



Cartas científicas

Resección laparoscópica de un tumor virilizante suprarrenal derecho

Laparoscopic approach in an adrenal right virilizing tumour

El carcinoma suprarrenal es un tumor poco frecuente (0,7-2 casos por 1.000.000 de habitantes), que en más del 50% de los casos se presenta como un síndrome de hipersecreción endocrina¹. El tratamiento quirúrgico representa la opción terapéutica principal en los pacientes con enfermedad no metastásica². La primera suprarrenalectomía laparoscópica fue descrita por Michel Gagner et al., en 1992³, y se ha convertido progresivamente en el tratamiento de elección de la mayoría de la enfermedad suprarrenal. En el caso de los carcinomas todavía existe controversia al respecto, existiendo contraindicaciones relativas relacionadas con el tamaño y contraindicaciones absolutas cuando existe diseminación a distancia⁴.

Presentamos el caso de una paciente de 20 años de edad que consultó por oligomenorrea de 2 años de evolución, voz grave, aumento de peso e hirsutismo facial, torácico y en extremidades superiores (fig. 1A). En la exploración física se identificó una masa no dolorosa en flanco derecho y clítoromegalia. El estudio genético fue normal, y en el análisis de sangre y orina se observó una marcada elevación de testosterona, cortisol, 17-dehidroepialdosterona y androstendiona. La tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM) abdominal (figs. 1A y B) detectaron una masa

suprarrenal derecha de 6 × 7 cm, bien encapsulada y sin infiltración de estructuras vecinas. Dado el tamaño y su buena delimitación se optó por la realización de una adrenalectomía laparoscópica derecha con abordaje lateral transperitoneal. La técnica quirúrgica se realizó con la paciente en decúbito lateral izquierdo. Se colocaron 2 trócares de 10 mm y 2 trócares de 5 mm en hipocondrio y flanco derecho respectivamente, siguiendo el borde inferior de la parrilla costal derecha. Tras la revisión de cavidad peritoneal, se seccionó el ligamento triangular y se realizó la maniobra de Kocher para exponer la vena cava inferior y la vena suprarrenal derecha (figs. 2A-C). Seguidamente se procedió a la disección de la glándula suprarrenal tras el adecuado control vascular y a la extracción de la pieza quirúrgica introducida en una bolsa protectora (fig. 2D). El tiempo quirúrgico fue de 110 min. La evolución postoperatoria fue correcta y sin incidencias, siendo dada de alta a las 48 h. El resultado anatomopatológico fue de adenocarcinoma suprarrenal sin infiltración capsular. A los 2 meses de la intervención, la paciente presentaba una total remisión de la sintomatología adrenogenital y normalización de los parámetros hormonales. Tanto en el control tomográfico a los 6 meses como en los controles posteriores, no se ha evidenciado recidiva de la tumoración. En la actualidad la



Figura 1 – A) Detalle del hirsutismo torácico. B) Tomografía computerizada. C) Resonancia magnética. La flecha señala la tumoración.

