



Mielolipoma de la glándula suprarrenal sintomático. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Hugo Arturo Manzanilla García,* Miguel Lázaro León,**

Miguel A Reyes Gutiérrez,* Sergio Martín del Campo,* Mónica B Romero Guadarrama***

RESUMEN

El mielolipoma de la glándula suprarrenal es un tumor raro, benigno, endocrinológicamente inactivo, cuya estructura histológica consiste de tejido adiposo maduro con focos de células hematopoyéticas. La mayoría de los casos reportados son pequeños y asintomáticos, descubiertos en forma incidental. Presentamos el caso de un paciente del sexo femenino cuyo diagnóstico fue establecido clínicamente al presentar sintomatología dolorosa y corroborado con estudios de imagen. Se presenta el manejo quirúrgico y la evolución postoperatoria. Se efectúa una revisión de las características clínicas de estos tumores, así como su perfil por imagen y opciones de tratamiento.

Palabras clave. Glándula suprarrenal, neoplasias, mielolipoma.

ABSTRACT

The myelolipoma of the suprarenal gland is a rare, benign and inactive endocrinologically tumor. The histological structure is formed by adipose mature tissue with cores of haematopoietic cells. Most of the reported cases are asymptomatic, small and discovered incidentally. We present the case of a female patient whose diagnostic was established clinically because of pain and then corroborated by imagenology studies. It is presented the surgical management as well as the postoperative evolution. It is made a review of the clinical characteristics of such tumors, its profile by image study and the treatment alternatives.

Key words: Suprarenal gland, neoplasms, myelolipoma.

INTRODUCCIÓN

El mielolipoma de la glándula suprarrenal es un tumor benigno, endocrinológicamente inactivo, cuya estructura histológica consiste de células de tejido adiposo maduras y tejido hematopoyético normal semejante a la médula ósea.^{1,4} Se encuentra rodeado de una capa de corteza adrenal de grosor variable. Fue descrito por primera vez por Gierke;² posteriormente Oberling acuñó el término de mielolipoma.³ La mayoría de estos tumores son hallazgos incidentales microscópicos de autopsia.^{4,5} Este

tumor adquiere importancia clínica cuando, debido a su tamaño, se presentan síntomas. El diagnóstico ha mejorado en los últimos años con el avance de las técnicas de imagen y, por lo tanto, se pueden identificar en fases tempranas de su desarrollo.⁶ Parte de estos tumores denominados "incidentalomas" han sido identificados como mielolipomas sólo después de su exéresis quirúrgica. Las opciones terapéuticas incluyen desde la simple vigilancia hasta la remoción quirúrgica cuando el tumor provoca sintomatología.⁷

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente del sexo femenino de 48 años de edad vista por primera ocasión con un padecimiento de tres meses de evolución, caracterizado por dolor

* Servicio de Urología, Hospital General de México (HGM).

** Unidad de Oncología Médica, HGM.

*** Servicio de Patología, HGM.

en flanco derecho irradiado hacia hipocondrio y fosa lumbar ipsilateral, sordo, constante, de moderada intensidad, con exacerbaciones periódicas, no relacionado con la ingestión de alimentos. A la exploración física se registró: peso corporal de 63 kg, estatura de 1.60 m, tensión arterial de 120/70 mm Hg y frecuencia cardíaca de 65 por minuto. En la exploración de abdomen se encontró una masa palpable en hipocondrio derecho por debajo del borde costal, de aproximadamente 7 cm de diámetro, redonda, lisa, regular, desplazable con los movimientos de inspiración. El ultrasonido reveló una masa sólida hiperecoica de 6.5 x 6.7 cm de diámetro con desplazamiento del riñón derecho en sentido caudal (*Figura 1*). La tomografía axial computarizada de abdomen mostró una masa sólida dependiente de glándula suprarrenal derecha, bien delimitada, de bordes regulares, de 6.7 cm de diámetro, entre el hígado y el riñón derecho (*Figura 2*) con un coeficiente de atenuación de -70 unidades Hounsfield. Después de la aplicación del medio de contraste endovenoso, la masa presentó un incremento de 30 unidades Hounsfield en promedio. Los estudios endocrinológicos de epinefrina, norepinefrina, cortisol y 17-cetosteroides no evidenciaron actividad hormonal del tumor. Con estos criterios se estableció el diagnóstico de mielolipoma. La paciente fue sometida a cirugía; se abordó con una incisión paramedia derecha, extrayendo un tumor de color rojo vinoso, flácido, redondo, capsulado, de 7 cm de diámetro. La evolución postoperatoria de la paciente fue satisfactoria, por lo que fue dada de alta sin complicaciones.



