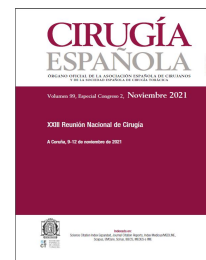




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-102 - QUISTE ADRENAL GIGANTE. UNA ENTIDAD INFRADIAGNOSTICADA

Cortés Climent, Javier¹; Cejudo Berenguer, Luis¹; Montero Zorilla, Carlos¹; Motos Micó, Jacob¹; Cipagauta Bazurto, Luis¹; Ros Comesaña, Alejandro²; Pérez Climent, Nieves¹; Serra Díaz, Carlos¹

¹Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy; ²Hospital Universitario de Torrevieja, Torrevieja.

Resumen

Introducción y objetivos: Los quistes adrenales son una entidad infrecuente con una incidencia de 0,18% con difícil diagnóstico debido a que generalmente son asintomáticos y que en pruebas de imagen son catalogados erróneamente como hepáticos hasta en el 52,9% de los casos.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 27 años que consulta por distensión abdominal y sensación de ocupación persistente tras el parto. Como antecedentes, destaca un quiste hepático asintomático y TEP bilateral en tratamiento crónico con acenocumarol. Se realiza estudio con TAC abdominal, donde se aprecia un quiste hepático dependiente de los segmentos V y VII de hasta 22 cm de diámetro mayor y que ocasiona desplazamiento de estructuras vecinas. Dado el gran tamaño, se lleva a cabo su enucleación laparoscópica y el consiguiente estudio anatomopatológico. Sorprendentemente el informe de anatomía patológica informa de quiste hemorrágico de origen suprarrenal.



Discusión: Los quistes adrenales son una entidad infrecuente que afecta sobre todo a mujeres entre 50 y 60 años. Generalmente son pequeños, asintomáticos, unilaterales y no funcionantes, por este motivo son diagnosticados de forma incidental por imagen o en necropsias. La prueba de imagen de elección es el TC abdominal con contraste y sus principales limitaciones son: su baja capacidad para diferenciar quistes malignos de benignos y su alta tasa de error en el diagnóstico de localización. De hecho hasta un 52,9% son catalogados como de origen hepático. Su diagnóstico diferencial se debe realizar con entidades malignas como las metástasis o el carcinoma suprarrenal, pero sobretodo con el feocromocitoma, que tiene una incidencia del 0,2% en pacientes hipertensos y se puede presentar como una lesión quística degenerada en un 44% de los casos. Cuando se presenta de forma quística, el 60% son asintomáticos y el 40% son diagnosticados de forma intraoperatoria por complicaciones: crisis hipertensivas, arritmias o sangrado; es por esto que en cualquier paciente con sospecha de quiste suprarrenal e hipertensión arterial, se debe descartar la posibilidad de feocromocitoma con catecolaminas en sangre y orina, y con una gammagrafía-MIBG. El embarazo supone una situación de riesgo para el crecimiento del quiste, por la mayor laxitud tisular por los altos niveles de estrógenos, lo que supone un mayor riesgo de ruptura y sangrado. Por otro lado, el quiste supone un riesgo para el desarrollo normal del embarazo, con una tasa de parto pretérmino del 6%. El tratamiento depende fundamentalmente del tamaño, la sintomatología y de si son funcionantes. El abordaje laparoscópico es el de elección, salvo abdomen agudo, por ruptura o hemorragia, donde está indicada la laparotomía urgente. En cuanto al tipo histológico: el 45% son endoteliales, el 39% secundarios a otras causas como el sangrado (pseudoquistes), el 9% son epiteliales y el 7% parasitarios. Los quistes adrenales son una entidad heterogénea e infradiagnosticada, con una alta tasa de error en el diagnóstico por imagen. El embarazo y la anticoagulación son factores de riesgo para el sangrado y crecimiento. Es importante sospechar y descartar feocromocitoma. El tratamiento de elección es la enucleación laparoscópica.