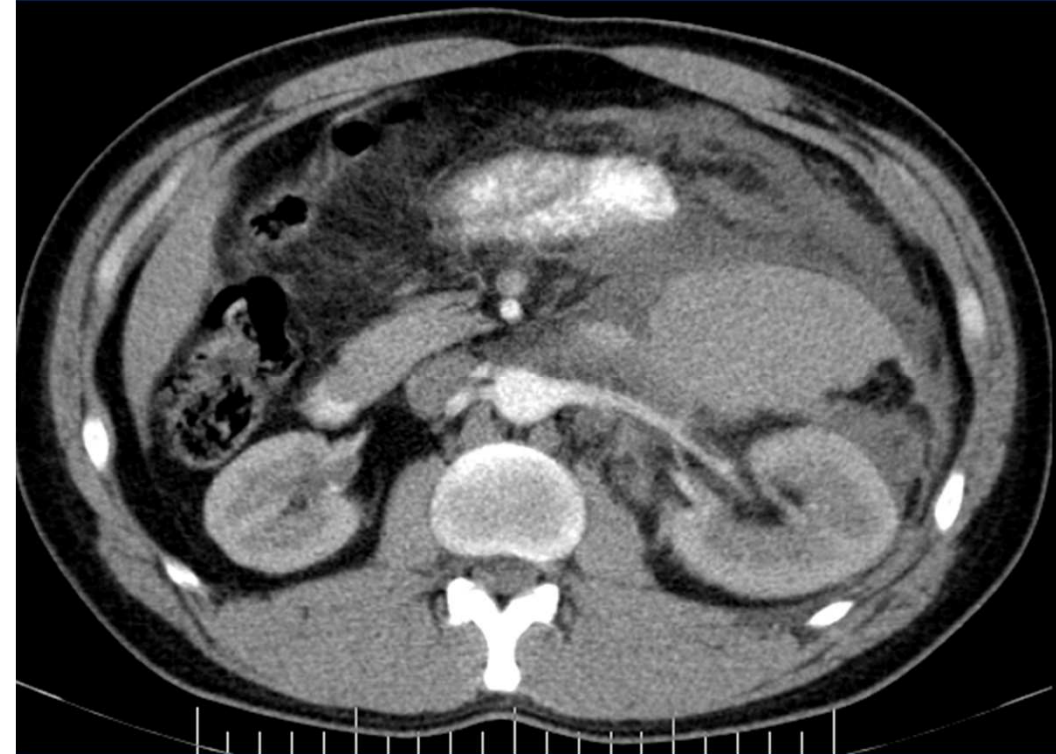


Fig. 4. Fase Arterial, Pedículo Renal sin invasión por contigüidad. Nótese la acumulación de sangre que compromete celda renal, retroperitoneo y cavidad peritoneal.

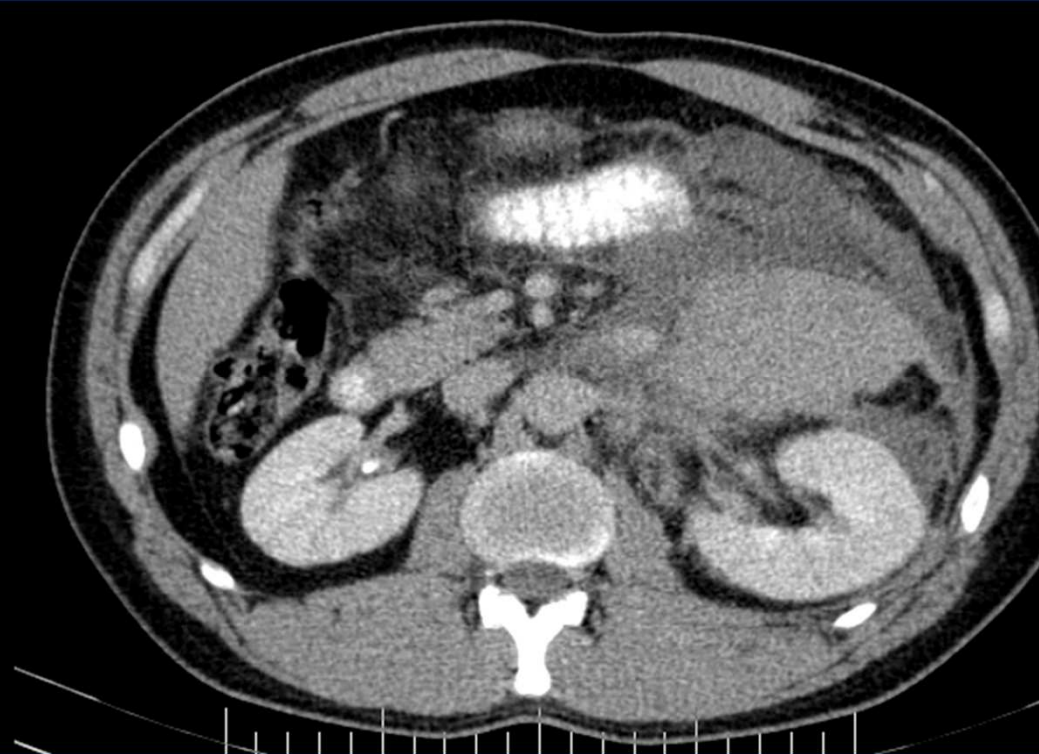


Fig. 5. Fase de Equilibrio, compromiso de celda renal y ligamento parieto-cólico.

