



Mielolipoma supradrenal

Zuviri-González Antonio,¹ Espinosa-Pérez Grovas Daniel Alberto,¹ Guzmán-Hernández F,² Catalán-Quinto G,² Mateos-Chavolla JP,¹ Hernández-Beltrán MA,¹ Vásquez-Flores A,¹ Díaz-Vega JC,¹ Cortez-Betancourt R.³



■ RESUMEN

El mielolipoma adrenal es una neoplasia benigna rara, compuesta por tejido adiposo y hematopoyético. Hay relativamente pocos casos publicados y la mayoría de ellos son asintomáticos. Presentamos el caso de un mielolipoma suprarrenal en un paciente con múltiples antecedentes quirúrgicos, en quien fue detectada esta neoplasia adrenal como hallazgo (*incidentaloma*). A este paciente se le estaba dando seguimiento médico periódico, debido a derivación urinaria realizada previamente. Haciendo un análisis retrospectivo, se pudieron obtener discretos síntomas relacionados.

Palabras clave: Mielolipoma adrenal, incidentaloma, México.

■ ABSTRACT

Adrenal myelolipoma is a rare benign tumor composed of adipose and hematopoietic tissue. There are relatively few cases reported in the literature. The majority of cases are asymptomatic. A case of adrenal myelolipoma in a patient with a past history of multiple surgeries is presented. This adrenal tumor was an incidental finding (incidentaloma) that was detected during periodic follow-up for previous urinary diversion. In hindsight the patient had presented with discreet symptoms related to this pathology.

Keywords: Adrenal myelolipoma, incidentaloma, Mexico

1 Médico Residente de Urología.

2 Médico adscrito al Servicio de Urología.

3 Jefe del Servicio de Urología.

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, México, D. F.

Correspondencia: Dr. Antonio Zuviri González. Av. Félix Cuevas No. 540, Col. del Valle. 03100, Delegación Benito Juárez, México D. F. Teléfono: 55 5200 5003, Ext.: 14505. Correo electrónico: tzuviri@hotmail.com

■ INTRODUCCIÓN

Los mielolipomas son tumores raros, benignos, no funcionantes. La primera resección está descrita en 1922. Están compuestos de una mezcla de tejido adiposo y elementos hematopoyéticos extra-medulares. Estas lesiones son localizadas en su gran mayoría en las glándulas adrenales, presentándose como lesiones únicas solitarias, aunque también se han descrito en otros sitios. La incidencia de los mielolipomas extra-adrenales es rara, existen alrededor de 50 casos en la bibliografía. A pesar de que típicamente tienen elementos hematopoyéticos, no se han descrito anomalías hematológicas en los pacientes que presentan estas lesiones. Sin embargo, hay descripciones en las que se ha detectado médula ósea hipocelular.¹

También se han descrito casos con mielolipoma adrenal y extra-adrenal de manera simultánea, resaltando la importancia de los adecuados elementos diagnósticos en orden de descartar principalmente la presencia de liposarcoma retroperitoneal bien diferenciado, donde los hallazgos radiológicos pueden ser casi idénticos.²⁻⁵

El diagnóstico generalmente es de manera incidental mediante estudios de imagen. También se han realizado punciones donde es esperado que señalen tejido graso maduro. La incidencia en autopsias antes de los modernos equipos de imagen, era de 0.08% a 0.02%. La

incidencia actual no está descrita de manera precisa. Clínicamente, no es común que presenten síntomas a pesar de que pueden llegar a tener grandes dimensiones. La resección quirúrgica se recomienda en las lesiones mayores de 4 cm o 5 cm por el riesgo de hemorragia.⁶⁻¹⁰

■ PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 47 años de edad, con diagnóstico de diabetes tipo 2 y paraplejia secundaria a un accidente en paracaidismo. Asimismo, con múltiples procedimientos por parte de cirugía reconstructiva por absceso perianal que requirió, a su vez, diversas intervenciones por parte de cirugía general. Posteriormente, desarrolló fistula vésico-cutánea la cual se manejó de manera conservadora de manera inicial sin respuesta favorable, por lo que fue sometido a cistoprostatectomía más conducto ileal (tipo Bricker). Durante el seguimiento, presentó estenosis del reimplante izquierdo que requirió nefrostomía. Se le practicaron exámenes tomográficos donde se hizo evidente lesión única suprarrenal derecha de aproximadamente 15 cm en su diámetro mayor, heterogénea con coeficiente de atenuación de -60 a -90 unidades Hounsfield (**Imagenes 1 a 3**), sin adenopatías y polo superior renal libre. En fase vascular, sin reforzamiento al medio de contraste. A la exploración física sin signos relacionados con la masa suprarrenal, sin ictericia y sin pérdida de

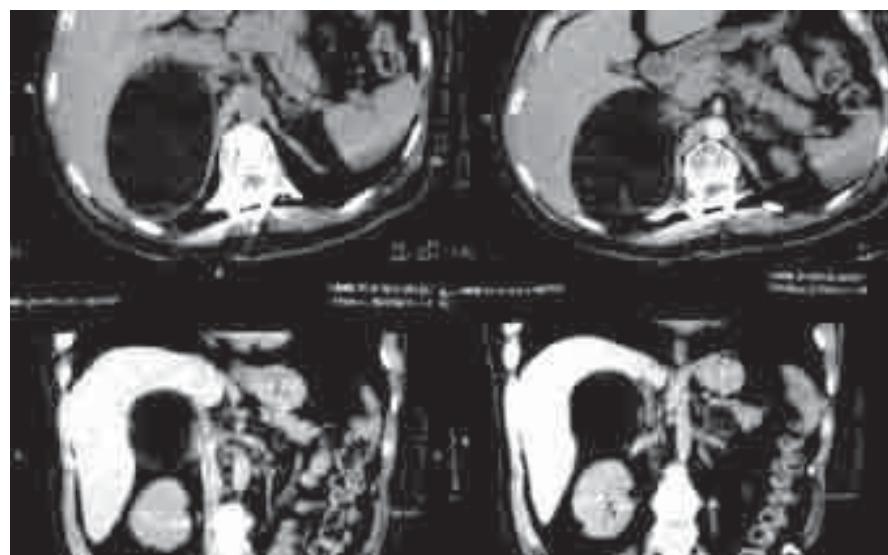


Imagen 1. Se observa tumoración suprarrenal con interfase con el parénquima renal.

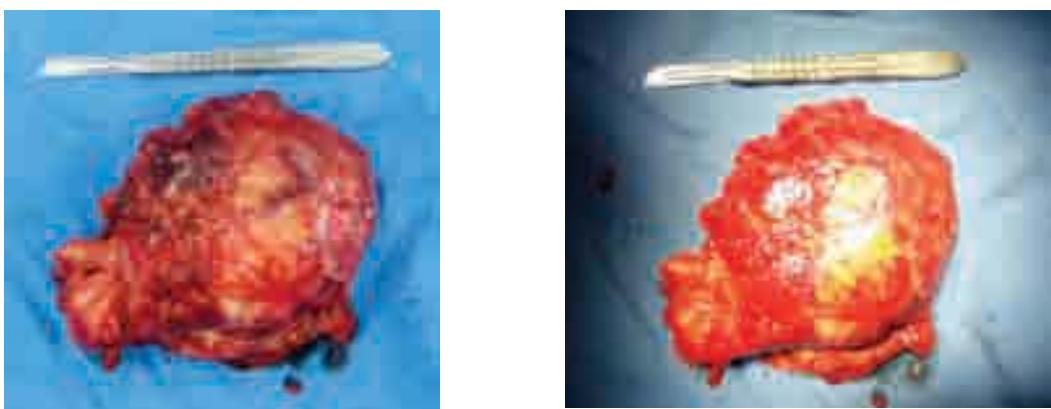


Imagen 2. Se obtuvo una masa heterogénea amarillenta y rojiza de dimensiones 15 cm por 10 cm por 8 cm, con seudocápsula.

