

Adrenalectomía derecha videoasistida por metástasis de adenocarcinoma sigmoide

Video-assisted right adrenalectomy for sigmoid adenocarcinoma metastasis

Llipsy Teresa Fernández Santiesteban^{1*}

Kymani Pérez García¹

Enrique Cauich¹

¹Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. La Habana, Cuba.

* Autor de correspondencia: Correo electrónico: llipsys@infomed.sld.cu

RESUMEN

Las glándulas suprarrenales son sitios frecuentes de enfermedad y presentan algún tipo de alteración en 9 % de la población. La detección de lesiones suprarrenales ha aumentado significativamente con el uso cada vez más frecuente de la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética. Muchas de ellas son detectadas en forma incidental. Las lesiones más comunes son el adenoma y las metástasis. El adenoma es la enfermedad más frecuente en los pacientes sin antecedente neoplásico. Además, se pueden encontrar feocromocitomas, carcinomas, linfomas, mielolipomas, quistes y pseudoquistes, hemangiomas y hematomas. El objetivo del trabajo es mostrar el resultado del tratamiento quirúrgico de una metástasis en glándula suprarrenal derecha de un adenocarcinoma de sigmoide. La diseminación metastásica de un adenocarcinoma de colon a las glándulas suprarrenales es poco frecuente, muy poco reportado a nivel mundial. Es posible utilizar la vía videoasistida para el tratamiento de lesiones únicas suprarrenales con resultado satisfactorio.

Palabras clave: adrenalectomía laparoscópica; metástasis.

ABSTRACT

The adrenal glands are frequent sites of disease and present some type of alteration in 9 % of the population. Its detection has increased significantly with the increasingly frequent use of CT and MRI, in which many of these lesions are detected incidentally.

The most common lesions are adenoma and metastasis; Adenoma is the most frequent disease in patients without a neoplastic history. In addition, pheochromocytomas, carcinomas, lymphomas, myelolipomas, cysts and pseudocysts, hemangiomas and hematomas can be found. To show the result of the surgical treatment of a metastasis in the right adrenal gland of a sigmoid adenocarcinoma. A review of the literature, indications and techniques in the treatment of metastases in the adrenal gland was performed and the results of a patient diagnosed and operated at Hermanos Ameijeiras Clinical Surgical Hospital in 2016 are presented. Metastatic dissemination of adenocarcinoma of the colon to the adrenal glands is infrequent, rarely reported worldwide. A video-assisted adrenalectomy technique was performed with satisfactory results. There were no complications related to the procedure.

Keywords: adrenalectomy; laparoscopy; metastasis.

INTRODUCCIÓN

La glándula suprarrenal es uno de los sitios donde con más frecuencia se observan lesiones metastásicas. Estas se observan con relativa frecuencia en estudios *postmortem*.⁽¹⁾ El progreso continuo de las técnicas de imagen, en particular la tomografía axial computadorizada (TAC) ha permitido también la detección incidental de lesiones metastásicas adrenales durante el seguimiento de pacientes con enfermedades malignas ya tratadas o al mismo tiempo del diagnóstico del tumor primario.

Los tumores malignos que con más frecuencia metastizan a esta glándula en los países occidentales son: pulmón, riñón, mama, melanoma y los del tracto gastrointestinal.^(2,3) Se ha reportado también metástasis suprarrenal relacionadas con hepatocarcinoma,^(4,5) cáncer de vesícula,⁽⁶⁾ linfoma,⁽⁷⁾ seminoma testicular,⁽⁸⁾ sarcomas⁽⁹⁾ y cáncer de tiroides.⁽¹⁰⁾

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina de 80 años de edad, diabética e hipertensa de 20 años de evolución (enfermedades controladas). Intervenida quirúrgicamente de urgencia en otro centro por

oclusión intestinal por tumor de colon descendente en octubre de 2014 en el que se realizó solo colostomía derivativa.

En diciembre 2014, luego de realizar estudios de extensión y evaluar posibilidades de resección, se realizó una hemicolectomía izquierda en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”.

Biopsia: adenocarcinoma (ADC) moderadamente diferenciado (MD), ulcerado e infiltrante hasta la muscular propia con necrosis y permeación tumoral de vasos, tamaño del tumor 8 x 3 x 2 cm. No se halló tumor en bordes de sección, FG: 3/10). Se clasificó en posoperatorio como PT2, N1, M0.

Durante el seguimiento se detectó en la glándula suprarrenal derecha un tumor de 8 cm por TAC, ultrasonido diagnóstico (USD) y marcador tumoral CEA y CEA 19,9 elevados (marzo 2016).