Figura 1. Ultrasonido que muestra masa sólida, hiperecoica de 6.7 cm de diámetro entre el hígado y el riñón derecho.

Los hallazgos histopatológicos mostraron un tumor rodeado de una delgada cápsula de tejido fibroso y tejido adrenocortical atrófico. Al efectuar el corte, se observó una neoplasia bien delimitada de aspecto sólido, de color amarillo brillante, con áreas de color rojo vinoso en la periferia y de consistencia blanda. Los cortes histológicos del tumor presentaron tejido adiposo adulto bien diferenciado, mezclado con elementos hematopoyéticos de las tres series (*Figura 3*).

Actualmente, después de dos años de seguimiento, la paciente se encuentra asintomática, con controles bimestrales y tomografías de abdomen sin evidencia de recidivas o actividad neoplásica aparente (*Figura 4*).

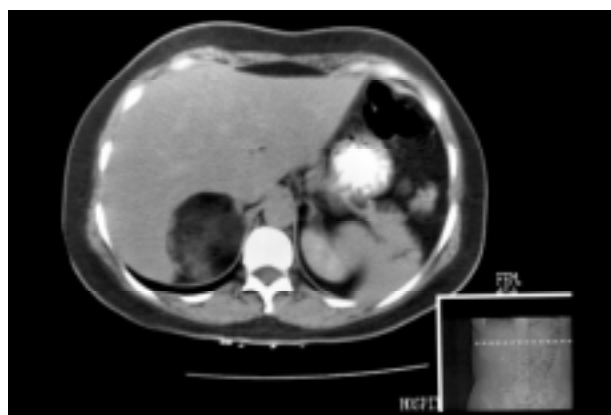


Figura 2. Tomografía axial computarizada de abdomen con masa subhepática, dependiente de glándula suprarrenal derecha, esférica y con un coeficiente de atenuación de -70 Unidades Hounsfield.

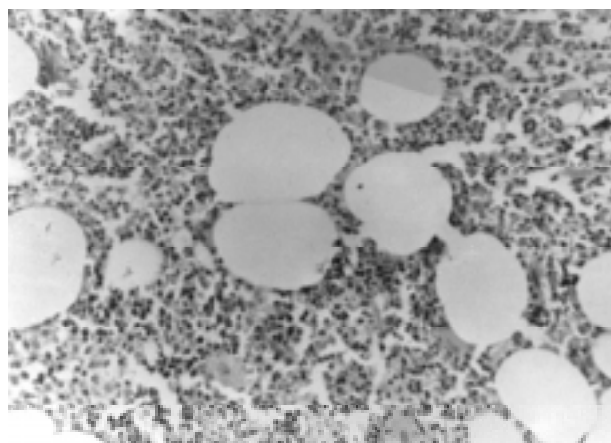


Figura 3. Micrografía del tumor compuesto por tejido adiposo maduro con áreas de tejido hematopoyético (H-E 10X).



Figura 4. Tomografía axial computarizada de abdomen de control a un año de la exéresis del tumor. No hay evidencia de recidivas en el lecho quirúrgico.

DISCUSIÓN

Definición. El tejido de médula ósea dentro de la glándula suprarrenal fue descrito por primera ocasión a finales del siglo XIX. El primer reporte de un tumor de estas características fue hecho por Gierke en 1905.² Oberling describió un caso similar en 1929, al cual denominó “formaciones mielolipomatosas” y el nombre de mielolipoma ha sido la denominación preferida para este tumor hasta la actualidad³.

