

Boletín del
Colegio Mexicano de Urología

Volumen
Volume 17

Número
Number 3

Julio-Septiembre
July-September 2002

Artículo:

Mielolipoma adrenal. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Colegio Mexicano de Urología, A.C.

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com



Mielolipoma adrenal. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Juan Marcos López Ramírez,* Octavio Francisco Hernández Ordóñez*

* Servicio de Uroología.

Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital de Especialidades Centro Médico
Nacional "La Raza" México, D. F.

Dirección para correspondencia:
Dr. Juan Marcos López Ramírez
Calle Fresno 132, Col. Valle de los Pinos,
56420 Los Reyes La Paz, Edo. de Méx. Tel. 58
55 04 47.

E mail: lopezuro@prodigy.net.mx

RESUMEN

El mielolipoma adrenal es una rara tumoración benigna de la corteza adrenal de etiología incierta y compuesta de tejido adiposo maduro y células hematopoyéticas típicas. La mayoría de estas tumoraciones no producen síntomas, son hallazgos incidentales de ultrasonografía (USG), de tomografía axial computarizada (TAC), de necropsias o de transoperarios. Se revisa un caso clínico atendido en el Servicio de Urología del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza".

Palabras clave: Mielolipoma, glándula suprarrenal.

ABSTRACT

Adrenal myelolipoma is a rare benign tumor of the adrenal cortex of uncertain etiology. It is integrated by mature fatty tissue and typical hematopoietic cells. Patients are usually asymptomatic and tumours are mostly incidental discoveries of ultrasonograms (USG), CT scans (TAC), autopsies or surgeries. We report of a case received in our hospital.

Key words: Myelolipoma, adrenal gland.

INTRODUCCIÓN

El mielolipoma adrenal es una rara tumoración benigna clasificada endocrinológicamente dentro de los tumores adrenales no funcionales. Está compuesto histológicamente por islas dispersas de células de grasa, con una base de células hematopoyéticas incluyendo zonas de hemorragia y necrosis.¹ El primer caso fue descrito por Gierke, en 1905;² y Oberling, en 1929, le asigna el nombre de mielolipoma.⁴ En 1957, Dyckman y Freedman reportaron el primer caso sintomático tratado quirúrgicamente. En 1985, De Blois y De May reportaron el primer caso de mielolipoma diagnosticado sobre bases radiológicas.⁵ Se han reportado menos de 200 casos en la literatura, de los cuales 95% han sido descubiertos incidentalmente en necropsias, cirugías o estudios radiológicos.⁵ La mayoría de los tumores

son asintomáticos aunque los de mayor tamaño y/o bilaterales, pueden causar dolor o disfunción endocrina.⁶ Más recientemente, han mejorado las técnicas diagnósticas, lo que ha permitido descubrir las lesiones y establecer diagnósticos preoperatorios correctos en pacientes con estas características clínicas.⁷ Reportamos un caso atendido en nuestro hospital y diagnosticado incidentalmente por estudios de imagen.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 70 años de edad, originario y residente del Distrito Federal y con carga genética para diabetes mellitus. Tabaquismo y etilismo positivos durante su juventud. Fue atendido inicialmente por prostatismo para cuya evaluación se consideró

necesario realizar una urografía excretora, la cual mostró una tumoración retroperitoneal en la zona de proyección topográfica de la glándula suprarrenal izquierda. La exploración física fue prácticamente normal con una próstata adenomatosa de aproximadamente 30 g.

Laboratoriales. Biometría hemática, química sanguínea, electrólitos séricos, examen general de orina y antígeno prostático-específico dentro de límites normales. Ácido vainillilmandélico 2.5 mg/24 h, ACTH 70 pg/mL, cortisol 130 mg/mL, 17-cetosteroideos 62 µg/dL.

La urografía excretora mostró un tumor calcificado en la topografía del polo superior del riñón izquierdo y que desplazaba caudalmente el hemidiafragma ipsilateral; el resto de las vías urinarias fueron normales (*Figura 1*).

En la TAC de abdomen se observó un tumor retroperitoneal en el área topográfica de la glándula suprarrenal izquierda, de contornos bien definidos, lobulado, de densidad heterogénea (+ 45 ± 55 UI), que reforzaba a la aplicación del medio de contraste (+ 356 UI) con múltiples calcificaciones en su interior (*Figura 2*).

