

Adrenalectomía por mielolipoma suprarrenal

Adrenalectomy by Adrenal Myelolipoma

Yudenia Toledo Cabarcos¹ <http://orcid.org/0000-0002-5354-9414>

Yudelky Almeida Esquivel¹ <http://orcid.org/0000-0002-5413-0383>

Karell Piñón García^{1*} <http://orcid.org/0000-0002-1336-1396>

¹Hospital Universitario “Manuel Ascunce Domenech”. Camagüey, Cuba.

*Autor para la correspondencia: yudelky.cmw@infomed.sld.cu

Recibido: 17/07/2020

Aceptado: 01/08/2020

Las imágenes que se observan corresponden a una paciente portadora de un mielolipoma suprarrenal. Tiene 65 años de edad, su color de la piel es blanco y refiere antecedentes de salud. Acudió al Servicio de Urología por presentar dolor mantenido en región lumbar izquierda de cuatro meses de evolución, moderada intensidad, sin alivio a la administración de analgésicos, con irradiación a flanco izquierdo y acompañado de náuseas y vómitos. Fue valorada por el urólogo y el examen físico constató un abdomen doloroso a la palpación profunda en flanco izquierdo y maniobra de puño percusión dolorosa.

Exámenes complementarios

- Hematocrito: 0,35 %
- Glucemia: 4,9 mmol/l
- Creatinina: 87 umol/l
- Tiempo de coagulación: 7 segundos
- Tiempo de sangramiento 2 segundos

- Urea: 30 mmol/l.

La ultrasonografía abdominal informó un riñón izquierdo con mala diferenciación seno parénquima. Hacia el polo superior se observa una imagen heterogénea que modifica la estructura de ese polo, diámetro de 64x60x50 mm, con calcificación pequeña que pudiera estar relacionada con tumor de cavidades renales que compromete gran parte del parénquima, sugestivo de hipernefroma. El resto de las estructuras no presenta alteraciones. En la tomografía computarizada contrastada se observó una imagen de densidad mixta en proyección del polo superior del riñón izquierdo con íntima conexión con el colon y el páncreas, de paredes gruesas que realzan tras la administración de contraste (Fig. 1).



Fig. 1- Tomografía contrastada que ilustra lesión ocupativa de espacio en polo superior del riñón izquierdo.

Fue anunciada para tratamiento quirúrgico. Con la administración de anestesia combinada (general orotraqueal y epidural continua) se realizó adrenalectomía izquierda (Fig. 2).



Fig. 2- Glándula suprarrenal izquierda resecada.

El Departamento de Anatomía Patológica concluyó que el estudio del espécimen quirúrgico mostró un mielolipoma suprarrenal izquierdo (Fig. 3).

