



P-124 - CARCINOMA SUPRARRENAL GIGANTE: UN RETO QUIRÚRGICO

D. Enjuto Martínez, N. Herrera Merino, J. Fernández Merino, A. Ramos Bonilla, S. Sánchez-Molero Pérez, M. Pérez González, I. Ortega Vázquez y J. Martín Ramiro

Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés.

Resumen

Objetivos: El carcinoma suprarrenal representa el 0'02% de todos los carcinomas siendo la neoplasia endocrina maligna más infrecuente. Aproximadamente el 40-70% presentan metástasis o invasión a estructuras vecinas en el momento del diagnóstico siendo éstas más frecuentes en tumores mayores de 4 cm. Revisar las posibles presentaciones clínicas de los carcinomas suprarrenales para facilitar el diagnóstico precoz y el adecuado manejo de estos pacientes. Revisar las indicaciones de la técnica de Appleby.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 39 años de edad sin antecedentes de interés que acude a urgencias por dolor en hemiabdomen izquierdo de 3 meses de evolución. En el examen físico se palpaba una masa homogénea dura y fija en flanco izquierdo. En la TC abdominal se evidenciaba una masa sólida retroperitoneal izquierda de 150 × 190 mm que parecía depender de la cortical renal, con probable infiltración pancreática y del bazo, sugerente de hipernefroma. El paciente decide no acudir a sus citas con Urología y Oncología. A los 6 meses regresa al hospital por sudor y pérdida de fuerza en miembros inferiores asociado a episodios de hambre intensa que en ocasiones cursan con alteración del nivel de conciencia. También refiere ginecomastia bilateral con salida de material acuoso a la presión. En el estudio endocrinológico destacan: DHEA-S (2.770 µg/dL (88,9-427)), estradiol (63,5 pg/mL (0-40)) y testosterona: 173,14 (241-827 ng/dl). En la nueva TC abdominal la masa retroperitoneal presenta un diámetro de 196 × 165 × 130 mm con imágenes que sugieren nueva afectación de colon izquierdo y trombosis de la vena renal izquierda, así mismo se observa contacto con el tronco celíaco desplazando la arteria esplénica. No adenopatías sugerentes de malignidad. Se decide intervención quirúrgica. Mediante laparotomía subcostal bilateral se observa una gran tumoración retroperitoneal que infiltra: cuerpo y cola de páncreas, arteria y vena esplénicas, mesocolon transversal y ángulo esplénico, riñón izquierdo, bazo y tronco celíaco. Se realiza exéresis completa de la tumoración incluyendo en la pieza los órganos infiltrados/adheridos además de ligadura de arteria y vena esplénicas, vena y arteria renal izquierdas, vasos gonadales y uréter izquierdos y tronco celíaco mediante la maniobra de Appleby. El resultado anatomopatológico reveló un carcinoma de corteza suprarrenal sin afectación de órganos adheridos, cumpliendo al menos 4 de los criterios de Weiss para malignidad. Estadiaje final pT2N0. En el postoperatorio el paciente presentó fístula pancreática con colección asociada que requirió drenaje por Rx intervencionista así como TEP manejado con terapia anticoagulante. Actualmente en seguimiento sin datos de recidiva ni metástasis hasta la fecha.

Discusión: El carcinoma suprarrenal es un tumor muy agresivo que suele debutar con metástasis al diagnóstico. La mayoría son tumores hipersecretorios siendo muy variadas las manifestaciones clínicas. Su baja incidencia y su amplia variabilidad clínica pueden retrasar su diagnóstico ensombreciendo el pronóstico. Para evitar resecciones tan importantes como la de nuestro paciente debemos centrar nuestra formación en el diagnóstico precoz. La técnica de Appleby debe reservarse para pacientes con afectación del tronco celíaco pudiendo realizar embolización prequirúrgica para disminuir las complicaciones relacionadas con la isquemia.