



Nota clínica

Seudoquiste adrenal grande que simula feocromocitoma quístico: exéresis minimizando el acceso laparoscópico

Luis A. Fariña^{a,*}, Iosu Antón^b y Gabriel C. Fernández^c

^aServicio de Urología, Hospital POVISA, Vigo, España

^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital POVISA, Vigo, Pontevedra, España

^cServicio de Radiología, Hospital POVISA, Vigo, Pontevedra, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 4 de diciembre de 2007

Aceptado el 12 de enero de 2008

Palabras clave:

Quiste adrenal

Laparoscopia

RESUMEN

Introducción: Las lesiones adrenales quísticas o pseudoquísticas son relativamente raras, generalmente benignas y asintomáticas, y se descubren de manera incidental o durante el estudio de molestias abdominales inespecíficas. Menos frecuentemente, pueden causar síntomas gastrointestinales o dolor abdominal o lumbar, sobre todo si son suficientemente grandes. Histológicamente, se clasifican en quistes epiteliales, endoteliales, pseudoquistes (con pared fibrosa sin epitelio) y parasitarios. El diagnóstico diferencial de los quistes adrenales debe plantearse con el carcinoma adrenal quístico y con el feocromocitoma quístico, lesiones muy infrecuentes pero de mayor gravedad o de tratamiento más difícil.

Pacientes y resultados: Una mujer de 55 años consultó por dolor en flanco derecho y en los estudios de imagen se halló un tumor suprarrenal quístico de 10 cm, con semiología radiológica de feocromocitoma quístico. Se realizó exéresis laparoscópica transperitoneal mediante tres accesos, evacuando el quiste mediante embolsado y aspiración intraabdominal, lo que permitió minimizar las heridas operatorias. El estudio histopatológico mostró pseudoquiste.

Conclusiones: Con la divulgación del acceso laparoscópico, menos invasivo, se ha comunicado recientemente un número creciente de casos aislados y de series de casos de quistes adrenales intervenidos. La revisión de la bibliografía científica muestra que, generalmente, se trata de quistes benignos, pero no siempre es posible identificar el carcinoma y el feocromocitoma quísticos por las características radiológicas. El vaciado del contenido quístico en condiciones de asepsia y de seguridad oncológica permite minimizar las heridas quirúrgicas, aumentando los beneficios del acceso laparoscópico.

© 2009 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luisfarina@yahoo.com (L.A. Fariña).

Large adrenal pseudocyst mimicking cystic pheochromocytoma: excision minimising laparoscopic access

A B S T R A C T

Keywords:
Adrenal cyst
Laparoscopy

Introduction: Adrenal cysts and pseudocysts are rare and usually benign and asymptomatic; they are discovered either accidentally or during examination for non-specific abdominal discomfort. Less frequently, they may cause gastrointestinal symptoms or abdominal or lumbar pain, particularly when they are quite large. Histologically, they are classified as epithelial, endothelial, parasitic and pseudocysts (with a fibrous wall but no epithelium). The differential diagnosis for adrenal cysts must consider cystic adrenal carcinoma and cystic pheochromocytoma, which are both extremely rare, but more severe and difficult to treat.

Patients and results: A 55 year-old woman reported right-side flank pain; imaging studies discovered a 10cm cystic adrenal tumour, with radiological indications of cystic pheochromocytoma. Total transperitoneal laparoscopic excision was performed through three access ports. The cyst was drained by intra-abdominal bagging and aspiration before excision, in order to minimise surgical incisions. Pathological study showed benign pseudocyst.

Conclusions: As less invasive laparoscopic procedures become widespread, an increasing number of case reports and series of cases regarding adrenal cyst operations have recently been reported. A review of the literature shows that the cysts are generally benign, but it is not always possible to identify cystic adrenal carcinoma or cystic pheochromocytoma from the radiology image. Draining the cyst using an aseptic and oncologically safe procedure is useful for minimising surgical wounds and increases the benefits of laparoscopic access.

© 2009 AEU. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Las lesiones adrenales quísticas o pseudoquísticas son relativamente raras, generalmente benignas y asintomáticas, y se descubren de manera incidental en los adultos; predominan en mujeres, aunque también se han visto en niños. De manera menos frecuente, pueden causar síntomas gastrointestinales, dolor abdominal o lumbar, sobre todo si son suficientemente grandes, o bien pueden mostrarse como masas palpables en el abdomen o sufrir infecciones espontáneas^{1,2}. En ocasiones, generan problemas de diagnóstico diferencial, pues se confunden con lesiones quísticas renales o pancreáticas y pueden simular lesiones malignas^{3,4}. Desde el punto de vista histopatológico, los quistes no neoplásicos se clasifican como pseudoquistes (los más comunes, con una pared fibrosa en la que no se reconoce epitelio), quistes epiteliales, endoteliales y parasitarios⁵.