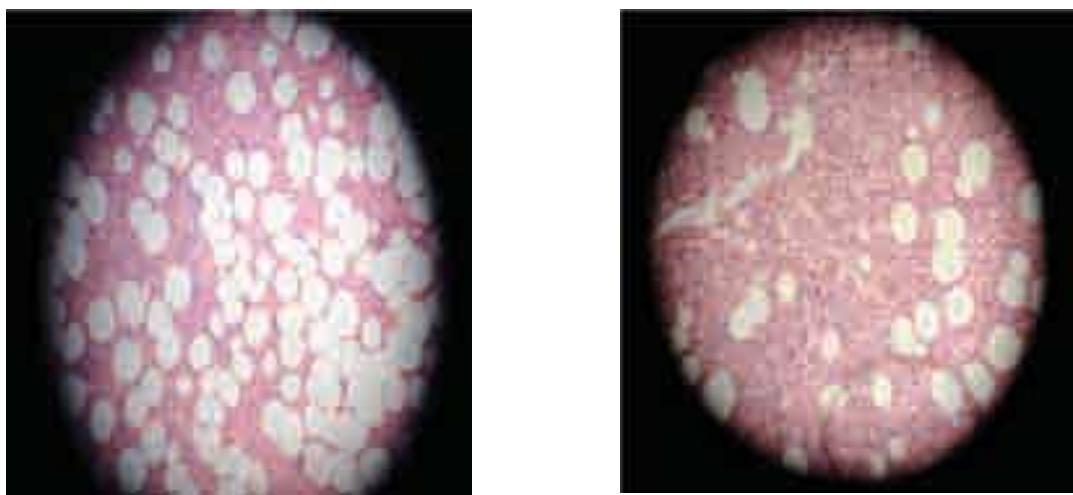


Imagen 3. Histología. Combinación de tejido adiposo con elementos hematopoyéticos. HE a 40 aumentos.

peso, sólo con cambios en los hábitos intestinales. Debido a las dimensiones y al cambio en hábitos intestinales, el paciente fue intervenido mediante incisión subcostal derecha debido a la relación estrecha hepática, realizándose una disección trans-peritoneal y extirmando la masa en bloque con la glándula suprarrenal (**Imágenes 2 y 3**). El sangrado fue mínimo y presentó una evolución posoperatoria favorable, con estancia de tres días.

■ DISCUSIÓN

Los mielolipomas suprarrenales son también conocidos como *incidentalomas* debido a la naturaleza de su

detección. Son relativamente raros. Se han descrito menos de 300 casos hasta el año 2000.¹¹ No hay una explicación precisa acerca de su etiología y su curso natural; la más aceptada describe una metaplasia celular adrenocortical en respuesta a estímulos como necrosis, inflamación, infección y estrés.^{12,13} Recientemente, también se ha descrito la traslocación (3; 21) (q25; p11) asociada al mielolipoma suprarrenal.¹⁴

La gran mayoría son asintomáticos, de hecho sólo alrededor de 40 casos en la bibliografía se han presentado con signos clínicos que requieren resección quirúrgica.¹¹ La complicación clínica más significativa de estas lesiones es la hemorragia retroperitoneal, que se

presenta con dolor de inicio agudo en el flanco o espalda, náusea, vómito, hipotensión y signos de anemia. Existe un estudio de mielolipomas en el Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas que describen 86 lesiones en 74 pacientes. Nueve de los casos se presentaron con evidencia de hemorragia aguda. El tamaño promedio del tumor en su diámetro mayor era de 14 cm. Los autores sugieren que el incremento del tamaño tumoral pudiera predecir el riesgo de hemorragia.⁹

Exponemos el caso de un hombre en la quinta década de la vida, con múltiples antecedentes quirúrgicos y personales patológicos. El tumor fue descubierto de manera incidental y decidimos llevarlo a cirugía debido al tamaño, así como la posible relación del tamaño tumoral con los cambios en los hábitos intestinales descritos por el paciente. Además, la historia natural no ha sido plenamente descrita y que se asocian a hemorragia retroperitoneal. El diagnóstico preoperatorio en la era moderna se facilita debido a las opciones radiológicas con las que contamos.

