

Pseudoquiste suprarrenal hemorrágico: Descripción de un caso y revision de la literatura

Jorge Moreno-Aranda,* Hugo F. Wingartz-Plata,** Boris Maldonado-Arce,*** J. Juvenal Vega-Espinosa,**** Efraín Maldonado-Alcaraz*****

Resumen

Los quistes de suprarrenal son raros y aún más los pseudoquistes hemorrágicos, los que generalmente son entidades no sospechadas y que pueden presentarse con datos sugestivos de abdomen agudo. Algunos de estos pueden llegar a desarrollar ruptura con la consiguiente hemorragia retroperitoneal e incluso la muerte. Presentamos el caso de una paciente con un pseudoquiste suprarrenal hemorrágico, con un cuadro clínico sugestivo de apendicitis.

Palabras clave: *pseudoquiste suprarrenal hemorrágico, abdomen agudo.*

Introducción

Los quistes suprarrenales son raros (0.064%-0.18% en las series de autopsias), y hay menos de 500 casos reportados en la literatura occidental. Histopatológicamente corresponden a pseudoquistes (40%), quistes endoteliales, epiteliales y parasitarios.¹⁻⁴

Se han descrito casos en neonatos, pacientes con estados alterados de la coagulación y estrés físico. Algunos de estos casos son idiopáticos y la mayoría tiende a ser bilateral.¹⁻¹⁰

La mayoría de las causas tiene en común un incremento de las hormonas adrenocorticotrópicas o una predisposición a trombosis venosa adrenal. Además de que el flujo sanguíneo adrenal es susceptible a la hemorragia, la disposición de los vasos se describe como un "pool vascular" y esto implica que un incremento de la presión venosa adrenal que pueda resultar en hemorragia adrenal.^{3,8,9,11}

Los quistes suprarrenales generalmente son sintomáticos sólo en 6% de los casos, manifestándose la mayoría de las veces por dolor en el flanco, choque hipovolémico o un cuadro clínico semejante al abdomen

Summary

Adrenal cysts are rare entities, and hemorrhagic pseudocysts are even less frequent. Generally, they are unsuspected during first patient evaluation and can suggest acute abdomen. We present the case of a hemorrhagic pseudocyst with sudden onset of abdominal pain and features compatible with acute appendicitis.

Key words: *hemorrhagic adrenal pseudocyst, acute abdomen.*

agudo, lo que es característico de quistes grandes, muy susceptibles a desarrollar complicaciones, tales como ruptura o hemorragia aguda. Se han reportado casos en los que se presenta hipertensión como parte del cuadro clínico. Un gran número de los casos reportados corresponde a piezas de autopsia.^{10,12,13,15,16}

Los hallazgos de laboratorio más frecuentes demuestran disminución de la hemoglobina de más de 1.5 g/dL en 69% de los casos o una falla suprarrenal que se traduce en hiponatremia e hiperkalemia. Sin embargo estos hallazgos son poco frecuentes.^{8,10,14}

El ultrasonido la tomografía computada y la resonancia magnética nuclear tienen en general sensibilidad de 66.7%, 80% y 100% respectivamente. En el ultrasonido y la TAC los hallazgos corresponden a una masa de ecogenicidad heterogénea, que desplaza caudalmente el riñón, sin irrumpir en el parénquima. En la resonancia magnética nuclear las lesiones son de alta intensidad en T1 y T2. La angiografía muestra una imagen hipovascular en la región suprarrenal.¹⁷

El diagnóstico diferencial incluye tumores no funcionantes y abscesos de la glándula suprarrenal.²⁻⁴

* Urólogo, Hospital Ángeles del Pedregal.

** Urólogo. Hospital de Especialidades CMNSXXI, Instituto Mexicano del Seguro Social.

*** Urólogo, Hospital Ángeles del Pedregal.

**** Residente del Quinto año de Urología. Hospital de Especialidades CMNSXXI. Instituto Mexicano del Seguro Social.

***** Residente del Tercer año de Urología. Hospital de Especialidades CMNSXXI. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Miguel Laurent No. 918 Int. 101, Col. Letrán Valle, Delegación B. Juárez C.P. 03650. México D.F.
Correo electrónico: uro_logica@hotmail.com

El tratamiento quirúrgico (adrenalectomía transabdominal) está indicado cuando la lesión es grande y sintomática, no puede distinguirse de una neoplasia, si corresponde a una masa funcional o si existe hemorragia masiva. En caso de ser bilateral está indicada la terapia sustitutiva hormonal desde el postquirúrgico.^{11,13,14,18}

Descripción del caso

Mujer de 19 años de edad con historia familiar de cáncer de pulmón, gástrico y de mama, alcoholismo social, nulípara, sin antecedentes quirúrgicos, alérgicos, traumáticos, transfusionales o de enfermedades crónico-degenerativas.