USD: hígado con aumento de la ecogenicidad sin lesiones focales. Glándula suprarrenal derecha (GSD) aumentada de tamaño 57 x 58 mm. En el resto de exploración se observó el abdomen sin alteraciones. (Fig. 1)



Fig. 1 - Imagen de ultrasonido diagnóstico.

TAC: examen con contraste vía oral y endovenoso (EV) donde se aprecia masa sólida que ocupa GSD con densidad de 45 UH y mide 6 x 7 cm que desplaza riñón hacia abajo. En examen EV en fase precoz y tardía se observa lesión pobremente vascularizada. Calcificación en GSI.

Fue intervenida quirúrgicamente el 1818 de abril de 2016 con la sospecha por antecedentes, clínica e imaginología de metástasis suprarrenal solitaria. Se realizó adrenalectomía derecha videoasistida. La evolución posoperatoria fue favorable con una estadía de 48 horas. (Fig. 2 y 3)



Fig. 2 - Paciente en decúbito lateral (intraoperatorio).



Fig. 3 - Glándula suprarrenal derecha extirpada.

A 23 meses de su intervención, la paciente se encuentra sin recaída de su enfermedad y con buen estado general.

DISCUSIÓN

Caracterizar una lesión adrenal como primaria o metastásica en el preoperatorio puede ser difícil. Las técnicas de imagen y la biopsia por aguja fina suelen ser los estudios de elección. Asimismo, el tamaño de la lesión suele ser predictivo de malignidad, y se reporta que por encima de 5 cm se correlaciona con 35 - 98 % de riesgo de ser maligno.⁽¹¹⁾

La mayoría de los autores coinciden que el diagnóstico para la detección de las lesiones metastásicas en las glándulas suprarrenales debe ser realizado por TAC y por imágenes de resonancia magnética (IRM).⁽¹²⁾

Allard y otros,⁽¹³⁾ reportaron 91 pacientes con cáncer de pulmón, los cuales fueron examinados con TAC buscando estas lesiones. En todos estos pacientes examinados *postmortem* las glándulas suprarrenales tenían lesiones metastásicas al examen histológico. Por lo cual concluyen que la sensibilidad y especificidad para la detección de estas metástasis fue de 41 % y 99 %, respectivamente.⁽¹³⁾

Al estudiar el uso combinado de TAC y de IRM en 443 pacientes con tumor de pulmón de células no pequeñas, 32 tenían lesiones metastásicas suprarrenales. La combinación de la TAC y la IRM reportó una sensibilidad y especificidad de 80 % y 100 %, respectivamente. Plantearon también que la tomografía por emisión de positrones (PET) promete ser una modalidad diagnóstica muy útil para la caracterización de estas lesiones.⁽¹⁴⁾ En particular, la PET puede identificar lesiones no detectadas por TAC o IRM o puede diferenciar entre lesiones benignas y malignas.^(15,16)

En cuanto a la biopsia por aspiración en tumores no funcionantes para diferenciar entre lesiones benignas y malignas, se corre el riesgo de romper la cápsula y provocar la diseminación tumoral, por lo cual algunos autores no lo recomiendan.^(13,14,15,16)

Sin embargo, la combinación de TAC y biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) provee el diagnóstico definitivo en estos casos.⁽¹⁷⁾ Su realización debe evaluarse en cada caso en particular teniendo en cuenta lo planteado anteriormente.

La mayoría de los pacientes que se presentan con metástasis suprarrenal presentan múltiples lesiones sincrónicas y los pronósticos de reportes de sobrevida no pasan de 5 años. Existen varias opciones de tratamiento, entre ellos: la quimioterapia, radioterapia e inmunoterapia, lo cual tiene un impacto positivo en la sobrevida de estos pacientes.⁽¹⁸⁾

La metástasis única es rara y representa un dilema terapéutico. El descubrimiento de lesiones metastásicas en la suprarrenal es considerado por muchos como sinónimo de carcinomatosis sistémica y muchos clínicos no consideran a estos pacientes candidatos de resección adrenal.^(14,19) La evidencia demuestra, sin embargo, que la resección de la metástasis única puede ser curativa.^(20,21,22)

En una investigación realizada en la Clínica Mayo en un período de 10 años en 52 pacientes se les realizó adrenalectomía por metástasis. La resección convencional tuvo un bajo índice de complicaciones y mortalidad y una supervivencia de 73 % al año y de 40 % a los 2 años.⁽²⁰⁾

Los peores resultados se reportan en pacientes portadores de metástasis de primario desconocido, sarcomas, carcinoma hepatocelular y esófago.⁽²³⁾