Caso clínico

Una mujer de 55 años consultó por molestias en el flanco derecho. Los estudios de imagen iniciales (ecografía y tomografía computarizada) mostraron una lesión quística de 10 × 9,5 cm de diámetro, con calcificaciones puntiformes en su pared, en relación íntima con la suprarrenal derecha (fig. 1). En el estudio de resonancia magnética basal y con contraste, se observaron algunas áreas sólidas de diferente grosor en la pared, que crecían hacia el interior del quiste y se realizaban

con el contraste, hallazgos que hicieron pensar en un feocromocitoma quístico (fig. 2). Las determinaciones de laboratorio habituales y endocrinológicas fueron normales.

Se realizó una exéresis laparoscópica transperitoneal mediante tres accesos subcostales, extirpando el quiste de forma completa, seguido de su embolsado y de la aspiración intraabdominal de su contenido mediante una aguja de colecistostomía laparoscópica (Karl Storz, Alemania) (fig. 3), con la que se evacuaron 150 ml de líquido marrónáceo sin olor, lo que permitió extraer la pieza por uno de los orificios de acceso de 12 mm, minimizando de ese modo las heridas operatorias.

El estudio macroscópico e histopatológico mostró una lesión cavitada benigna, dependiente de la corteza adrenal (fig. 4), con una pared fibrosa densa en la que había restos de adrenal, infiltrados linfoplasmocitarios y focos de calcificación distrófica, y sin que en ningún momento se observara revestimiento epitelial destacable, lo que era compatible con quiste hemorrágico adrenal o pseudoquiste benigno. El cultivo del contenido del quiste fue negativo.

Conclusiones

El origen de los pseudoquistes adrenales está probablemente en un hematoma adrenal espontáneo o traumático, pues en el estudio macroscópico y microscópico en ocasiones se reconocen restos de la glándula adrenal atrófica y focos de calcificación o hialinosis, consecuencia de sangrados repetidos.

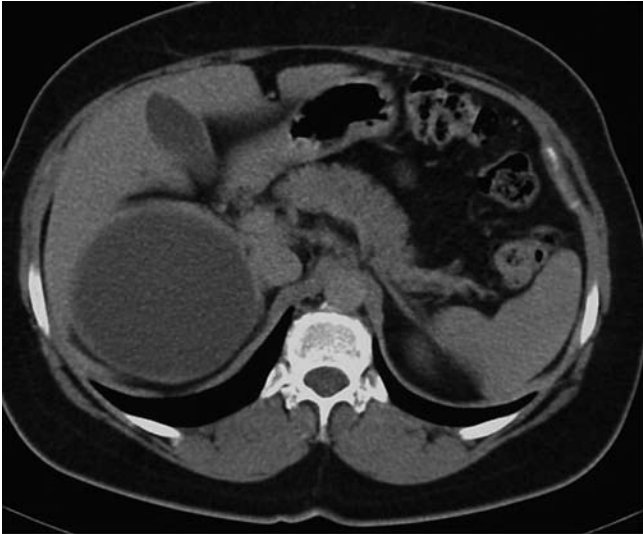


Figura 1 – Tomografía computarizada. Estudio simple: quiste adrenal con paredes gruesas e irregulares; el diagnóstico de imagen fue de feocromocitoma quístico.

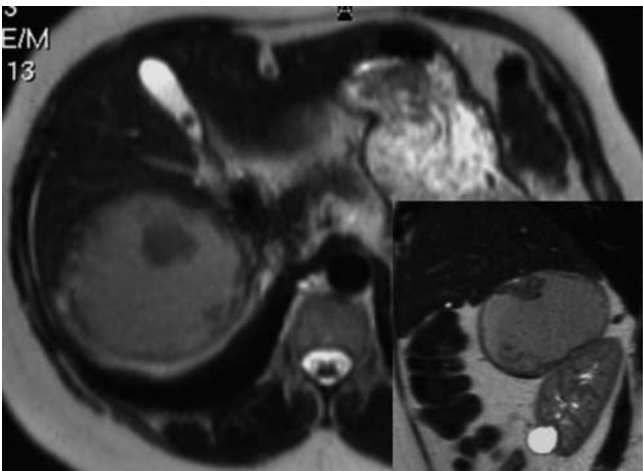


Figura 2 – Resonancia magnética. Estudio con contraste, sección axial e, insertada, sección coronal para mostrar la relación del quiste con el polo superior del riñón y la existencia de algunas áreas sólidas de diferente grosor que crecen hacia el interior del quiste.