Es valorada con un cuadro clínico de 48 hrs de evolución de dolor súbito punzante en hipocondrio derecho, que se irradia a la fosa ilíaca derecha e incrementa con la inspiración y el movimiento, asociado a náusea sin emesis e hipertermia no cuantificada.

A la exploración intranquila, facies álgica, discreta palidez de tegumentos y leve deshidratación. Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, peristalsis disminuída, resistencia muscular involuntaria de hemiabdomen derecho, con dolor en la misma área a la palpación superficial y profunda, pero de predominio en fosa ilíaca ipsilateral. No se delimitan masas intraabdominales. Signo de von Blumberg, obturador y psoas positivos, Giordano negativo.

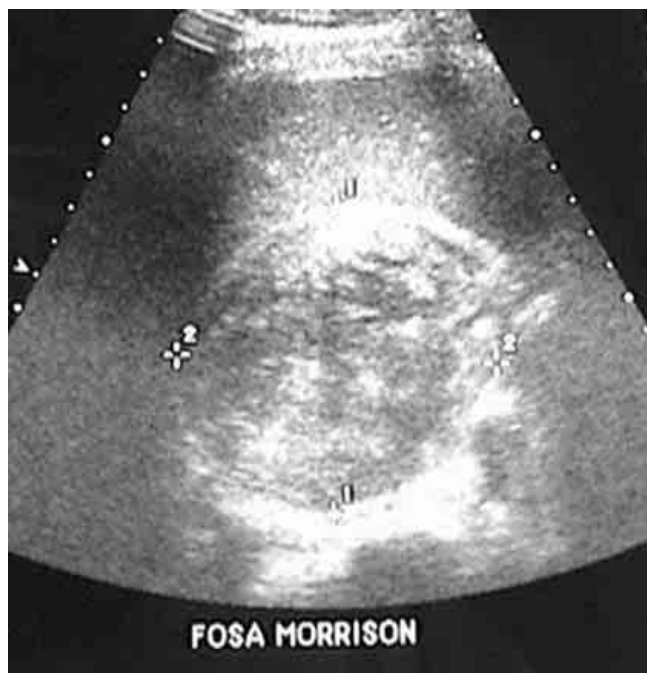


Figura 1. Masa de 81X85 mm en el espacio de Morrison que desplaza caudalmente el riñón ipsilateral.

Mostró en sus exámenes de laboratorio Hb de 12.4, discreta leucocitos (11,900), con predominio de polimorfonucleares (77%) y sin bandemia. La química sanguínea, electrolitos séricos y tiempos de coagulación normales, con un examen general de orina en el que sólo se hacía notar un pH de 5.5, huellas de hemoglobina y en el sedimento 2-5 eritrocitos y 5 a 10 leucocitos por campo.



Figuras 2-A y 2-B. TAC abdominopélvica en la que se observa un tumor de densidad semejante al hígado sin reforzamiento con el contraste y que desplaza al riñón.

El ultrasonido abdominal demostró una masa de ecogenicidad heterogénea en el espacio de Morrison de 81X85 mm, con riñón ipsilateral desplazado caudalmente pero sin afección parenquimatosa (Figura 1). En la tomografía abdominopélvica se corrobora una masa subhepática de contornos regulares y densidad similar al parénquima hepático y que no refuerza con la aplicación de medio de contraste IV, además de desplazamiento caudal del riñón derecho. Uno y otro riñones con captación, concentración y eliminación adecuada del medio de contraste (Figura 2-A y 2-B).

Por los datos clínicos sugestivos de abdomen agudo se somete a laparotomía exploradora realizándose apendicectomía y suprarrenalectomía simple.

Se realiza estudio histopatológico donde se encuentra: glándula suprarrenal derecha con trombosis sinusoidal reciente. Necrosis y hemorragia masiva con formación de pseudoquiste, no se observa neoplasia maligna, apéndice sin alteraciones histológicas significativas (Figura 3).

La paciente en este momento se encuentra en buenas condiciones, sin alteraciones sugestivas de insuficiencia suprarrenal y sin otra patología demostrable en los estudios de extensión.

Discusión

La frecuencia con la que se detectan las hemorragias suprarrenales depende de su índice de sospecha. En nuestro caso, la hemorragia aguda fue la que ocasionó el cuadro clínico tan manifiesto, y el dolor abdominal fue el dato pivote. Los datos bioquímicos de falla adrenal no son comunes y en nuestro caso no se presentaron, no obstante creemos que estos datos pueden no solo estar presentes en pacientes con falla adrenal, sino además en pacientes críticamente enfermos sin lesiones suprarrenales.