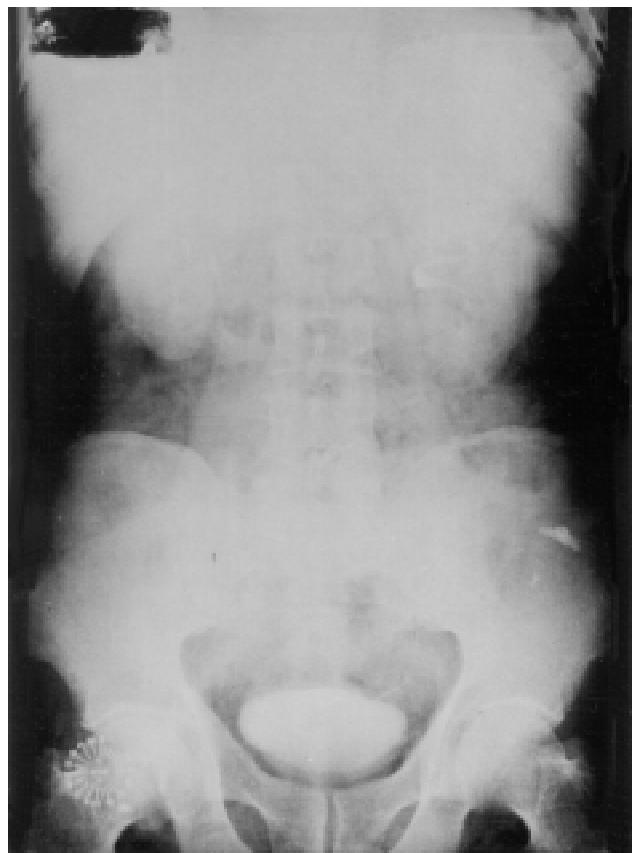


Figura 1. Placa de urografía excretora que presenta imagen radioopaca, redonda, por arriba del polo superior del riñón izquierdo, que desplaza el hemidiafragma, sin repercusión urodinámica.

El paciente fue sometido a cirugía por abordaje toracoabdominal. Los hallazgos transoperatorios fueron un tumor localizado en la glándula suprarrenal izquierda, libre, bien delimitado, de bordes lisos, con lobulaciones en uno de sus polos. Se realizó adrenalectomía izquierda sin complicaciones transoperatorias (*Figura 3*). La evolución postoperatoria del paciente ha sido favorable manteniéndose asintomático hasta la conclusión del presente reporte.

El patólogo reportó a la pieza con un peso de 110 g, dimensiones de 7.5 x 5 cm y al corte con presencia de zonas blandas alternando con zonas calcificadas. El examen histopatológico mostró tejido de glándula suprarrenal normal comprimido por tejido adiposo así como metaplasia de tejido mieloide, con algunas zonas de necrosis y hemorragia (*Figuras 4 y 5*). Se integró un diagnóstico definitivo de mielolipoma suprarrenal.

DISCUSIÓN

El mielolipoma suprarrenal es un tumor benigno raro, no funcional, caracterizado por la mezcla de tejido adiposo y células hematopoyéticas típicas. En 1957 se reportó el primer mielolipoma adrenal sintomático por Dickman y Freedman⁴ y desde entonces se han reportado aproximadamente 70 casos. Para 1992, se habían reportado solamente 200 casos totales, de los cuales 90% habían sido diagnosticados por autopsia para una frecuencia de 0.08 a 0.2% de todas las autopsias.⁸ Al parecer, no hay predominio de género aunque algunos estudios han reportado predominio en el sexo masculino en una proporción de 2:1.⁷ Se presenta con mayor frecuencia entre la 5^a y la 6^a décadas de la vida; sin embargo, se han visto casos desde los 12 y hasta los 93 años de edad.¹ Normalmente es unilateral y sin predominio de lado aunque



Figura 2. Imagen de TAC de abdomen contrastada; muestra tumoración de contornos bien delimitados, heterogénea, mostrando múltiples calcificaciones en su interior, en la topografía suprarrenal.

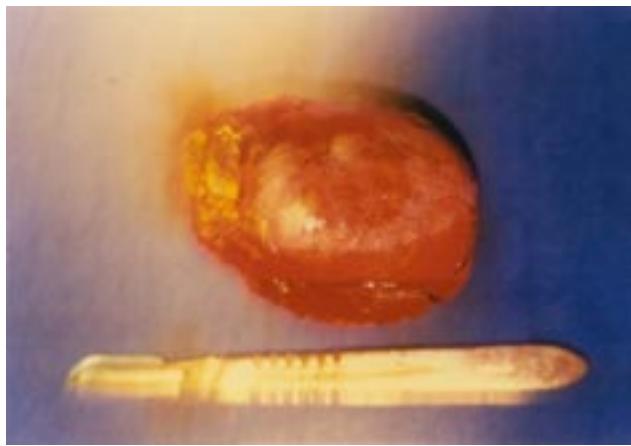


Figura 3. Pieza quirúrgica ovoide con peso de 110 g, con medidas de 7.5 x 6 x 5 cm.

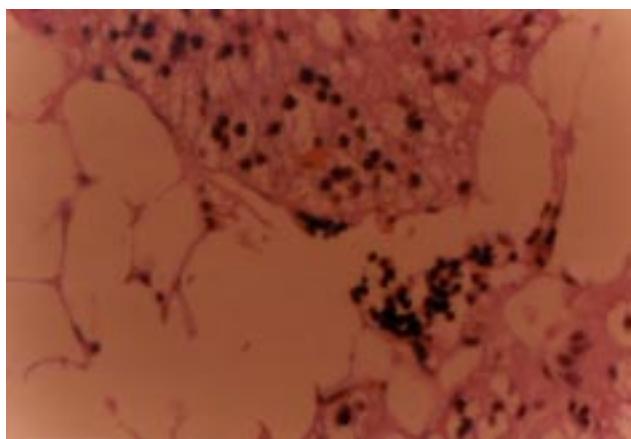


Figura 4. Corte histológico que muestra glándula suprarrenal con tejido adiposo y metaplasia mieloide. Dx mielolipoma suprarrenal.