La revisión de la escasa bibliografía científica referida a los quistes adrenales muestra que, generalmente, se trata de quistes benignos y que no siempre es posible hacer el diagnóstico diferencial por las características radiológicas con el carcinoma adrenal quístico o el feocromocitoma quístico, lesiones muy infrecuentes pero con connotaciones importantes por su mayor gravedad o su tratamiento más difícil^{6,7}.

El tratamiento de los quistes y pseudoquistes adrenales puede ser conservador, si los síntomas son de menor entidad, o bien la aspiración y esclerosis percutánea, si el quiste está bien caracterizado y no hay dudas de su benignidad. Con la divulgación del acceso laparoscópico, de menor morbilidad que las operaciones clásicas, se ha comunicado en los últimos años un número creciente de casos aislados y de series de casos de quistes adrenales intervenidos^{1,8,9}. Siempre que

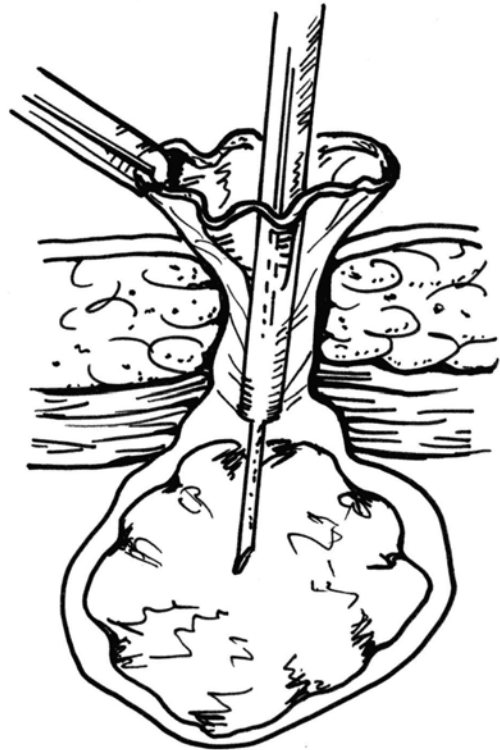


Figura 3 – Punción- evacuación intraabdominal del quiste embolsado utilizando una aguja de colecistostomía laparoscópica. Basado en una figura de Schultz¹⁰.



Figura 4 – Aspecto macroscópico de la pieza operatoria: en la parte superior se observan restos de adrenal comprimida.

sea posible, debería tratarse como una lesión potencialmente maligna procurando la exéresis íntegra, para lo cual es necesaria la evacuación de la pieza en una bolsa laparoscópica de tamaño suficiente. Es menos recomendable la opción de decorticar y marsupializar la lesión, como si se tratara de un quiste renal, y debe limitarse a los casos en los que existe

un diagnóstico previo y seguro de benignidad. La aspiración intraabdominal del contenido del quiste, con las debidas precauciones asépticas y oncológicas, tal como se muestra en este caso, ofrece ventajas, ya que minimiza los accesos necesarios y las heridas quirúrgicas.

B I B L I O G R A F Í A

1. Castillo OA, Litvak JP, Kerkebe M, Urena RD. Laparoscopic management of symptomatic and large adrenal cysts. *J Urol*. 2005;173:915-7.
2. Redondo E, Rey A. Pseudoquistes gigantes de la glándula suprarrenal. Estudio clínico-patológico de 2 casos. *Arch Esp Urol*. 1991;44:821-5.
3. Demir A, Tanidir Y, Kaya H, Turkeri LN. A giant adrenal pseudocyst: case report and review of the literature. *Int Urol Nephrol*. 2006;38:167-9.
4. Mohan H, Aggaarwal R, Tahlan A, Bawa AS, Ahluwalia M. Giant adrenal pseudocyst mimicking a malignant lesion. *Can J Surg*. 2003;46:474.
5. Neri LM, Nance FC. Management of adrenal cysts. *Am Surg*. 1999;65:151-63.
6. Erickson LA, Lloyd RV, Hartman R, Thompson G. Cystic adrenal neoplasms. *Cancer*. 2004;101:1537-44.
7. Goshima S, Kanematsu M, Kondo H, Yokoyama R, Hoshi H, Moriyama N. Pheochromocytoma with posthemorrhagic cystic degeneration: magnetic resonance imaging findings. *J Magn Reson Imaging*. 2004;19:640-4.
8. Williams JF, Wolf JS Jr. Laparoscopic adrenal cysts resection. *Tech Urol*. 1998;4:202-7.
9. Mishra AK, Agarwal G, Agarwal A, Mishra SK. Laparoscopic adrenalectomy of large cystic pheochromocytoma. *Surg Endosc*. 2001;15:220.
10. Schultz LS. Laparoscopic cholecystectomy. En: Graber JN, Schultz LS, Pietraffita JJ, Hickok DF, editores. *Laparoscopic abdominal surgery*. New York: McGraw-Hill; 1993. p. 119-36.