El descubrimiento de hemorragia suprarrenal inexplicable, especialmente bilateral porque debe conducir a una búsqueda de factores predisponentes, tales como el anticoagulante lúpico. La presencia de anticoagulante lúpico circulante tiene implicaciones terapéuticas, ya que indica una anticoagulación de larga duración. En situaciones que se caracterizan por sepsis, estrés severo, tales como el estrés respiratorio agudo severo o falla orgánica múltiple, la hemorragia suprarrenal es un indicador de severidad más que un cuadro clínico paralelo.

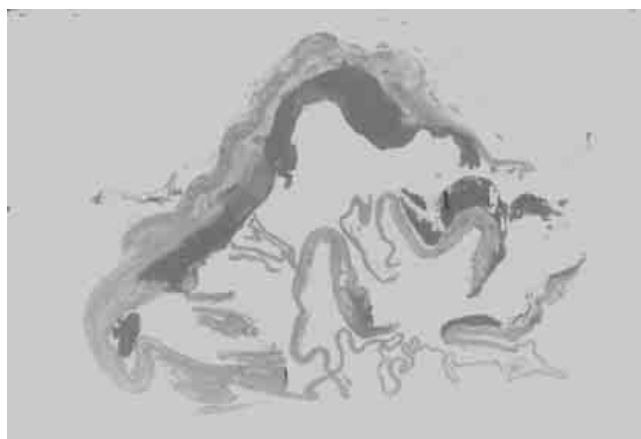


Figura 3. Vista microscópica del pseudoquiste con contenido hemorrágico.

Referencias

1. Chew SP, Sim R, Teoh TA, Low CH. Haemorrhage into non-functioning adrenal cysts: Report of two cases and review of the literature. *Ann Acad Med Singapore* 1999;28(6):863-6.
2. Bellantone R et al. Adrenal cystic lesions: Report of 12 surgically treated cases and review of the literature. *J Endocrinol Invest* 1998;21(2):109-14.
3. Danza FM et al. Adrenal gland cysts. Our experience. *Minerva Chir* 1993;48(21-22):1325-30.
4. Vella A, Nippoldt T, Morris J. Adrenal hemorrhage: A 25-year experience at the Mayo Clinic. *Mayo Clin Proc* 2001;76(2):161-168.
5. Castejon CJ, Cuadri DA, Martínez CA. Neonatal adrenal hemorrhage. A surgical problem?. *An Esp Pediatr* 1983;19(2):106-10.
6. Sakamoto T, et al. Idiopathic adrenal hemorrhage: A case report. *Hinyokika Kyo* 1998;44(11):805-807.
7. Ognibene AJ, McBride H. Adrenal hemorrhage: A complication of anticoagulant therapy- a case history. *Angiology* 1987;38(6):479-83.
8. Ferreira JG. Acute adrenal haemorrhage: Diagnosis, treatment and follow-up. *Int Urol Nephrol* 1996;28(6):735-41.
9. Kovacs KA, Miu Lam Y, Pater JL. Bilateral massive adrenal hemorrhage: Assessment of putative risk factors by the case-control method. *Medicine* 2001;80(1):45-53.
10. Ferrante A, Civello IM, Bellantone R, Boscherini M. Hemorrhagic adrenal cyst: An unusual reason of acute hypovolemia. *Chir Ital* 1999;51(4):325-8.
11. Merkle W. Spontaneous adrenal gland hemorrhage in adults. *Urologe A* 1986;25(6):343-6.
12. Donohue JP, Garrett RA, Holland TF, Warfel K. Obscure abdominal distress and vascular collapse in a man. *J Urol* 1979;122(1):83-6.
13. Eggink FA, Kijnders WP, Sonneveldt HA. Adrenal cyst complicated by massive haemorrhage. *Arch Chir Neerl* 1965;17(3):165-8.
14. Ito K et al. Embolization for massive retroperitoneal hemorrhage from adrenal pheochromocytoma: A case report.
15. Leone V, Letinni L, Fabbroni S, Bruno S. Hemorrhagic pseudocyst of the adrenal gland. Presentation of a case. *Minerva Chir* 1991;46(12):707-12.
16. Tourgunakov AP. 2 cases of arterial hypertension caused by the hemorrhagic cysts of the adrenal glands. *Klin Med (Mosk)* 1978;56(1):135-6.
17. Usamentiaga E, Ortiz A, Bustamante M, Pereda T, Pagola MA. CT in spontaneous adrenal gland rupture: A case report. *Acta Radiol* 1998;39(3):330-331.
18. Fernández MJ, et al. Adrenal pseudocysts. Therapeutic attitude. *Arch Esp Urol* 1998;51(8):761-5.