



# Quiste suprarrenal calcificado: reporte de un caso

Colorado-García A<sup>1</sup>, Torres-Medina E<sup>1</sup>, Arroyo-López R<sup>1</sup>, Camacho-Trejo V<sup>1</sup>, Castillo-González JM<sup>1</sup>, López-Verdugo JF<sup>1</sup>, Gutiérrez-Lerma R III<sup>2</sup>.



## ■ RESUMEN

Los quistes endoteliales suprarrenales son lesiones tumorales raras, ya que sólo acumulan 24% de los quistes reportados en la literatura inglesa, y no existe uno solo reportado en la literatura latinoamericana. La teoría más aceptada de su formación implica una alteración en el desarrollo o ectasia de vasos linfáticos o sanguíneos. Presentamos un caso de quiste suprarrenal calcificado no funcionante.

**Caso clínico:** Masculino de 45 años de edad con dolor punzante en ángulo costo-vertebral derecho. Exploración física anodina.

Los exámenes de laboratorio no muestran actividad hiperactividad suprarrenal. Los estudios de imagen revelan una masa suprarrenal derecha calcificada. El estudio histopatológico reportó un quiste suprarrenal de tipo endotelial calcificado.

**Palabras clave:** quiste suprarrenal endotelial.

## ■ ABSTRACT

*Suprarenal endothelial cysts are rare tumor lesions that only accumulate in 24% of cysts reported in the American and European literature. Not one case has been reported in Latin American publications. The most accepted theory as to its formation implies a developmental alteration or ectasia of blood or lymphatic vessels. A case of non-functioning calcified suprarenal cyst is presented.*

**Clinical case:** *The patient is a 45-year-old male who complained of sharp pain in the right costovertebral angle. Physical examination was unremarkable. Laboratory tests did not show suprarenal hyperactivity. Imaging studies revealed a right calcified suprarenal mass. The histopathological study reported a calcified endothelial suprarenal cyst.*

**Key words:** *Endothelial suprarenal cyst.*



1 Departamento de Urología, División de Cirugía, Unidad Médica de Alta Especialidad Centro Médico Nacional del Noreste, Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey, Nuevo León. 2 Departamento de Urología, Hospital General de Zona Núm. 33, Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey, Nuevo León.

Correspondencia: Dr. Alberto Colorado García. Servicio de Urología Unidad Médica de Alta Especialidad CMNE IMSS, Monterrey N.L. Avenida Fidel Velásquez y Abraham Lincoln S/N. Tel. (fax)+(52 81)83714100 ext. 41315. Correo electrónico colorado\_alberto@hotmail.com.

## ■ ANTECEDENTES

En 1670 Greiselius en Italia reportó el primer caso de un quiste suprarrenal. Los quistes suprarrenales son clasificados en cuatro grupos (parasitarios, epiteliales, endoteliales y los pseudoquistes).<sup>1</sup>

Los quistes endoteliales son raros, ya que sólo acumulan 24% de los quistes reportados en la literatura inglesa, y no hay uno solo reportado en la literatura latinoamericana. La teoría más aceptada de su formación implica una alteración en el desarrollo o ectasia de vasos linfáticos o sanguíneos.

Son más frecuentes en menores de un año o entre la cuarta y quinta décadas de la vida, no tienen predominio racial. Son bilaterales en menos del 20% de los casos.<sup>2,3</sup>

La gran mayoría de los casos son asintomáticos, aunque el síntoma más común es el dolor abdominal. El signo más frecuente es la presencia de plenitud o masa abdominal. Para realizar el diagnóstico, es necesario realizar una minuciosa historia clínica y descartar si la lesión es funcionante.<sup>4</sup> Los métodos de imagen más fidedignos son la tomografía axial computada o la ecosonografía. Se puede realizar aspiración con aguja fina con fines diagnósticos y de tratamiento. La citología ofrece una sensibilidad de 85% para detectar malignidad y una especificidad de 100%. El tratamiento quirúrgico se indica sólo cuando existe líquido hemorrágico o la citología es positiva para malignidad.<sup>5,6</sup>

## ■ CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 45 años de edad casado, católico, obrero, tabaquismo de hasta cinco cigarrillos al día. Inicia su padecimiento cinco meses previos a su estudio con dolor tipo punzante a nivel del ángulo costovertebral derecho sin irradiaciones, que gradualmente ha ido aumentando de intensidad hasta la fecha. Se controla con la ingesta de analgésico no esteroideo (AINE). Signos vitales dentro de parámetros normales, el resto de la exploración es anodina.

Los exámenes paraclínicos, biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, pruebas de funcionamiento hepático fueron normales. Se realizaron estudios de función suprarrenal como determinación de noradrenalina, ácido vanililmandélico y metanefrinas en orina, los cuales resultaron negativos. Los exámenes séricos de función adrenal resultaron dentro de los parámetros normales.

Se realizó ecosonografía abdominal identificando vesícula biliar, hígado, bazo y páncreas normales.

Riñón izquierdo de 110 x 46 mm con relación corticomedular conservada sin evidencia de lesiones.

Riñón derecho de 98 x 54 mm muestra en polo superior imagen hiperecoica bien delimitada de



**Imagen 1.** Urografía excretora: la imagen radiopaca no permite visualizar el colector superior derecho, riñón contralateral normal.



**Imagen 2.** Tomografía computada de abdomen. Se aprecia imagen hiperdensa sobre riñón derecho.

aproximadamente 42 mm de diámetro, aparentemente proveniente del parénquima renal, no lográndose identificar por completo el polo superior.

En la placa simple de abdomen se identifica imagen radiopaca de 4.5 cm de diámetro, localizada en la región superior de la topografía renal derecha que no ocasiona distorsión de la sombra renal. En la urografía excretora se aprecia captación y eliminación del medio de contraste sin retraso, pero la imagen radiopaca no permite visualizar el colector superior derecho, riñón contralateral normal (**Imagen 1**). En placa lateral se identifica la topografía en relación con el polo superior del riñón derecho. En la tomografía computada de abdomen se aprecia imagen hiperdensa sobre riñón derecho, los órganos contiguos se aprecian de características normales (**Imagen 2**).



Foto 1. Pieza posoperatoria.

### ■ TRATAMIENTO

Se decidió exploración quirúrgica abierta en posición de lumbotomía con hallazgo de masa de consistencia pétreo, se toma una biopsia transoperatoria con reporte de cristales y masa calcificada. Se reseca la masa por completo (**Foto 1**).

El estudio histopatológico reportó quiste suprarrenal de tipo endotelial calcificado. Inmunohistoquímica positiva a CD31 y factor VIII.

### ■ COMENTARIOS

Los quistes suprarrenales son patología poco habituales de las cuales su descripción literaria está dada por reportes de casos y muy escasas revisiones de series.

Sin embargo, en la gran mayoría de los pocos casos reportados, la patología se reporta como de naturaleza benigna.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Abeshouse GA, Goldstein RB, Abeshouse BS. Adrenal cysts. Review of the literature and report of three cases. *J Urol* 1959;81(6):711-9.
2. Foster DG. Adrenal cysts. *Arch Surg* 1966;92:131-43.
3. Keaney GP, Mahoney EM. Adrenal cysts. *Urol Clin N Am* 1977;4:273-83.
4. Siekavizza JL, Bernardino ME, Samáan NA. Suprarrenal mass and its diagnosis. *Urology* 1981;18(6):625-32.
5. Copeland PM. The incidentally discovered adrenal mass. *Ann Intern Med* 1983. 98(6):940-5.
6. Nero LM, Nance FC. Management of adrenal cysts. *Am Surg* 1999;65(2):151-63.