



Caso clínico

Pseudoquiste suprarrenal gigante asociado con carcinoma papilar de tiroides. Comunicación de un caso y revisión de la bibliografía

Héctor Eloy Álvarez Martínez,* Carlos Jiménez Cervantes,** Soyla Socorro López ***

RESUMEN

Se comunica el caso de una mujer de 29 años de edad que acudió con síntomas abdominales crónicos. Con base en los resultados de estudios de imagenología se diagnosticó: lesión quística de la glándula suprarrenal izquierda. En el examen físico se le encontró, además, una lesión nodular en el lóbulo derecho de la tiroide. Ambas lesiones se resecaron quirúrgicamente y se diagnosticó pseudoquiste suprarrenal izquierdo y carcinoma papilar de la tiroide.

Palabras clave: pseudoquiste suprarrenal gigante, carcinoma papilar de tiroides.

ABSTRACT

We report a case of a 29-year-old woman admitted with chronic abdominal symptoms. Based on her image studies final diagnosis was left adrenal gland cystic lesion. A nodular injury in thyroid right lobe was found in physical examination. Both injuries were surgically resected and diagnosed as left adrenal pseudocyst and thyroid papillary carcinoma.

Key words: adrenal giant pseudocyst, thyroid papillary carcinoma.

Paciente femenina de 29 años de edad, sin antecedentes hereditarios o familiares de importancia. En agosto de 2004 acudió a consulta debido a un dolor abdominal difuso, de predominio en el flanco e hipocondrio derechos. Refirió náuseas y vómitos ocasionales, de contenido gástrico, sin cambios en el ritmo defecatorio o el peso corporal. Fue tratado con antiinflamatorios no esteroideos y experimentó disminución transitoria del dolor.

En el examen físico se encontró que pesaba 85.1 kg, talla de 1.58 m, tensión arterial 110/80 mmHg, frecuencia cardiaca de 72 latidos por minuto, obesidad central, cuello con nódulo en el lóbulo derecho, fijo, duro e indoloro. Los campos pulmonares y el área cardiaca se observaron normales. El abdomen tenía panículo adiposo grueso, dolor a la palpación abdominal, difuso. No se encontraron

visceromegalias o tumoraciones. La peristalsis era normal. El examen ginecológico se reportó normal.

Los estudios de laboratorio informaron: grupo sanguíneo A Rh (+). Hb 14.3, Hto 42.8%. VGM 90.2, HCM 30.2, leucocitos 8500, plaquetas 351000. Glucosa 84 mg%, urea 49.2 mg/dL, creatinina 0.9 mg/dL, AST 20 UI/L, ALT 20 UI/L, CT 164 mg/dL, HDL-c 41 mg/dL, LDL-c 103 mg/dL, VLDL-c 20 mg/dL, triglicéridos 100 mg/dL, tiempo de protrombina 11.7 segundos, INR 1.0, tiempo de tromboplastina parcial 33.2 segundos, examen general de orina normal. Las HDL 173 UI/L. T3 1.08 ng/mL. T4 8.0 ug/dL. TSH 1.99 uUI/mL. Tiroglobulina sérica 36.2 ng/mL. Antígeno carcinoembrionario 1.46 ng/mL. Alfa-fetoproteína 1.1 ng/mL. CA19-9 3.96 ng/mL.

Los estudios de gabinete: ultrasonografía abdominal superior con imagen quística de 15 x 16 x 10 centímetros

* Médico internista.

** Cirujano oncólogo.

*** Médica patóloga.

Hospital Regional Presidente Juárez del ISSSTE, Oaxaca, Oaxaca, México.

Correspondencia: Dr. Héctor E. Álvarez Martínez. Emilio Carranza 313, colonia Reforma, CP 68050 Oaxaca, Oaxaca, México. W-mail: heloy_57@yahoo.com.mx

Recibido: agosto, 2008. Aceptado: agosto, 2008.

Este artículo debe citarse como: Álvarez MHE, Jiménez CC, Socorro LS. Pseudoquiste suprarrenal gigante asociado con carcinoma papilar de tiroides. Comunicación de un caso y revisión de la bibliografía. Med Int Mex 2008;24(6):414-7.