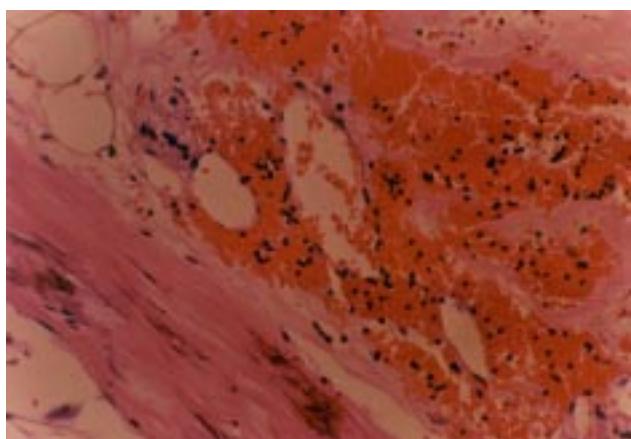


Figura 5. Corte histológico con tejido de glándula suprarrenal, tejido adiposo y vasos hemorrágicos.

ocasionalmente puede ser bilateral. El tamaño del tumor varía de algunos milímetros a más de 30 cm.¹²

La etiología y la patogenia son controversiales y existen varias teorías. Algunos autores sugieren el embolismo de células madre hematopoyéticas e hipertrofia de células mieloideas remplazadas embriológicamente; otros mencionan embolismo de médula ósea. Sin embargo, la teoría más aceptada es que las células indiferenciadas mesenquimales de los capilares sanguíneos son estimuladas dentro de la corteza adrenal y diferenciadas en líneas lipoides y mieloideas, en respuesta a estímulos tales como necrosis, infección o estrés.⁸

Generalmente los pacientes están asintomáticos, pero algunos manifiestan dolor abdominal por la compresión o por necrosis y, en menor frecuencia, pueden presentar dolor intenso por ruptura del mismo y occasionar choque hipovolémico. Sólo 10% de los tumores pueden acompañarse de alguna endocrinopatía.⁷ En la mayoría de los casos se diagnostica de forma incidental mediante estudios de gabinete. En el USG se observa un tumor bien definido cuya apariencia depende de su composición: es hiperecoico cuando predomina la grasa e hipoecoico si el componente es de tejido mieloide.⁶ La tomografía muestra densidades grasas (-100 a -200 UH) con atenuación positiva después de la administración del medio de contraste en las áreas mieloideas. Se pueden encontrar calcificaciones en 24% de los casos. En nuestro caso existía predominio de densidades positivas debido a que gran parte del tejido era mieloide y presentaba calcificaciones en su interior. El diagnóstico diferencial debe realizarse con feocromocitoma, metástasis adrenales, liposarcoma, angiomiolipoma y carcinoma suprarrenal.

El tratamiento depende del tamaño de la tumoración. En general, se considera que todo tumor suprarrenal mayor a 5 cm debe ser extirpado y considerarse maligno hasta que no se demuestre lo contrario.

El tumor que se presentó en nuestro paciente era de grandes dimensiones y no mostraba el patrón tomográfico característico, circunstancias que obligaban a hacer el diagnóstico diferencial con liposarcoma, por lo que se decidió extirpar la tumoración.

BIBLIOGRAFÍA

1. M. Han AL, Burnett et al. The natural history and treatment of adrenal myelolipoma. *Jour Urol* 1997; 157: 1213-1216.
2. Gierke, E. Über Knochenmarksgewebe in der Nebenniere. *Betr. Z. Path Anat* 1905; suppl 7, 37: 311.
3. Oberling C. Les formations myelo-lipomateuses. *Bull. Ass. Fr. Etude. Cancer* 1929; 18: 234.
4. Dyckman J, Freedman D. Myelolipoma of the adrenal with clinical features and surgical excision. *J Mt Sinai Hosp* 1957; 24: 739.

5. James et al. Natural history of an adrenal myelolipoma. *Jour Urol* 1992; 147: 1089-1090.
6. Elsie Cintron et al. Computed tomography, sonographic, and radiographic findings in adrenal myelolipoma. *Urol* XXIII 1984; (6): 608-610.
7. David M, Alabala MD et al. Hemorrhagic myelolipoma of adrenal gland after blunt trauma. *Urol* XXXVIII 1991; (6): 559-562.
8. Rodney Sanders et al. Clinical spectrum of adrenal myelolipoma: Analysis of 8 tumors in 7 patients. *J Urol* 1995; 153: 1791-1793.
9. Jay T, Bishoff et al. Bilateral symptomatic adrenal myelolipoma. *J Urol* 1997; 158: 1517-1518.
10. Keney et al. Myelolipoma: CT and pathology features. *Radiology* 1998; 208: 87-95.