Incidencia. La mayoría de los pacientes con mielolipomas de la glándula suprarrenal tienen lesiones asintomáticas y la mayoría de estos tumores son descubiertos en autopsia. La incidencia de mielolipomas suprarrenales en exámenes posmortem oscila entre 0.03 y 0.8%.^{8,9}

Etiopatogenia. Tres teorías etiológicas del mielolipoma han sido propuestas: 1) que el mielolipoma es el resultado de un proceso degenerativo en nódulos hiperplásicos o adenomas de la corteza suprarrenal; 2) que los mielo adipositos son resultados de una metaplasia de células corticales mesenquimatosas inespecíficas; y 3) la teoría del coristoma de Sternberg que define a los mielo adipocitos como una hiperplasia de las células mieloides mal colocadas durante la embriogénesis.¹⁰⁻¹²

Cuadro clínico. El primer mielolipoma suprarrenal sintomático resecado quirúrgicamente fue reportado por Dieckman y Freedman en 1957.⁶ Del Gaudio y Solidoro revisaron, en 1986, 47 pacientes con remoción quirúrgica de los tumores; la mayoría de estos sujetos no presentaron síntomas, aunque

en 26 casos se presentó dolor abdominal como única característica clínica y a menudo se asoció a hemorragia del tumor.¹³ Como la mayoría de los mielolipomas reportados en la literatura han sido hallazgos de autopsia, es posible que incluso los mielolipomas grandes cursen en forma asintomática.⁶⁻⁹ El dolor puede deberse al tamaño mismo del tumor, hemorragia o necrosis. Nuestro paciente presentó dolor constante durante tres meses con exacerbaciones en varias ocasiones, sin presentar sintomatología urinaria ni digestiva. El dolor, en nuestro caso, se atribuyó más a compresión mecánica de los órganos adyacentes por el tamaño mismo del tumor que a hemorragia intraneoplásica.

Diagnóstico por imagen. Con el desarrollo de técnicas de imagen, como la tomografía axial computarizada, la resonancia magnética, y el mejoramiento de los aparatos de ultrasonido, más mielolipomas son reconocidos prontamente. Behan¹⁴ notó que la grasa puede ser reconocida por una imagen hiperecoica; esta apariencia ultrasonográfica es característica, pero no patognomónica de las masas lipomatosas. El diagnóstico preoperatorio puede ser más difícil si existen elementos hematopoyéticos predominantes o cuando hay hemorragia interna del tumor o si el tumor presenta calcificaciones.¹⁵ En el caso de nuestro paciente, el ultrasonido evidenció una imagen característica hiperecoica. La imagen de la tomografía también muestra un patrón característico de densidades negativas, aunque no siempre es posible encontrar tumores mielolipomatosos con una densidad uniforme en todas sus áreas, dependiendo principalmente del contenido de grasa, tejido hematopoyético o hemorragia.^{6,14,16,17} En nuestro caso, se logró obtener una imagen tomográfica característica con densidades negativas uniformes. A pesar de estos aparentes problemas, debe sospecharse un mielolipoma cuando exista una imagen ultrasonográfica hiperecoica en el área de la glándula suprarrenal y tomográficamente se encuentre con densidades negativas. En caso de dudas, la biopsia del tumor guiada por ultrasonido con aguja fina puede ayudar para establecer el diagnóstico definitivo.

Tratamiento. Una vez establecido el diagnóstico, el médico tratante debe ofrecer una opción terapéutica. Para esto, hay que tener en consideración lo siguiente, si el tumor es descubierto incidentalmente, es pequeño y asintomático, consideramos que la mejor opción terapéutica es la vigilancia con control ultrasonográfico o con tomografías; si el tu-

mor se torna sintomático, por su tamaño mismo o por hemorragia interna, la terapéutica a seguir es la exéresis quirúrgica, como en nuestro caso.^{7,18-20}