La versión completa de este artículo también puede consultarse en: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

en sus ejes mayores, localizada entre el riñón izquierdo y el bazo. No parece depender del riñón. El hígado tenía forma normal con discreto aumento de la ecogenicidad. La vesícula biliar también se encontró normal. Se concluyó que padecía: esteatosis hepática leve y lesión quística quizás dependiente de la glándula suprarrenal, sin descartar quiste renal cortical gigante (figura 1). La tomografía axial computarizada de abdomen con contraste oral e intravenoso mostró una masa quística grande, redonda que desplazaba al riñón izquierdo hacia abajo y las vísceras huecas, sin calcificaciones, compatible con quiste probablemente mesentérico.

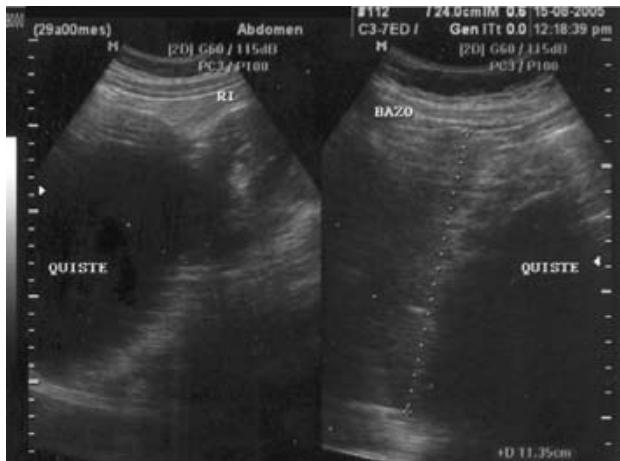


Figura 1. Ultrasonido por el que se concluye: esteatosis hepática leve y lesión quística quizás dependiente de la glándula suprarrenal, sin descartarse quiste renal cortical gigante.

La ultrasonografía de la tiroides mostró un lóbulo tiroideo izquierdo normal. El lóbulo tiroideo derecho estaba aumentado de tamaño debido a un nódulo mixto hipoeocoico, con microcalcificaciones y trayectos vasculares de predominio venoso (figura 2).

La biopsia por aspiración con aguja fina del nódulo tiroideo derecho fue compatible con neoplasia folicular.

El 28 de septiembre del 2005 se operó, y encontró que el riñón izquierdo estaba desplazado caudalmente, por una masa quística pararrenal superior entre el bazo, la cola del páncreas y el polo superior del riñón, de 25 x 22 x 22 centímetros, con cápsula nacarada, poco vascularizada y con un pedículo vascular grueso en la cola del páncreas y del hilio renal, dependiente de la arteria del último, sin adenomegalias retroperitoneales. El hígado, bazo, ambos riñones, estómago, intestino delgado y grueso, útero y anexos estaban normales (figura 3).



Figura 2. Ultrasonido de tiroides que mostró lóbulo tiroideo izquierdo normal, lóbulo tiroideo derecho aumentado de tamaño por el nódulo mixto hipoeocoico, con microcalcificaciones, y trayectos vasculares de predominio venoso.



Figura 3. En el estudio histopatológico se reportó espécimen quístico abierto, sin contenido en su interior (11 x 8 x 6 cm), superficie externa de color marrón grisáceo amarillento, anfractuoso, con algunas porciones de tejido fibroadiposo adheridas ella.

El estudio histopatológico reportó espécimen quístico abierto, sin contenido en su interior, con dimensiones de 11 x 8 x 6 centímetros. La superficie externa era color marrón grisáceo-amarillento, anfractuoso, con algunas porciones de tejido fibroadiposo adheridas a dicha superficie. También se aprecia la glándula suprarrenal totalmente aplana de 3.6 x 2 x 0.2 centímetros, la cual microscópicamente no

muestra alteraciones y a la disección de la misma se logra separar, en su totalidad, dicha superficie. La superficie interna es de color marrón grisáceo, plegadiza. Compatible con pseudoquiste suprarrenal (figuras 4 y 5).

El 17 de mayo del 2006 se le realizó hemitiroidectomía derecha, con diagnóstico de tumor folicular del lóbulo derecho de la tiroides. Se encontró un tumor del lóbulo derecho, encapsulado, de dos centímetros en su eje mayor en la porción media e inferior del lóbulo. Pequeño nódulo de cinco milímetros en el istmo, que se le extirpó. No tenía ganglios cervicales. El lóbulo izquierdo era normal.



