

## Seudoquiste adrenal gigante: a propósito de un caso

JUANA OLIVAR ROLDÁN<sup>a</sup>, BEGOÑA MOLINA BAENA<sup>a</sup>,  
TERESA MONTOYA ÁLVAREZ<sup>a</sup>, PALOMA IGLESIAS BOLAÑOS<sup>a</sup>,  
ALBERTO FERNÁNDEZ MARTÍNEZ<sup>b</sup> E ISABEL PAVÓN DE PAZ<sup>a</sup>

### GIANT ADRENAL PSEUDOCYST: A CASE REPORT

Although rare, adrenal pseudocysts are the most common cystic masses occurring in the adrenal gland. These lesions are usually asymptomatic, although they can produce nonspecific symptoms such as abdominal or lumbar pain. Surgical treatment is warranted only when adrenal pseudocysts are symptomatic or show imaging features suspicious for malignancy. We present a case of a giant hemorrhagic adrenal pseudocyst, possibly related to previous local trauma.

*Key words:* Adrenal pseudocyst. Adrenal incidentaloma. Abdominal pain.

<sup>a</sup>*Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Getafe. Getafe. Madrid. España.*

<sup>b</sup>*Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.*

Los seudoquistes adrenales son las lesiones quísticas más frecuentes de la glándula suprarrenal, si bien constituyen una entidad rara. Suelen ser asintomáticas, pero pueden producir clínica inespecífica como dolor abdominal o lumbar. Se recomienda tratamiento quirúrgico si son sintomáticos o se sospecha malignidad. Presentamos un caso de un seudoquiste adrenal hemorrágico gigante con un antecedente de traumatismo como posible etiología.

*Palabras clave:* Seudoquiste adrenal. Incidentaloma adrenal. Dolor abdominal.

### INTRODUCCIÓN

Hay una gran variedad de procesos, tumorales o no, que pueden causar aumento de tamaño de las glándulas suprarrenales. Las masas pequeñas generalmente se descubren de forma incidental al realizar pruebas de imagen por otro motivo. Las lesiones grandes (> 6 cm) suelen dar síntomas clínicos y es fundamental el diagnóstico diferencial con el carcinoma suprarrenal. El caso clínico que aportamos es un seudoquiste adrenal hemorrágico gigante.

### CASO CLÍNICO

Varón de 43 años sin antecedentes personales de interés, salvo una caída accidental aproximadamente un año antes, con traumatismo en región lumbar izquierda y luego dolor de características mecánicas, motivo por el que su médico de atención primaria solicitó una ecografía abdominal. En la ecografía abdominal aparecía una masa quística en el área teórica de la glándula suprarrenal izquierda por lo que se remitió al paciente a nuestras consultas de endocrinología. En la exploración física no presentaba ninguna anomalía, no se palpaba la masa abdominal y la presión arterial (PA) era 130/70 mmHg. El estudio analítico (hemograma, bioquímica con iones) y hormonal (cortisol basal, cortisoluria, corticotropina [ACTH] basal, 17-OH-progesterona, andrógenos suprarrenales, renina, aldosterona y metanefrinas en orina)

Correspondencia: Dra. J. Olivar Roldán.  
Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Getafe.  
Ctra. de Toledo, Km 12,5. 28905 Getafe. Madrid. España.  
Correo electrónico: juaniolivar@yahoo.es

Manuscrito recibido el 15-1-2007 y aceptado para su publicación el 16-4-2007.

fue normal (tabla 1). Se realizó también serología hidatídica, que resultó negativa. Se solicitó una tomografía computarizada (TC) abdominal, que evidenció una lesión quística de 11 cm de diámetro en el área de la glándula suprarrenal izquierda que producía desplazamiento anterior de los vasos esplénicos e inferior del riñón izquierdo. La lesión presentaba densidad homogénea, de apariencia líquida, con calcificación periférica en cáscara, compatible con una primera posibilidad diagnóstica de seudoquiste adrenal hemorrágico, seguida de quiste renal izquierdo complicado o quiste hidatídico (fig. 1).

El paciente fue intervenido quirúrgicamente y se le extirpó una tumoración retroperitoneal izquierda (fig. 2), de 12 cm de diámetro máximo y 650 g de peso, que correspondía a una lesión quística con origen en la glándula suprarrenal izquierda. Dicha tumoración estaba llena de líquido serohemático y material de apariencia mucofibrinoide-necrótica, con paredes finas y amplias zonas de calcificación. El diagnóstico anatomopatológico definitivo fue de seudoquiste hemorrágico adrenal.

Tras la cirugía desapareció el dolor abdominal y tanto el estudio de función suprarrenal como la TC abdominal no mostraron alteraciones.