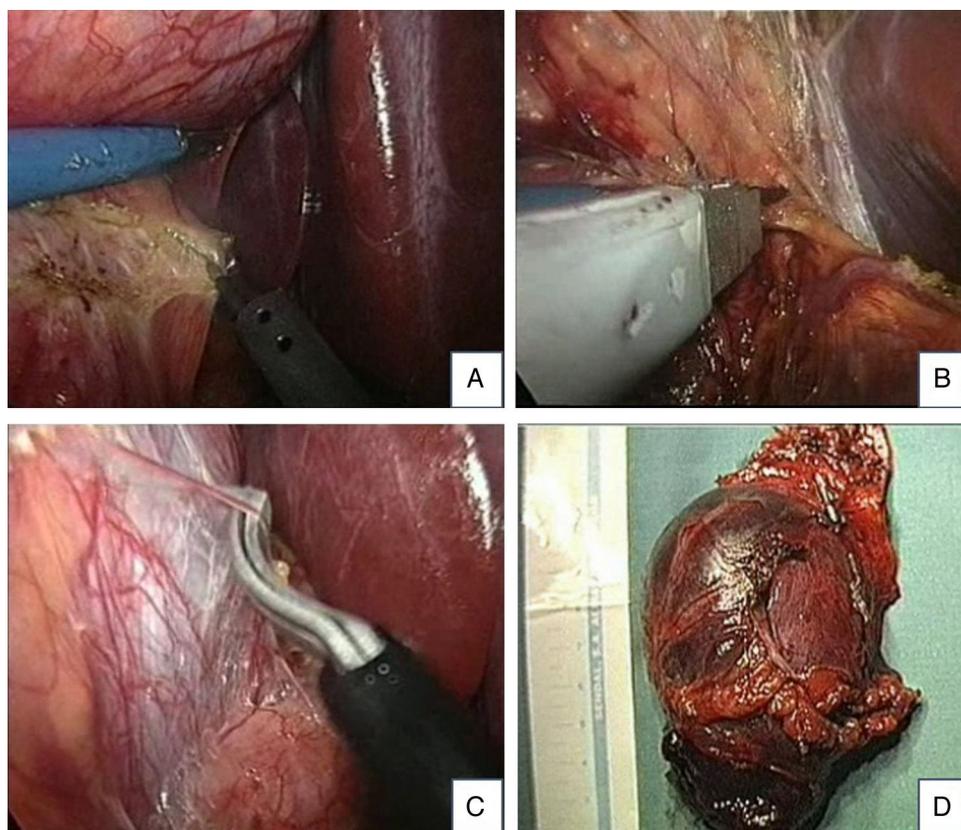


Figura 2 – A) Imagen laparoscópica en la que se aprecia la apertura del peritoneo parietal y la fascia de Gerota. B) Colocación de un clip en los vasos superiores. C) Maniobra de Kocher y disección de la vena cava inferior. D) Pieza quirúrgica.

paciente está libre de enfermedad, con un seguimiento superior a 8 años, y no ha presentado dificultades para la gestación.

El carcinoma suprarrenal representa el 0,2% de todos los casos de cáncer, y presenta 2 picos de incidencia (primera y quinta década de la vida), siendo más frecuente en las mujeres⁵. Aunque los carcinomas suprarrenales son potencialmente curables en los estadios iniciales, solo un tercio están confinados a la glándula suprarrenal cuando se diagnostican¹. Las pruebas diagnósticas incluyen un análisis sanguíneo con estudio hormonal completo y pruebas de imagen (TC y/o RM). No se recomienda la biopsia diagnóstica mediante punción-aspiración con aguja fina (PAAF) por el riesgo de diseminación o rotura². Los tumores suprarrenales virilizantes suponen el 20% de los carcinomas suprarrenales hipersecretorios. Son más frecuentes en mujeres y se manifiestan con hirsutismo, amenorrea o ciclos menstruales irregulares, cambios en la tonalidad de la voz y clítoromegalia⁶. El estudio hormonal revela una elevación sérica de testosterona, 17-dehidroepialdosterona-sulfato y androstendiona con aumento de la secreción urinaria de 17-cetoesteroides, con elevación o no de los glucocorticoides en sangre⁶. El diagnóstico diferencial incluye a los tumores ováricos de las células de Sertoli-Leydig, tumores ectópicos y ganglioneuromas⁷. En pacientes con malignidad localizada, la escisión quirúrgica radical es el tratamiento de elección, siendo el único tratamiento que puede lograr una supervivencia sin

enfermedad a largo plazo⁸. Aunque son necesarios estudios aleatorizados al respecto, parece que la resección radical con linfadenectomía, incluyendo ganglios celíacos, del hilio renal y ganglios lateroaórticos ipsilaterales, puede aumentar la supervivencia de estos pacientes⁹. El pronóstico global a largo plazo continúa siendo pobre, estimándose la supervivencia a los 5 años en un 16-38%⁸. Las recurrencias locales o a distancia pueden alcanzar hasta el 85% de los casos tras la cirugía, siendo el tamaño y el estadio tumoral determinantes¹⁰. Tampoco existen estudios aleatorizados con respecto a la indicación del abordaje laparoscópico, siendo este punto todavía objeto de debate; la vía de elección será la que proporcione la mayor seguridad de resección completa sin rotura de la tumoración. La principal indicación para el abordaje laparoscópico es en tumores con estadio I-II de la European Network for the Study of Adrenal Tumors (ENSAT) y con tamaño de hasta 10 cm⁹. Los tumores de más de 10-12 cm, las adherencias peritumorales y la existencia de adenopatías o metástasis se consideran contraindicaciones relativas (estadio III de la ENSAT)⁹. Se consideran contraindicaciones absolutas los carcinomas adrenales invasivos que requieran resecciones en bloque y linfadenectomía extensa, la trombosis venosa, los pacientes con coagulopatías mayores o comorbilidades importantes y los feocromocitomas malignos.