Figura 4. Se aprecia la glándula suprarrenal totalmente aplanada (3.6 x 2 x 0.2 cm), sin alteraciones microscópicas. Con la disección se logró separarla toda de la superficie externa; la interna fue de color marrón grisáceo, plegadiza, compatible con pseudoquiste suprarrenal.

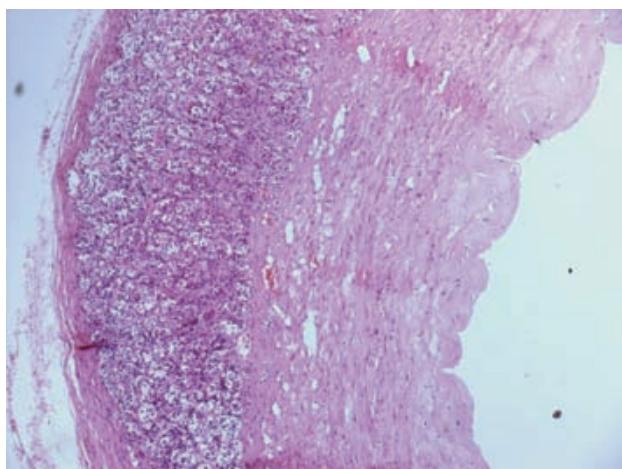


Figura 5. Imagen que indica carcinoma papilar de tiroides bien diferenciado, con infiltración hacia la glándula sin transgredirla.

Se tomó estudio transoperatorio con diagnóstico de carcinoma papilar.

El estudio histopatológico reportó producto de hemitiroidectomía derecha de 5 x 3.8 x 3.7 centímetros, de superficie lisa marrón grisáceo. Al corte se apreció una formación de aspecto quístico, ocupada por tejido sólido de aspecto heterogéneo papilar y homogéneo de color marrón claro friable. El resto del parénquima no está afectado. Compatible con carcinoma papilar de tiroides bien diferenciado, que infiltra la glándula sin transgredirla.

A la fecha, la paciente sigue asintomática y con pruebas de función tiroidea en límites normales.

DISCUSIÓN

En 1670 Greiselius, anatomista vienes, reportó el primer caso de un paciente con quiste suprarrenal que falleció luego de padecer ataques diarios de dolor abdominal de tipo cólico y a quien se le encontró un tumor conectado a la glándula suprarrenal izquierda.¹ A partir de entonces, y hasta la fecha, se han seguido publicando casos, diagnosticados incidentalmente por métodos radiológicos, quirúrgicos o en autopsias.^{2,3} El primer reporte de un caso en Latinoamérica se publicó en Argentina en 1958.⁴ Aparece con mayor frecuencia en mujeres, con una proporción entre sexos de 2-3:1.⁵⁻⁷ Si bien se han informado casos de quistes gigantes,^{8,9} el tamaño común varía entre 5 a 10 centímetros, con promedio de 9.6 centímetros y son unilaterales en 80% de los casos.¹⁰ Por lo general, son asintomáticos y se detectan como hallazgo incidental (incidentalomas) en estudios de imagenología, como es el caso que aquí se reporta. Cuando crecen dan sensación de plenitud, dolor abdominal y masa palpable.

Desde el punto de vista histológico, las lesiones quísticas pueden ser de diversos subtipos, aunque predominan los pseudoquistes, que representan 39% de las lesiones quísticas de las suprarrenales y se distinguen de los quistes por no contar con recubrimiento epitelial. Se desarrollan por extravasación hemorrágica dentro o alrededor del tejido glandular normal o patológico; esto último puede ocurrir en una variedad de lesiones suprarrenales, como: tumores benignos o malignos, traumatismos, procesos infecciosos, etc. Abeshouse clasifica los pseudoquistes en cuatro tipos, según ocurran en hematomas antiguos (más frecuentes), feocromocitomas, tumores malignos y adenomas.¹¹ Puesto que todos los subtipos anteriores

representan quistes ocurridos como resultado de un proceso hemorrágico, se ha propuesto una variedad de quiste no hemorrágico, que incluye todos los que carecen de evidencia de hemorragia.¹⁰ En México se han reportado cuatro casos de pseudoquiste suprarrenal diagnosticados incidentalmente, con métodos de imagen para el estudio de síntomas abdominales inespecíficos, como ocurrió en el caso que aquí se reporta.¹²⁻¹⁵ Se han informado casos en el periodo neonatal asociados con hemihipertrofia¹⁶ o a otras afecciones, como el tumor de Wilms, síndrome de Beckwith-Wiedemann y neuroblastoma.