Conclusiones. El mielolipoma de la glándula suprarrenal es un tumor raro, benigno, que regularmente cursa en forma asintomática y se le detecta en forma incidental como hallazgo de autopsia. Cuando se tornan sintomáticos, se manifiestan clínicamente con dolor abdominal por compresión mecánica o hemorragia interna. El ultrasonido muestra una imagen característica hiperecoica y la tomografía una imagen con coeficientes de atenuación negativos. Una buena opción terapéutica para los tumores sintomáticos es la exéresis quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wilhelmus JL, Schrodtt SCH, Alberhasky MT, Alcorn MO. Giant adrenal myelolipoma. *Arch Pathol Lab Med* 1981; 105: 531-535.
2. Gierke E. Über knochenmarksgewebe in der nebenniere. *Beitr Pathol Anat* 1905; 7 (suppl): 311.
3. Oberling C. Les formations myelolipomateuses. *Bull Cancer* (París) 1929; 18: 234.
4. Dhom G. Die nebennierenrinde. In: Doerr W, Seifert G (eds). *Pathologie der endokrinen organe. Spezielle pathologische anatomie*. Vol 14/2. Berlín: Springer Verlag, 1981: 729-970.
5. Dhom G. Anatomie und pathologie der nebennieren. In: De Kümmerle, Volker Lenner. *Erkrankungen der nebennieren*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. 1985: 29-36.
6. Dieckmann KP, Hamm B, Pickartz H, Jonas D, Bauer HW. Adrenal myelolipoma: Clinical, radiologic and histologic features. *Urology* 1987; 29: 1-8.
7. Beldegrun A, deKernion JB. What to do about the incidentally found adrenal mass. *World J Urol* 1989; 7: 117-120.
8. Glazer Hs et al. Nonfunctioning adrenal masses: Incidental discovery on computed tomography. *AJR* 1982; 139: 81.
9. Seddon JM, Baranetsky N, Van Boxel PJ. Adrenal "incidentalomas". *Urology* 1985; 25: 1.
10. Symington T. *Functional pathology of the human adrenal gland*. Edimburgh: Livingstone, 1969.
11. Stieve H. Über physiologische und pathologische Veränderungen der Nebennierenrinde des Menschen und ihre Abhängigkeit von der Tätigkeit der Keimdrüsen, *Z. Geburtshilfe Gynaek* 1947; 12: 209.
12. Siebenmann RE. Die kongenitale lipidhyperplasie der nebennierenrinde und nebenniereninsuffizienz, *Schweiz Z Pathol* 1957; 20: 77.
13. Del Gaudio A, Solidoro G. Myelolipoma of the adrenal gland. Report of two cases with a review of the literature. *Surgery* 1986; 99: 293-301.
14. Behan M, Martin EC, Muecke EC, Kazan E. Myelolipoma of the adrenal. Two cases with ultrasound and CT findings. *AJR* 1977; 129: 993-996.
15. Wild K, Braun B, Blank W, Bickel W. Myelolipoma of the adrenals. A chance sonographic finding. *Rof Fort Geb Roent N Bildgeb Verfar* 1990; 153 (6): 688-691.
16. Kawashima A, Sandler CM, Fishman EK, Charnsangavej C, Yasumori K, Honda H et al. Spectrum of CT findings in nonmalignant disease of the adrenal gland. *Radiographics* 1998; 18 (2): 393-412.
17. Gomez-Martinench E, Catanyer-Corretger F et al. Limitations of CAT scan in the diagnosis of myelolipoma of the adrenal gland. *Actas Urol Esp* 1990; 14 (3): 186-187.
18. Kanematsu A, Ogura K, Arai Y, Takeuchi H, Yoshida O, Yamabe H. A case of adrenal myelolipoma consisting of two masses with different red and yellow colors. *Hinyokika-Kiyo* 1994; 40 (2): 127-130.
19. Hofmockel G, Dammrich J, Manzanilla-García H, Frohmüller H. Myelolipoma of the adrenal gland associated with contralateral renal cell carcinoma: Case report and review of the literature. *J Urol* 1995; 153: 129-132.
20. El-Mekresh MM, Abdel-Gawad T, El-Diasty T, El-Baz M, Ghoneim MA. Clinical, radiological and histological features of adrenal myelolipoma: Review and experience with a further eight cases. *British J Urol* 1996; 78: 345-350.

Dirección de correspondencia:

Dr. Hugo Arturo Manzanilla García
 Querétaro núm. 147-401
 Col. Roma
 06700 México, D.F.
 Tel. y fax: 55-84-90-00