## DISCUSIÓN

Los quistes adrenales se clasifican en cuatro grandes grupos: parasitarios (7%); epiteliales (9%); endoteliales (39%), y seudoquistes (45%)<sup>1</sup>.

El seudoquiste carece de revestimiento epitelial<sup>2</sup>, por lo que no es un quiste verdadero, y significa un residuo encapsulado de una hemorragia suprarrenal. Se han postulado como causas los traumatismos, como el paciente que presentamos, la sepsis y los tumores<sup>3</sup>, aunque en la mayoría de los casos se desconoce la etiología.

Es el quiste adrenal más frecuente, aunque es una lesión extremadamente rara, con una frecuencia del 0,064-1,8%<sup>4</sup> en las series de autopsias o del 0,02% en una revisión de 12.000 TC<sup>5</sup>.

TABLA 1. Resultados hormonales

	Valores
Cortisol basal (5-20 µg/dl)	15,3
Corticotropina (10-55 pg/ml)	29,5
Cortisol libre urinario (35-200 µg/dl)	94,3
17-OH-progesterona (0,6-3,3 ng/ml)	1,1
Sulfato de deshidroepiandrosterona (1.170-3.420 ng/ml)	2.987
Androstenodiona (0,3-3,1 ng/ml)	1,2
Renina basal (2,4-21,9 µU/ml)	6,8
Aldosterona basal (29-161 pg/ml)	55,9
Metoxiadrenalina urinaria (20-340 µg/dl)	82
Metoxinoradrenalina urinaria (20-600 µg/dl)	234

Puede ocurrir a cualquier edad, pero aparecen con más frecuencia entre la cuarta y la quinta década de la vida<sup>1,3</sup> y menos del 5% ocurre en niños. Su incidencia en las mujeres es el triple que en los varones<sup>3</sup>. Con más frecuencia son unilaterales y sólo un 5-8% son bilaterales.

Se detectan cada vez con más frecuencia como hallazgo incidental por el avance de las técnicas de imagen. Suelen ser asintomáticos y los síntomas y signos, cuando aparecen, son inespecíficos: dolor abdominal o lumbar como en el caso que aportamos, quejas gastrointestinales como epigastralgia posprandial o masa abdominal<sup>3</sup>. Otros síntomas más infrecuentes son la hipertensión arterial por compresión de la arteria renal o la rotura espontánea, con la consiguiente hemorragia retroperitoneal<sup>6</sup>.

El tamaño medio de los seudoquistes es de 6 (intervalo, 1,8-10) cm, pero hay casos descritos<sup>2</sup> en los que el quiste ocupa casi todo el abdomen y alcanza un tamaño de 33 cm y un peso > 20 kg. Macroscópicamente se presentan de forma unilocular con una pared fina de 1-5 mm de grosor y se encuentran rellenos de material amorfo marrón amarillento o sanguinolento. La

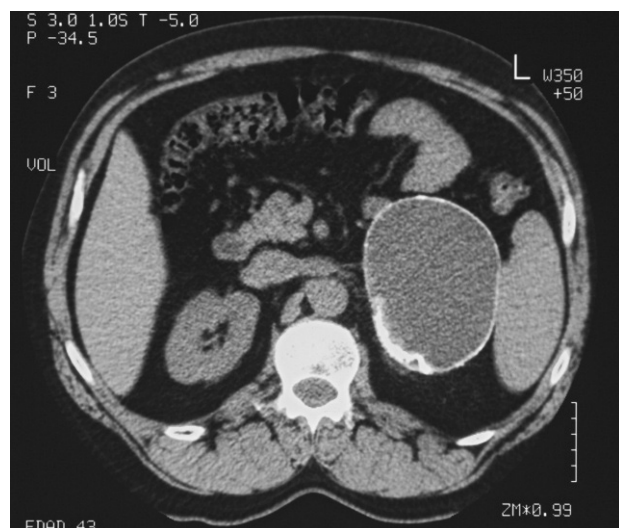


Fig. 1. Lesión quística con calcificación periférica en cáscara.

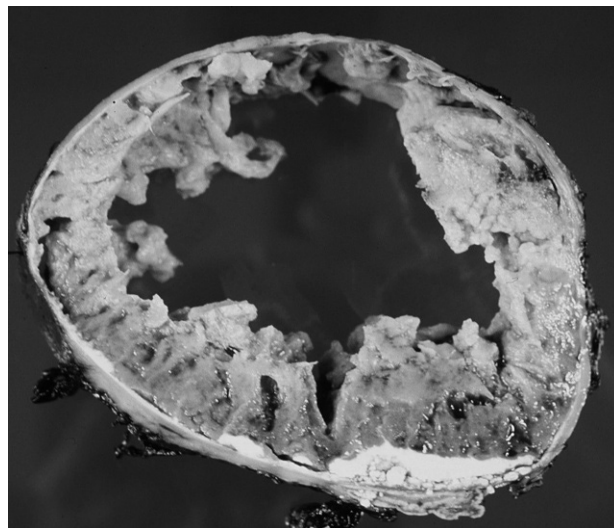


Fig. 2. Tumoración quística.

cápsula de tejido conectivo denso y fibroso puede estar hialinizada, con focos de calcificación y áreas amarillentas que son tejido residual del córtex adrenal. En algunos casos se ha descrito tejido muscular liso en la pared del quiste que se continúa con la pared muscular lisa de la vena adrenal.