Actualmente se recomienda que la cirugía laparoscópica solo debería realizarse por equipos de cirujanos expertos en centros de referencia¹; además, en caso de evidenciarse invasión local o

dificultades técnicas que pongan en riesgo la rotura de la cápsula tumoral, deberá reconvertirse siempre a laparotomía para realizar una correcta resección en bloque con márgenes apropiados y asegurar una mayor supervivencia del paciente¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fassnacht M, Kroiss M, Allolio B. Update in adrenocortical carcinoma. *J Clin Endocrinol Metab.* 2013;98:4551-64.
2. Fassnacht M, Allolio B. What is the best approach to an apparently nonmetastatic adrenocortical carcinoma? *Clin Endocrinol (Oxf).* 2010;73:561-5.
3. Gagner M, Lacroix A, Prinz RA, Bolté E, Albala D, Potvin C, et al. Early experience with laparoscopic approach for adrenalectomy. *Surgery.* 1993;114:1124-5.
4. Gaujoux S, Brennan M. Recommendation for standardized surgical management of primary adrenocortical carcinoma. *Surgery.* 2012;152:123-32.
5. Ranvier GG, Inabnet WB 3rd. Surgical management of adrenocortical carcinoma. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2015;44:435-52.
6. Kirschner LS. Emerging treatment strategies for adrenocortical carcinoma: A new hope. *J Clin Endocrinol Metab.* 2006;91:14-21.
7. Gaisa N, Klöppel G, Brehmer B, Neulen J, Stephan P, Knüchel R, et al. Virilizing adrenal ganglioneuroma: A rare differential diagnosis in testosterone secreting adrenal tumours [Article in German]. *Pathologe.* 2009;30:407-10.

8. Lughezzani G, Sun M, Perrotte P, Jeldres C, Alasker A, Isbarn H, et al. The European Network for the Study of Adrenal Tumors staging system is prognostically superior to the international union against cancer staging system: A North American validation. *Eur J Cancer.* 2010;46:713-9.
9. Libé R. Adrenocortical carcinoma (ACC): Diagnosis, prognosis, and treatment. *Front Cell Dev Biol.* 2015;3:45.
10. Datta J, Roses RE. Surgical management of adrenocortical carcinoma: An evidence-based approach. *Surg Oncol Clin N Am.* 2016;25:153-70.

Daniel Del Castillo Déjardin, Arantxa Cabrera Vilanova, Margarida Vives Espelta, María Rosa Prieto Butillé y Fàtima Sabench Pereferer*

Hospital Universitario de Sant Joan de Reus, Universitat Rovira i Virgili, Reus, Tarragona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fatima.sabench@urv.cat

(F. Sabench Pereferer).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.05.005>
0009-739X/

© 2016 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Linfoma adrenal primario; una entidad poco frecuente en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones suprarrenales



Primary adrenal lymphoma; a rare entity in the differential diagnosis of suprarenal tumours

El uso generalizado de técnicas como la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética nuclear (RMN) para el seguimiento de pacientes oncológicos, ha aumentado la detección de masas de adrenales¹. Estas lesiones suponen un reto clínico por las dudas diagnósticas generadas sobre su naturaleza, especialmente en pacientes con antecedentes de neoplasias en pulmón, mama o colon^{1,2}.

Presentamos el caso de un paciente varón de 64 años de edad, sin antecedentes personales de interés, intervenido hacía un año por un adenocarcinoma de sigma (estadio pT3N0M0), y que posteriormente recibió tratamiento quimioterápico adyuvante con esquema XELOX. En la TC de seguimiento, realizada a los 9 meses de la cirugía, se objetivó una lesión adrenal izquierda de nueva aparición. La tumoración era ovalada y con valores de atenuación intermedios (fig. 1). En la tomografía por emisión de positrones (PET) presentaba un aumento de la actividad metabólica con un SUV

máximo de 16,47 (fig. 2). Por los antecedentes recientes, la primera sospecha diagnóstica fue la de metástasis adrenal por adenocarcinoma de colon. Por tratarse de una lesión de rápido crecimiento y aparentemente reseccable en las pruebas de imagen, para su caracterización se decidió suprarrenalectomía izquierda laparoscópica. Se realizó resección en bloque de la lesión. El estudio histopatológico describió la presencia de una infiltración de la glándula suprarrenal por un linfoma B difuso de células grandes con una tasa de proliferación celular elevada. El paciente recibió tratamiento con 6 ciclos del esquema quimioterápico rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona (R-CHOP), así como profilaxis intratecal, manteniéndose al año libre de enfermedad.

La afectación adrenal en el contexto de un linfoma no Hodgkin diseminado es infrecuente^{2,3}. Sin embargo, el linfoma adrenal primario (LAP) es una entidad poco habitual¹⁻³. Los linfomas extranodales localizados en tejido glandular