Si bien en la bibliografía existen reportes de neoplasias concurrentes de tiroides y glándulas suprarrenales no relacionadas con el síndrome de neoplasia endocrina múltiple,^{17,18} a nuestro saber comunicamos el primer caso de pseudoquiste suprarrenal asociado con carcinoma papilar de la tiroides. No hemos documentado un mecanismo etiopatogénico común para ambas afecciones. En cuanto al tratamiento se señala la aspiración, escleroterapia y manejo quirúrgico mediante cirugía abierta o por medio de laparoscopia.^{19,20}

REFERENCIAS

1. Doran AHG. Cystic tumor of suprarrenal body successfully removed by operation. *Br J Med* 1908;1:1558-63.
2. Levinson PH. A case of bilateral adrenal cysts. *Endocrinology* 1933;17:372-6.
3. Stock FRCS. Cysts of the adrenal gland. *Postgrad Med J* 1947;23:530-3.
4. Carreño OC. Pseudocyst of the adrenal gland. *Bol Soc Cir B Aires* 1958;42:484-91.
5. Foster DG. Adrenal cysts. *Arch Surg* 1966;92:131-43.
6. Kearney GP, Mahoney EM. Adrenal cysts. *Urol Clin North Am* 1977;4:273-83.
7. Medeiros LJ, Lewandrowski KB, Vickery AL Jr. Adrenal pseudocyst: a clinical and pathologic study of eight cases. *Hum Pathol*. 1989;20:660-5.
8. Esquivel E Jr, Grabstald H. Giant adrenal cyst. *J Urol* 1965;94:635-8.
9. Mohan H, Aggarwal R, Tahlan A, Bawa AS, Ahluwalia M. Giant adrenal pseudocyst mimicking a malignant lesion. *J Can Chir* 2003;46:474.
10. Neri LM, Nance FC. Management of adrenal cysts. *Am Surg* 1999;65:151-63.
11. Abeshouse GA, Goldstein RB, Abeshouse BS. Adrenal cysts: review of the literature and report of three cases. *J Urol* 1959;81:711-9.
12. Alvarez Tostado Verdugo A, Bazán Soto A, Viveros Contreras C, Ramírez Varela A. Quiste suprarrenal hemorrágico. Comunicación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Mex Urol* 1995;55:41-3.
13. Saucedo GA, Martínez FY, Berumen JU. Quiste de la glándula suprarrenal derecha. Informe de un caso. *Bol Col Mex Urol* 2002;17:89-90.
14. Moreno-Aranda J, Wingartz-Plata HF, Maldonado-Arce B, Vega-Espinosa JJ, Maldonado-Alcaraz E. Pseudoquiste suprarrenal hemorrágico: Descripción de un caso y revisión de la literatura. *Gac Med Mex* 2004;140:553-555.
15. Molina Cárdenas HH, Tena Suck ML, Alba Laguna EM, Godínez Hernández E, Hernández González CA, Rodríguez Rodríguez RM. Pseudoquiste suprarrenal. *Med Int Mex* 2000;16:282-6.
16. Escobar Izquierdo AB, Blesa Sánchez E, Cordero Carrasco JL, Moreno Hurtado C. Quistes suprarrenales neonatales recidivantes asociados a hemihipertrofia. *An Pediatr (Barc)* 2005;63:373-82.
17. Kageyama K, Moriyama T, Sakihara S, Kawashima S, Suda T. A case of preclinical Cushing's disease, accompanied with thyroid papillary carcinoma and adrenal incidentaloma. *Endocr J* 2003;50:325-31.
18. Fukushima A, Okada Y, Tanikawa T, Kawahara C, Misawa H, Kanda K, et al. Virilizing adrenocortical adenoma with Cushing syndrome, thyroid papillary carcinoma and hypergastrinemia in a middle-aged woman. *Endocr J* 2003;50:179-87.
19. Lal TG, Kaulback KR, Bombonati A, Palazzo JP, Jeffrey RB, Weigel RJ. Surgical management of adrenal cysts. *Am Surg* 2003;69:812-4.
20. Porcaro AB, Novella G, Ficarra V, Curti P, Antonioli SZ, Sangaouwa HS, et al. Adrenal incidentalomas: surgical treatment in 28 patients and update of the literature. *Int Urol Nephrol* 2001;32:295-302.