El abordaje quirúrgico que decidimos fue el abierto debido a la estrecha relación hepática de la lesión así como las dimensiones. Aunque el abordaje laparoscópico es indudablemente una opción en centros especializados y lesiones de dimensiones pequeñas.

■ CONCLUSIÓN

El mielolipoma adrenal es una entidad urológica poco común, la cual ha aumentado su frecuencia debido al uso de métodos diagnósticos por imagen que ha permitido descubrirlo de manera incidental. Además, existe la posibilidad de que las enfermedades que afectan la

función de las glándulas suprarrenales tengan alguna influencia en su desarrollo, y en el caso que expusimos, el paciente había sido intervenido en múltiples ocasiones manteniendo un nivel de exigencia metabólica y de estrés que posiblemente haya influido en el desarrollo de la lesión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sawhney R, McRae B, Lazarchick J. A rare case of a multifocal extra-adrenal myelolipoma with markedly hypocellular bone marrow. *Ann Clin Lab Sci* 2006;36:208-11.
2. Amin MB, Tickoo SK, Schultz D. Myelolipoma of the renal sinus. An unusual site for a rare extra- adrenal lesion. *Arch Pathol Lab Med* 1999;123:631-4.
3. Kammen BF, Elder DE, Fraker DL, Siegelman ES. Extraadrenal myelolipoma: MR imaging findings. *AJR Am J Roentgenol* 1998;171:721-3.
4. Talwalkar SS, Shafeen SP. Extra-adrenal myelolipoma in the renal hilum: a case report and review of the literature. *Arch Pathol Lab Med* 2006;130:1049-52.
5. Pascual GX, Bujons TA, Rodriguez FO, et al. Extraadrenal perirenal myelolipoma: report of a case and review of the literature. *Actas Urol Esp* 2007;31:932-4.
6. Stavros IT, Ioannis A, Vasileios M, et al. Giant adrenal myelolipoma, a rare urological issue with increasing incidence: a case report. *Cases J* 2009;2:8863.
7. Samrat M, Stephanos P, Robert RH. Asymptomatic Giant Adrenal Myelolipoma. *Urol J* 2010;7:66-8.
8. Olsson CA, Krane RJ, Klugo RC, Selikowitz SM. Adrenal myelolipoma. *Surgery* 1973;73:665-70.
9. Kenney PJ, Wagner BJ, Rao P, Heffess CS. Myelolipoma: CT and pathologic features. *Radiology* 1998;208:87-95.
10. Ruby R, Mohan LB, Bilal S, et al. Giant Myelolipoma of the Adrenal Gland With Adenocarcinoma of the Colon: A Rare Surgico-pathological Presentation. *Am J Clin Pathol* 2007;38:491-2.
11. Settakorn J, Sirivanichai C, Rangdaeng S, Chaiwun B. Fine-needle review of the literature. *Diagn Cytopathol* 1999;21:409-12.
12. Vierna J, Laforga JB. Giant adrenal myelolipoma. *Scand J Urol Nephrol* 1994;28:301-4.
13. Boudreaux D, Waisman J, Skinner DG, Low R. Giant adrenal myelolipoma and testicular interstitial cell tumor in a man with congenital 21-hydroxylase deficiency. *Am J Surg Pathol* 1979;3:109-23.
14. Chang KC, Chen PI, Huang ZH, et al. Adrenal myelolipoma with translocation (3;21) (q25;p11). *Cancer Genet Cytogenet* 2002;134:77-80.