Según algunos autores, el tamaño de las metástasis no afecta la supervivencia y pacientes con lesiones de 7 cm o más obtienen el mismo resultado de pacientes con lesiones menores.^(23,24)

En un estudio retrospectivo en el *Memorial Sloan Kettering Cancer Center*⁽²³⁾ con 37 pacientes a los cuales se les realizó adrenalectomía por lesión única la sobrevida a los 5 años fue de 24 %. En este estudio, el único factor predictivo para mejorar sobrevida fue la completa resección y un intervalo libre de enfermedad mayor de 6 meses. Sin embargo, el reporte en otras investigaciones de la sobrevida en pacientes sin resección quirúrgica fue solo de 8,5 meses.⁽²⁵⁾

Por tanto, creemos, según la literatura revisada, que la resección de las lesiones metastásicas solitarias de la glándula suprarrenal es beneficiosa en los pacientes seleccionados. Todos los autores coinciden en que se debe tener en cuenta las enfermedades asociadas, el estado de salud del paciente, así como la agresividad y completa resecabilidad del tumor metastásico.^(26,27,28,29)

La adrenalectomía videolaparoscópica es un tratamiento seguro y efectivo para el tratamiento de lesiones benignas funcionantes y no funcionantes de la glándula suprarrenal.⁽²⁶⁾ La controversia surge cuando se trata de carcinomas adrenales.^(30,31) Sin embargo, en pacientes con metástasis solitarias adrenales existen factores que favorecen el uso de la videolaparoscopia: excelente visualización, control vascular, y posibilidad de valorar resecabilidad o no de la lesión. Otro factor a tener en cuenta es que rara vez estas lesiones invaden la capsula de la glándula, por lo cual se puede realizar sin dificultad por esta vía. Además, el inicio por vía laparoscópica no excluye la posibilidad de conversión para realizar resecciones extensas en caso de ser necesario.

Las contraindicaciones para realizar este proceder por videolaparoscopia estarían dadas por: la infiltración local de estructuras, ya que complejizan la resección por esta vía y la identificación de carcinosis. Otras posibles contraindicaciones (relativas) serían las intervenciones quirúrgicas previas en el área con sospechas de firmes adherencias y tumores mayores de 10 cm, los cuales requerirían amplia experiencia en resecciones videolaparoscópicas.⁽³⁰⁾

La revisión realizada muestra pocos reportes de resecciones videolaparoscópicas de tumores metastásicos suprarrenales. La mayoría son reportes de casos con seguimientos cortos. Siete autores reportaron 46 casos de pacientes con tumores sincrónicos y metacrónicos intervenidos por cirugía videoasistida.^(10,18,22,30)

En un estudio retrospectivo con 23 pacientes, los cuales fueron intervenidos por videolaparoscopia (13 pacientes con lesiones metastásicas y 10 con carcinoma corticosuprarrenal), no hubo recurrencias en puertos de entrada ni locorregionales.⁽³¹⁾

Con todo lo anterior, creemos que es posible realizar la resección videolaparoscópica de estas lesiones solitarias al reproducir la resección oncológica requerida sin dificultad, en casos seleccionados. Los pacientes que se benefician de la adrenalectomía videoasistida son los que cumplan los siguientes criterios: enfermedad metastásica solitaria de la glándula adrenal, enfermedad primaria controlada o potencialmente controlable con tratamiento médico o quirúrgico y ausencia de metástasis en otra área o de existir que sea resecable con supervivencia satisfactoria conocida.

CONCLUSIONES

Con esta técnica se disminuye la estadía hospitalaria, el dolor posoperatorio y mejora la calidad de vida de estos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lam KY. The pathology of adrenal tumors. *Cancer J.* 1994;181–18.
2. Muth A, Persson F, Jansson S, Johanson V, Ahlman H, Wängberg B. Prognostic factors for survival after surgery for adrenal metastasis. *EJSO.* 2010;36:699-704.
3. Abrams HL, Spiro R, Goldstein N () Metastases in carcinoma: analysis of 1000 autopsied cases. *Cancer.* 1950;3:74–85.
4. Otabe S, Muto S, Asano Y. Hyperreninemic hypoadosteronism due to hepatocellular carcinoma metastatic to the adrenal gland. *Clin Nephrol.* 1991;35:66–71.
5. Okuda K, Arakawa M, Kubo Y. Right-sided pedunculated hepatocellular carcinoma: A form of adrenal metastasis. *Hepatology.* 1998;27:81–5.
6. Kennedy RL, Ball RY, Dixon AK, Ap Simon AT. Metastatic transitional cell carcinoma of the bladder causing Addison's disease. *J Urol.* 1987;137:986–8.