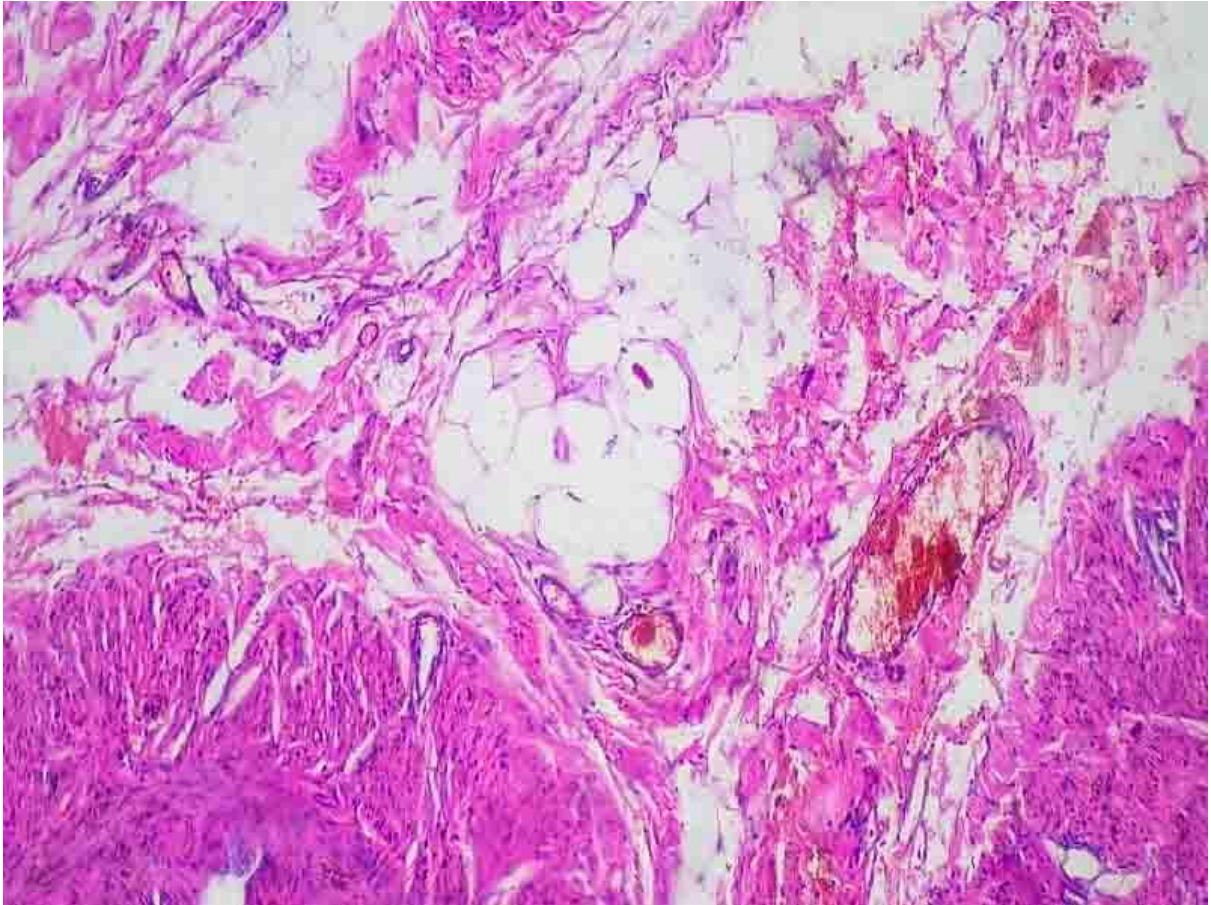


Fig. 3- Microscópicamente se observa tejido adiposo y áreas de hemorragia con focos de elementos hematopoyéticos.

Comentario

El mielolipoma suprarrenal, denominado incidentaloma por ser diagnosticado de forma incidental, es un tumor benigno e infrecuente de la glándula suprarrenal. Fue descrito independientemente por Gierke en 1905 y por su discípulo Oberling en 1926.⁽¹⁾ Esta afección se caracteriza por una mezcla de tejido adiposo y elementos hemopoyéticos.⁽²⁾

Generalmente es unilateral con predominio del lado derecho y no funcional. Representa el 5,8 % de los tumores suprarrenales con una tasa de detección que oscila entre 0,08-0,2 %.⁽²⁾ De modo más común afecta a pacientes de ambos sexos y con una edad media de 40 a 79 años. El sitio más afectado es la glándula suprarrenal, aunque otros menos comúnmente involucrados son el retroperitoneo, el espacio presacro y el hígado.⁽¹⁾

Casi todos los pacientes permanecen asintomáticos, aunque algunos presentan hematuria y dolor abdominal secundario a la ruptura y hemorragia retroperitoneal.⁽¹⁾ La causa del

trastorno es desconocida, pese a que en su génesis se postula que está relacionado con la metaplasia de las células reticuloendoteliales de los vasos sanguíneos en respuesta a estímulos externos.⁽²⁾

Algunos expertos en el tema abogan por la utilidad de los estudios de imagen para apoyar el diagnóstico (tomografía computarizada y resonancia magnética nuclear). Sin embargo, el estudio histológico representa el examen de elección que permite realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades tales como el angiomiolipoma renal, el lipoma retroperitoneal y el liposarcoma.⁽²⁾

Dadas las condiciones anteriores se han propuesto diferentes opciones terapéuticas para los afectados. Los pacientes asintomáticos y con una masa pequeña se benefician con el tratamiento conservador, mientras que a los portadores de tumores sintomáticos y mayores de 7 cm se les realiza una intervención quirúrgica. La cirugía radical abierta constituye el tratamiento estándar. Sin embargo, hoy en día se preconiza la adrenalectomía laparoscópica con resultados favorables.⁽¹⁾

Luego del diagnóstico y tratamiento satisfactorio, la paciente presentó un posoperatorio sin complicaciones. Dos meses después de la cirugía se mantiene asintomática y con una evolución favorable.

Referencias bibliográficas

- 1- Tayade S, Bondge AR, Buch A, Kumar H. Adrenal myelolipoma: A rare entity. Rev Med J DY Patil Vidyapeeth. 2020 [acceso 05/06/2020];13(1):82-4. Disponible en: <http://www.mjdrdypv.org/text.asp?2020/13/1/82/272871>
- 2- Das S. Adrenal myelolipoma: A rare entity. Med J DY Patil Vidyapeeth. 2020 [acceso 05/06/2020];13(1):85. Disponible en: <http://www.mjdrdypv.org/text.asp?2020/13/1/85/272877>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.