# TAC



Fig. 6. Sangre en fondo de saco, comprometiendo tanto retroperitoneo como cavidad peritoneal.



Fig. 7. Lesión Hipodensa en región anterior de segmento II de lóbulo izquierdo hepático, con realce parcial con contraste EV.

# Diagnóstico

- Tumor Retroperitoneal Complicado

## Diagnósticos Presuntivos

- Tumor Suprarrenal Izquierdo
  - ACC?
  - Feocromocitoma?
  - Mielolipoma?

# Tratamiento

- Conducta Quirúrgica
  - Laparotomía exploradora con suprarrenalectomía izquierda y resección de nódulo hepático en segmento II
  - Envío de muestras a Anatomía Patológica



Fig. 8. Anatomía Patológica. Macroscopía.

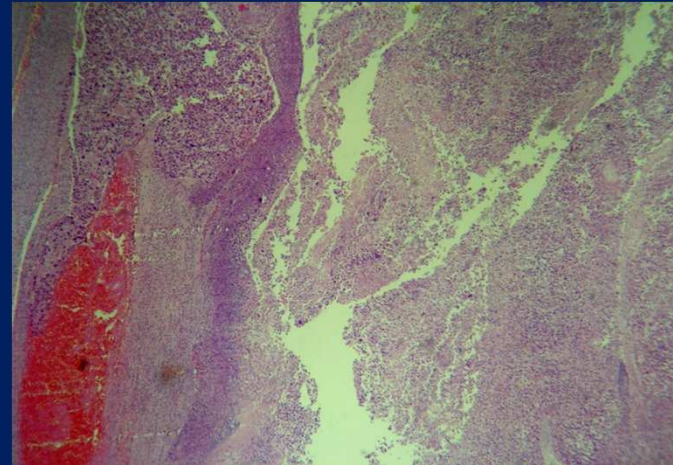


Fig. 9. Anatomía Patológica. Microscopía.

# Anatomía Patológica

- Proliferación de células atípicas
  - Núcleos grandes y bizarros. Alta actividad mitótica
- Extensa necrosis. Invasión linfática y capsular.
- Parénquima de glándula suprarrenal residual.
- Nódulo: parénquima hepático con formación nodular constituida por las mismas células antes descritas.
- Márgenes de resección libres.
- Inmunohistoquímica: Sinaptofisina + / Calretinina +
- **Diagnóstico:**
  - **Carcinoma cortical adrenal + Mts hepática**

# Discusión

- Se reportó el caso de un ACC no funcionante en un varón de 35 años de edad.
- Según la revisión bibliográfica:
  - No sería esperable en sexo masculino
  - Habitualmente entre 40-50 años
  - En hombres frecuentemente son NO Funcionantes.
- Si bien ACC son poco frecuentes y en general de mal pronóstico, un diagnóstico oportuno mejoraría la sobrevida de quienes lo padecen.



# Bibliografía

1. Allolio B, Fassnacht M. Clinical review: Adrenocortical carcinoma: clinical update. *J Clin Endocrinol Metab* 2006; 91:2027.
2. Bourcigaux N, Gaston V, Logié A, et al. High expression of cyclin E and G1 CDK and loss of function of p57KIP2 are involved in proliferation of malignant sporadic adrenocortical tumors. *J Clin Endocrinol Metab* 2000; 85:322.
3. Crucitti F, Bellantone R, Ferrante A, et al. The Italian Registry for Adrenal Cortical Carcinoma: analysis of a multiinstitutional series of 129 patients. The ACC Italian Registry Study Group. *Surgery* 1996; 119:161.
4. Gicquel C, Bertagna X, Gaston V, et al. Molecular markers and long-term recurrences in a large cohort of patients with sporadic adrenocortical tumors. *Cancer Res* 2001; 61:6762.
5. Koschker AK, Fassnacht M, Hahner S, Weismann D, Allolio B 2006 Adrenocortical carcinoma: improving patient care by establishing new structures. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 114:45–51.
6. Ng L, Libertino JM. Adrenocortical carcinoma: diagnosis, evaluation and treatment. *J Urol* 2003; 169:5.
7. Wajchenberg BL, Albergaria Pereira MA, Medonca BB, et al. Adrenocortical carcinoma: clinical and laboratory observations. *Cancer* 2000; 88:711.