

Revista de la Facultad de Medicina

Volumen
Volume **45**

Número
Number **5**




Septiembre-Octubre
September-October **2002**

Artículo:




**Carcinoma de glándula suprarrenal:
informe de un caso y revisión de la
literatura**

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Facultad de Medicina, UNAM

**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

Caso clínico-patológico

Carcinoma de glándula suprarrenal: Informe de un caso y revisión de la literatura

Roberto Fonseca-Ramírez¹¹ Servicio de Urología. Hospital General de México, SSA**Resumen**

Se presenta el caso de paciente femenino de 46 años de edad, que acude al Servicio de Urgencias por presentar dolor en flanco abdominal derecho de seis meses de evolución asociado a fiebre y ataque al estado general. Se solicitan estudios preoperatorios, US renal, TAC abdominal y es sometida a adrenalectomía derecha, con un reporte histopatológico final de adenocarcinoma de glándula suprarrenal derecha. El carcinoma de la glándula suprarrenal se presenta en el 7% de los pacientes con lesiones suprarrenales.

Palabras clave: *Suprarrenal, cáncer, adrenal.*

Summary

The case of a female patient, 46 years old, that arrives presenting pain on the right of the abdomen, of 6 months of duration associated to fever, and general weakness is presented. The patient is admitted to the Department of Urology, and after laboratory tests, renal ultrasonography, and abdominal tomographic is taken to the operating room performing total resection of the right adrenal gland, with a final histopathological report of right adrenal gland carcinoma.

Adrenal carcinoma may be found in as many as 7% of patients with adrenal lesions.

Key words: *Adrenal gland, cancer.*

Introducción

Las lesiones malignas de la glándula suprarrenal se presentan en el 0.05 al 0.2% de todos los cánceres, con una prevalencia de dos casos nuevos anuales por millón de habitantes.¹⁻³

El carcinoma suprarrenal se puede presentar en todas las edades desde la infancia hasta la octava década de la vida. Se ha reportado una distribución bimodal en relación con la edad, presentándose el primer pico de incidencia antes de los 5 años y el segundo entre la cuarta y quinta década de la vida. De todos los casos que se reportan en la literatura, existe un pre-

dominio femenino del 65 al 90%. Dentro de aquellas lesiones detectadas por medios radiológicos, independientemente de las dimensiones, una de cada 1,500 lesiones será un carcinoma suprarrenal y del mismo modo, el carcinoma se presentará en el 7.0% de los pacientes con lesiones suprarrenales.²

Más de la mitad de los pacientes con carcinoma suprarrenal no presentan alteraciones en los parámetros hormonales y de igual forma, una parte de los que son diagnosticados de manera incidental pueden verse asociados al síndrome de Cushing "subclínico".^{4,5}

El síndrome de Cushing clínicamente demostrable se presenta en el 30 a 40% de los casos de pacientes con carcinoma suprarrenal.² En el resto de los casos se presenta dolor abdominal, sensación de plenitud o hallazgo incidental de una masa abdominal o suprarrenal. En cuanto a los estudios de gabinete, la ultrasonografía puede ser utilizada como primera opción, sin embargo tiene la limitación de no dar una precisa definición anatómica, por lo que la tomografía axial y la resonancia magnética nuclear son estudios de diagnóstico más específicos para esta patología en particular.^{6,7} El tratamiento de todos los tumores suprarrenales primarios es el quirúrgico.² Si no puede ser llevada a cabo una resección completa deberá removerse la mayor parte posible. Se recomienda terapia adyuvante con DDD mitotano y este mismo como única terapia en casos de cáncer inoperable. El pronóstico del carcinoma suprarrenal es sombrío, con una media de supervivencia de 18 meses.

Informe del caso

Se trata de paciente femenino de 46 años de edad dedicada al hogar, con carga genética para diabetes mellitus por rama materna, con hábitos higiénicos y dietéticos regulares en calidad, que tiene como antecedentes patológicos de importancia padecer diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada hace tres años y tratamiento a base de glibenclámda/metformina con cuatro internamientos previos debido a descontrol metabólico. Hipertensión arterial sistémica de 7 años de evolución bajo tratamiento a base de metoprolol 100 mg cada 24 h y enalapril 10 mg cada 24 h. Cuenta con el antecedente quirúrgico de histe-

rectomía total abdominal secundario a miomatosis uterina hace 10 años, y hace un año ooforectomía izquierda + hemiooforectomía derecha sin indicación especificada y suspensión del útero en mismo evento. Como antecedentes obstétricos cuenta con: 8 gestas, 5 partos y 3 abortos.

