



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-137 - SEUDOQUISTE ADRENAL COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL INESPECÍFICO

Vieiro Medina, María Victoria; de la Fuente Bartolomé, Marta; García Vasquez, Carlos; Alonso Murillo, Laura; Rihuete Caro, Cristina; Urzay Gutierrez, Marta; Cuenca Leal, Daniel; Jiménez de los Galanes Marchan, Santos

Hospital Infanta Elena, Valdemoro.

Resumen

Introducción: Las lesiones quísticas adrenales tienen mayor incidencia entre 30 y 60 años, más frecuentes en mujeres y generalmente unilaterales. Pueden ser asintomáticos o presentarse con dolor abdominal inespecífico, síntomas gastrointestinales o masa palpable. Otros síntomas menos frecuentes son hipertensión arterial por compresión de la arteria renal o la rotura espontánea, con consiguiente hemorragia retroperitoneal. Pueden medir desde pocos milímetros hasta 50 cm de diámetro. Se clasifican en cuatro categorías: quistes endoteliales (45%), epiteliales (9%), parasitarios (7%) y pseudoquistes (39%). Aunque el pseudoquiste es uno de los quistes adrenales más frecuentes, son lesiones extremadamente raras, con una frecuencia del 0,064-1,8% en las series de autopsias o del 0,02% en una revisión de 12,000 TC. Presentamos el caso de un pseudoquiste adrenal gigante, sintomático.

Caso clínico: Mujer de 68 años, en noviembre de 2019 se inicia estudio de síndrome constitucional, pérdida de 11 kg en un año, dolor epigástrico con sensación de RGE. Se realiza TC abdominal el 17/11/19 que muestra gran lesión quística en hipocondrio y flanco derecho (22 cm), sin componentes sólidos ni septos, marcado efecto masa sobre estructuras vecinas, desplazándolas hacia el lado izquierdo. Podría tener un origen hepático o adrenal derecho. Se completa estudio con RMN el 10/11/19 que concluye: Lesión quística con calcificación periférica que mide 25 × 15 cm que parece depender de la glándula adrenal y que sugiere como primera posibilidad pseudoquiste adrenal derecho. El análisis de cortisol sérico, aldosterona, calcio y catecolaminas urinarias, 5-HIAA y metanefrinas fueron normales. El test con supresión tras la administración de 1 mg DXM también. Tras estos hallazgos se decide cirugía el 17/12/2019, realizándose suprarrenalectomía derecha abierta mediante laparotomía media supra e infraumbilical, se evidencia tumoración suprarrenal de grandes dimensiones que rechaza el lóbulo hepático derecho y condiciona medialización del riñón derecho. El estudio histopatológico informó: pared de quiste con fibrosis, inflamación crónica linfoplasmocitaria con histiocitos/hemosiderófagos y extensas zonas de microcalcificaciones. La lesión se encontraba en contacto con la glándula suprarrenal, la cual no mostró alteraciones relevantes. No se observó revestimiento epitelial en la pared, todo ello compatible con pseudoquiste adrenal.

Discusión: A diferencia de los quistes verdaderos los pseudoquistes no tienen un revestimiento celular, se componen de tejido fibrótico, algunas veces con calcificaciones. La mayoría son benignos

y no funcionantes. El riesgo de malignidad es de 7%. El diagnóstico temprano de un carcinoma adrenal es particularmente importante ya que una resección completa ofrece la única oportunidad de supervivencia. El diagnóstico diferencial incluye todas las lesiones ocupantes de espacio del abdomen superior: quistes hepáticos, esplénicos, renales, mesentéricos o retroperitoneales y tumores sólidos adrenales. El diagnóstico preoperatorio de un pseudoquiste grande puede ser muy difícil debido tanto a sus límites indistintos con los órganos adyacentes como a la presencia de adherencias hacia los mismos. En quistes < 4 cm se aconseja repetir con TC cada 3 meses al menos 18 meses. La cirugía se recomienda en quistes sintomáticos, mayores de 5 cm (por el riesgo de malignidad) y funcionantes. El abordaje incluye: laparotomía, abordaje retroperitoneal abierto y laparoscópico. El diagnóstico definitivo será histopatológico.