7. Feinmann C, Gillett R, Irving MH. Hodgkin's disease presenting with hypoadrenalism. *BMJ*. 1976;2:455–6.
8. Carey RW, Harris N, Kliman B. Addison's disease secondary to lymphomatous infiltration of the adrenal glands. *Cancer*. 1987;59:1087–90.
9. Potepan P, Danesini GM, Spagnoli I. Adrenal gland metastasis in osteogenic osteosarcoma. A radiological case report. *Tumori*. 1992;78:417–20.
10. Yunta PJ, Ponce JL, Prieto M () Solitary adrenal gland metastasis of a follicular thyroid carcinoma presenting with hyperthyroidism. *Ann Endocrinol (Paris)*. 2001;62:226–9.
11. Pradenas S, Cristián Gallardo A, Oliva K () Metástasis única de glándula suprarrenal por cáncer de recto. *Revista Chilena de Cirugía*. 2016;68:409-10.
12. Moreno P, de la Quintana Basarrate A, Musholt TJ. Adrenalectomy for solid tumor metastases: Results of a multicenter European study Surgery. 2013;154:1215-22.
13. Allard P, Yanaskas BC, Fletcher RH () Sensitivity and specificity of computed tomography for the detection of adrenal metastatic lesions among 91 autopsied lung cancer patients. *Cancer*. 1990;66:457–62.
14. Yun M, Kim W, Alnafisi N () 18F-FDG Pet in characterizing adrenal lesions detected on CT or MRI. *J Nucl Med*. 2001;42:1795–9.
15. Coleman RF. PET in lung cancer staging. *Q J Nucl Med*. 2001;45:231–4.
16. Kebebew E, Siperstein AE, Clark OH. Results of laparoscopic adrenalectomy for suspected and unsuspected malignant adrenal neoplasms. *Arch Surg*. 2002;137:948–53.
17. Linos DA. Management approaches to adrenal incidentalomas (adrenalomas). A view from Athens, Greece. *Endocr Metabol Clin North Am*. 2000;29:141–57.
18. Heniford BT, Arca MJ, Walsh RM () Laparoscopic adrenalectomy for cancer. *Semin Surg Oncol*. 1999;16:293–306.
19. Beitler AL, Urschel JD, Verlagapudi SRC. Surgical management of adrenal metastases from lung cancer. *J Surg Oncol*. 1998;69:54–7.
20. Wade TP, Longo WE, Virgo KS. A comparison of adrenalectomy to other resections for metastatic cancers. *Am J Surg*. 1998;175:183–6.
21. De Haas Rahy Martin AC, Wicherts DA, Azoulay D, Castaing D, Adam R. Long-term outcome in patients with adrenal metastases following resection of colorectal liver metastases. *Br J Surg*. 2009;96:935-40.

22. Sancho JJ, Triponez F, Montet X, Sitges-Serra A. Surgical management of adrenal metastases. *Langenbecks Arch Surg.* 2012;397:179-94.
23. Paul CA, Virgo KS, Wade TP. Adrenalectomy for isolated adrenal metastases from non-adrenal cancer. *Int J Oncol.* 2000;17:181-7.
24. Porte H, Siat J, Guibert B. Resection of adrenal metastases from non-small cell lung cancer: a multicenter study. *Ann Thorac Surg.* 2001;71:981-5.
25. Higashiyama H, Doi O, Kodama K. Surgical treatment of adrenal metastasis following pulmonary resection for lung cancer: comparison of adrenalectomy with palliative therapy. *Int J Surg.* 1994;79:124-945.
26. Bittner JG, Gershuni VM, Matthews BD. Risk factors affecting operative approach, conversion, and morbidity for adrenalectomy: a single-institution series of 402 patients. *Surg Endosc.* 2013;27:2342-50.
27. Ng SS, Lee JF, Yiu RY, Li JC, Leung KL. Synchronous laparoscopic resection of colorectal and renal/adrenal neoplasms. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2010;17:283-6.
28. López-Cano M, Mañas MJ, Hermosilla E, Espín E. Multivisceral resection for colon cancer: analysis of prognostic factors. *Dig Surg.* 2010;27:238-45.
29. Bradley CT, Strong VE. Surgical management of adrenal metastases. *J Surg Oncol.* 2014;109:31-5.
30. Chen B, Zhou M, Cappelli MC. Port site, retroperitoneal and intra-abdominal recurrence after laparoscopic adrenalectomy for apparently isolated metastasis. *J Urol.* 2002;168:2528-9.
31. Kebebew E, Siperstein AE, Clark OH. Results of laparoscopic adrenalectomy for suspected and unsuspected malignant adrenal neoplasms. *Arch Surg.* 2002;137:948-53.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran tener conflictos de intereses.