Inicia su padecimiento actual seis meses antes de su internamiento con dolor en flanco abdominal izquierdo de tipo punzante con irradiación a región lumbar de moderada intensidad, el cual se incrementaba con los cambios de posición y disminuía con el reposo, sin predominio de horario acompañado de náusea y vómito de contenido gástrico; sintomatología irritativa urinaria baja como tenesmo vesical y ardor miccional así como cefalalgia frontotemporal, pulsátil de moderada intensidad que mejoraba a la ingestión de antiinflamatorios no esteroideos. Así mismo, presenta cuadros de diaforesis, nerviosismo, temblor distal y palpitaciones en múltiples ocasiones no relacionados con variaciones en cifras de glucemia o tensionales. Dos meses antes de su ingreso, se agrega fiebre no cuantificada precedida de escalofríos sin predominio de horario, y en los últimos 20 días polidipsia y poliuria con glicemia capilar de 400 mg/dL por lo que es internada en hospital de su comunidad donde se inicia control metabólico. Le es practicada ultrasonografía abdominal la cual reporta imagen sugestiva de tumoración suprarrenal derecha de 6.8 x 5.9 cm, ligeramente heterogénea a expensas de pequeñas áreas hipocóicas y riñón izquierdo de 10 x 6.4 x 6.1 cm en sus ejes mayores y dilatación de los sistemas colectores (figura 1). Es trasladada a nuestra unidad donde le es indicada tomografía axial computada del abdomen la cual demuestra imagen sugerente de tumoración suprarrenal derecha de 7.9 x 7.7 x 6.6 cm en sus ejes mayores compatible con probable adenoma vs carcinoma suprarrenal y de igual forma litiasis ureteropieléica izquierda (figura 2).



Figura 1. Ultrasonido del riñón derecho con tumor de 5.9 x 6.8 cm.

A su ingreso, paciente consciente, orientada, sin facies característica y en buen estado de hidratación. Signos vitales: tensión arterial de 130/80 mmHg, frecuencia cardíaca de 85/min, frecuencia respiratoria de 20/min, temperatura de 36° C. Sin compromiso cardiopulmonar. A la exploración abdominal: abdomen globoso a expensas de pániculo adiposo, con hiperbaralgia en flanco izquierdo, dolor a la palpación profunda en hipocondrio izquierdo, con punto ureteral y costo vertebral izquierdo positivo, Giordano izquierdo positivo. No se hallaron visceromegalias ni tumoraciones. Genitales de acuerdo a edad y sexo, realizándose tacto vaginal donde se detecta la ausencia del cérvix, sin más alteraciones. Tacto rectal con esfínter anal normotónico y ámpula rectal vacía.

Estudios de laboratorio: biometría hemática: Hb 15.3 g/dL, Hto 45%, leucocitos 8,900, plaquetas 215,000. Glucemia de 237, urea 40, creatinina sérica 1.1 mg/dL, tp 100%, tpt 23 seg. Calcio sérico 8.6 mg/dL, fósforo sérico 2.8 mg/dL, filtrado glomerular 114 mL/min y 95.3% de función renal. Na 141 mmol/L, K 3.68 mmol/L. Urocultivo: desarrollo de 80,000 UFC/mL de *Escherichia coli*.

Se indica la dosificación de cortisol libre en orina que resulta ser de 50 mg para 24 h y de igual forma se obtiene ACTH plasmática tomando muestra a las 9.00 a.m. con valor de 75 pg/mL.

Debido a los hallazgos anteriormente descritos se decide la colocación de catéter doble J en uréter izquierdo y se programa a la paciente para exploración quirúrgica de glándula suprarrenal derecha, encontrándose tumor suprarrenal de 15 x 15 cm, friable, de color marrón (figura 3) con múltiples ganglios paratumorales cuyo estudio transoperatorio revela "tumor maligno no clasificado" y estudio histopatológico definitivo: adenocarcinoma de glándula suprarrenal.

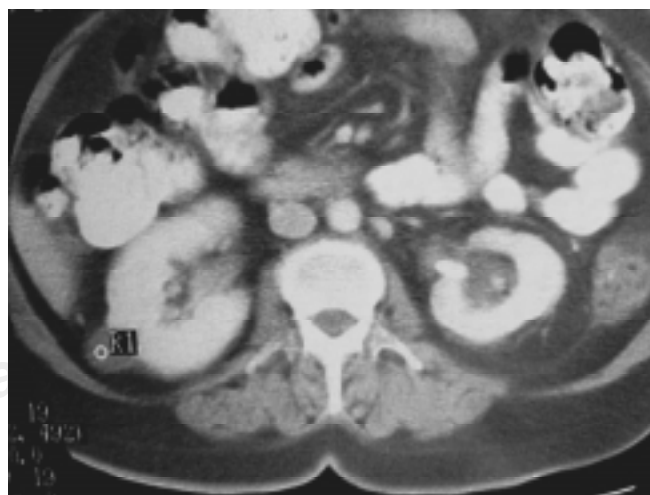


Figura 2. TAC abdominal con tumoración suprarrenal derecha y litiasis piélica izquierda.