El diagnóstico se realiza con pruebas de imagen<sup>7</sup> y se confirma mediante el estudio anatomopatológico. Las características ecográficas varían con el tiempo de sangrado, pero generalmente son de ecogenicidad mixta con área central hipoecoica que después puede llegar a ser anecoica con posterior refuerzo; las calcificaciones se pueden comenzar a observar en la periferia hasta 2 semanas después del sangrado. En la TC se presentan como masas bien definidas, con densidad cercana a la del agua. La pared puede presentar áreas de calcificación en un 10-15% de los casos, como sucede en nuestro paciente. En la resonancia magnética (RM) los quistes presentan escasa intensidad de señal en imágenes ponderadas en T1 y alta intensidad en T2. La punción-aspiración con aguja fina del quiste con estudio citológico y bioquímico puede ser útil para descartar malignidad en caso de que se presenten dudas.

El tratamiento sigue siendo controvertido, aunque parece que en las lesiones pequeñas asintomáticas se recomienda una actitud conservadora y se considera cirugía en los casos sintomáticos, quistes funcionales, con sospecha de malignidad o con aspirado hemorrágico<sup>8</sup>.

Rotzenblit et al<sup>9</sup> emplean criterios radiológicos para clasificar las masas adrenales quísticas no funcionantes. Los quistes no complicados son < 5-6 cm, homogéneos y con pared < 3 mm y se recomienda vigilancia periódica para detectar cambios en dichas características. En contraposición, los quistes complicados no son homogéneos, tienen una pared de espesor > 5 mm o calcificaciones gruesas, por lo que se opta por tratamiento quirúrgico. Se definen quistes indeterminados como los que presentan un tamaño > 5-6 cm, con valores de atenuación mayores que los del agua o con pa-

red entre 3 y 5 mm, y en estos casos se realiza punción para decidir la opción terapéutica.

Ansari et al<sup>10</sup> proponen una clasificación clínica en función de los síntomas que producen: en los quistes asintomáticos propone vigilancia radiológica y exéresis si se produce aumento de tamaño en el seguimiento; en los quistes sintomáticos recomienda tratamiento quirúrgico, como en el caso que presentamos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bellantone R, Ferrante A, Raffaelli M, Boscherini M, Lombardi CP, Crucitti F. Adrenal cystic lesions: report of 12 surgically treated cases and review of the literature. *J Endocrinol Invest.* 1998;21:109-14.
2. Lack EE. Atlas of tumor pathology. Tumors of the adrenal gland and extra-adrenal paraganglia. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 1997. p. 169-98.
3. Medeiros L, Lewandrowski KB, Vickery Jr AL. Adrenal pseudocyst: a clinical and pathologic study of eight cases. *Hum Pathol.* 1989;2:660-5.
4. Sroujeh AS, Farah GR, Haddad MJ, Abu-Khalaf MM. Adrenal cyst: diagnosis and treatment. *Br J Urol.* 1990;65:570-5.
5. Belldegrún A, Hussian S, Seltzer SE. Incidentally discovered mass of the adrenal gland. *Surg Gynecol Obstet.* 1986;163:203-8.
6. Arribas Del Amo A, Val-carreres A, Escartin A, Elia M, Aguiella D, Marínez D. [Adrenal gland pseudocyst: 2 cases manifesting with acute abdominal pain and shock.] *Arch Esp Urol.* 2001;54:173-6.
7. Mc Loughlin RF, Bilbey JH. Tumors of the adrenal gland: findings on CT and MRI imaging. *AJR Am J Roentgenol.* 1994; 163:1413-8.
8. Mohan H, Aggarwal R, Tahlán A, Bawas AS, Ahluwalia M. Giant adrenal pseudocyst mimicking a malignant lesion. *J Can Chir.* 2003;46:474.
9. Rotzenblit A, Morehouse HT, Amis ES. Cystic adrenal lesions: CT features. *Radiology.* 1996;201:541-8.
10. Ansari MS, Singh I, Hemal AK. Cost-reductive retroperitoneal excision of large adrenal pseudocyst: A case report and review of the literature. *Int Urol Nephrol.* 2001;33:307-10.