Figura 3. Pieza quirúrgica.

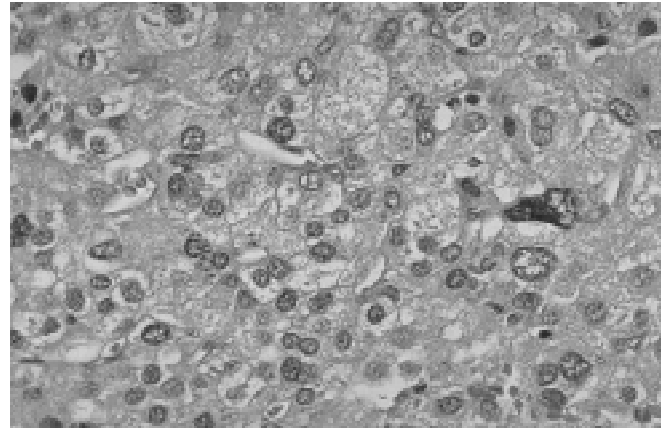


Figura 4. Estudio histopatológico. Células neoplásicas con pleomorfismo e hiper cromatismo nuclear.

Discusión

Las tumoraciones suprarrenales son descubiertas más frecuentemente por medio de estudios como la tomografía axial computada y la ultrasonografía abdominales, con una incidencia de detección del 0.6 al 1.3 por ciento respectivamente. La mayoría de las masas suprarrenales asintomáticas tienen comportamiento benigno. Los dos factores más importantes en el diagnóstico y manejo de éstas son el tamaño y el funcionamiento. El tamaño de una masa suprarrenal es importante: las lesiones mayores a 6 cm de diámetro tienen mayor probabilidad de ser malignas.⁸ Aun con la medida de 6 cm, se ha estimado que deben de ser realizadas más de 60 adrenalectomías para identificar un caso de carcinoma suprarrenal.

Se ha comentado la necesidad de referir a centros especializados a los pacientes con una masa suprarrenal de más de 3 cm si presentan cambios en el tamaño de la lesión posterior a la realización de estudios radiológicos seriados. La indicación de extirpación quirúrgica es obligatoria para todos los pacientes con masas mayores a 6 cm debido a la posibilidad de malignidad. Aquéllos con masas entre 3 y 6 cm en su diámetro mayor deberán ser sometidos a resonancia magnética nuclear y estudios endocrinológicos adicionales; se recomienda su referencia de igual forma.

Por último, todos aquellos pacientes con historia de malignidad en los que se detecta una masa suprarrenal, deberán ser sometidos a biopsia con aguja guiada por tomografía, debido a que la existencia de metástasis es muy común en estas situaciones.⁹

Conclusiones

El presente caso clínico demuestra que el diagnóstico de las tumoraciones malignas de la glándula suprarrenal se realiza en la mayor parte de las veces como un hallazgo en los estudios de gabinete. Tal como se describe en la literatura, en el caso de nuestra paciente fue la presencia de litiasis ureteropélica izquierda. También es justo mencionar la necesidad de que estos casos sean referidos a un centro especializado para su tratamiento definitivo y la importancia del estudio metabólico del paciente.

Referencias

1. Kloos RT, Gross MD, Francis IR et al. Incidentally discovered adrenal masses. *Endocr Rev* 1995; 16: 460.
2. Latronico AC, Chrousos GP. Adrenocortical tumors. *J Clin Endocrinol Metab* 1997; 82: 1317.
3. Ross NS, Aron DC. Hormonal evaluation of the patient with an incidentally discovered adrenal mass. *N Engl J Med* 1990; 323: 1401.
4. Fernandez-real JM, Engel WR, Simo R et al. Study of glucose tolerance in consecutive patients harbouring incidental adrenal tumors: Study group of incidental adrenal adenoma. *Clin Endocrinol* 1998; 49: 53.
5. Reincke M, Nieke J, Krestin GP et al. Preclinical Cushing's syndrome in adrenal "incidentalomas": Comparison with adrenal Cushing's syndrome. *J Clin Endocrinol Metab* 1992; 75: 826.
6. Barzon L, Scaroni C, Sonino N et al. Incidentally discovered adrenal tumors: Endocrine and scintigraphic correlates. *J Clin Endocrinol Metab* 1998; 83: 55.
7. Perry RR, Nieman LK, Cutler GB Jr et al. Primary adrenal causes of Cushing's syndrome: Diagnosis and surgical management. *Ann Surg* 1989; 210: 59.
8. Copeland PM. The incidentally discovered adrenal mass. *Ann Surg* 1984; 199: 116-22.
9. Novick A, Howards S. The adrenals. In: Gillenwater JY et al., (eds). *Adult and pediatric urology*. 3d ed. St Louis: Mosby, 1996: 604.