

Mielolipoma suprarrenal incidental

Gibrán Quintero*
Juan Fernando Agudelo**

*MD y Cirujano. Universidad de Antioquia. Hospital Emiro Quintero Cañizares. Ocaña. Norte de Santander. Colombia.

**MD Radiólogo. Escuela Latinoamericana de Medicina. Facultad de Camaguey. Cuba. Hospital Emiro Quintero Cañizares. Ocaña, Norte de Santander. Colombia.

Correspondencia: Dr. Gibrán Quintero. Calle 11 # 16-109 Edificio Mónaco Apto 402. Ocaña. Norte de Santander. Colombia. Correo electrónico: gibranjorma@hotmail.com

RESUMEN

La implementación de nuevas tecnologías y la ampliación de la cobertura a nivel de imágenes, han facilitado encontrar casos incidentales, siendo el más común el adenoma suprarrenal no funcionante. El mielolipoma suprarrenal es una neoplasia benigna, rara, en la mayoría de casos asintomática compuesta por tejido adiposo maduro y elementos hematopoyéticos. Se presenta un caso clínico de una paciente remitida al servicio de radiología por presentar en ecografía previa, una masa en región suprarrenal derecha incidentalmente. La paciente se encontraba asintomática, por lo cual se realiza tomografía axial computarizada abdominal. A la paciente por su ausencia de síntomas se le continuó con seguimiento periódico sin detectar cambios evolutivos (MÉDUIS.2014;27(2): 105-107).

Palabras clave: Mielolipoma. Neoplasias de las Glándulas Suprarrenales. Tomografía.

Incidental Detection of Adrenal Myelolipoma

ABSTRACT

The implementation of new technologies and expanding coverage to level of images, have provided incidental finding cases, the most common nonfunctioning adrenal adenoma. Myelolipoma adrenal benign tumors, rarely, in most cases consisting of asymptomatic mature adipose tissue and hematopoietic elements (myeloid and erythroid cells). We present a case of a patient referred to the radiology department for filing in previous ultrasound a right adrenal mass incidentally region. The patient was asymptomatic, which is done by abdominal CT. A patient by the absence of symptoms is continued with regular monitoring undetected evolutionary changes (MÉDUIS.2014;27(2): 105-107).

Keywords: Myelolipoma. Adrenal Gland Neoplasm. Tomography.

¿Cómo citar este artículo?: Quintero G, Agudelo JF. Mielolipoma suprarrenal incidental. MÉDUIS. 2014;27(2):105-107.

INTRODUCCIÓN

El mielolipoma suprarrenal es una rara neoplasia benigna formada por cantidades variables de tejido adiposo maduro y elementos hematopoyéticos. Su etiología y patogenia se desconocen, aunque se considera que estas lesiones emergen de la zona fascicular de la corteza suprarrenal. Antiguamente el diagnóstico de esta patología se reportaba en series de necropsias o en pacientes con alteraciones

hormonales, pero con el mayor uso de imágenes y la aparición de nuevas tecnologías aplicadas tales como la ecografía, la tomografía y la resonancia magnética, son más frecuentes^{1,2}. El objetivo de este caso es explicar la importancia de las técnicas radiológicas, especialmente la tomografía para el diagnóstico diferencial de esta patología.

La prevalencia de incidentalomas suprarrenales en la literatura mundial es del 2,3%, que varía entre

el 1 al 8,7%, sin encontrar diferencias significativas entre mujeres y hombres³. En un reporte de 498 autopsias consecutivas, se informó de la presencia de uno o múltiples nódulos en el 53,7% de los casos y adenomas en 5,0%⁴. La incidencia del mielolipoma no es del todo bien conocida aunque en reporte de autopsias se estimaba entre 0,2% y el 0,4%⁵.

De todas las lesiones incidentales, aproximadamente el 70% corresponden a adenomas no funcionantes, un 5 a 16% a adenomas funcionantes, un 6% a feocromocitomas, un 5% a carcinomas adrenocorticales, un 2% a metástasis, y el resto a otros tipos de lesiones como mielolipomas, hematomas, quistes o linfomas⁶.

Este tipo de tumores por lo general son unilaterales, no funcionantes, asintomáticos y aunque guardan relación con elementos hematopoyéticos, no presentan alteraciones hematológicas. La PAAF (biopsia o punción por aguja fina) raramente está indicada y se reserva para los casos dudosos en que se debe diferenciar de tumores malignos con grasa como el liposarcoma^{5,6}.

Por su condición benigna, el tratamiento es el seguimiento imageneológico anual, aunque en mielolipomas mayores a 10 cm está justificada su extirpación por el riesgo de sangrado, preferiblemente por laparoscopia⁶. Otros autores lo sugieren por encima de 7 cm⁷ y confirmar el diagnóstico por patología posquirúrgica, la cual informa la presencia de tejido adiposo maduro y elementos hematopoyéticos en proporciones variables encontrándose ocasionalmente células mieloides, linfoides o megacariocíticas, con agregados linfoides, células plasmáticas y áreas de calcificación y osificación⁸.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina de 50 años, sin antecedentes de salud de importancia, remitida al servicio de imágenes diagnósticas con un reporte de ecografía realizada en otro centro, donde se informa una masa en hipocondrio derecho a la que se le sugiere estudio por TAC para mejor caracterización de la misma, estando la paciente asintomática al momento del examen.

Se realiza TAC simple de abdomen con un equipo multidetector de 64 cortes (*Siemens Sensation Cardiac 64*), evidenciando una masa de contorno bien delimitado, hipodensa (entre -108 UH y -60 UH), ubicada en proyección habitual de la glándula suprarrenal derecha que se encuentra reemplazada en su totalidad (Ver Figura 1), la cual desplaza el riñón en sentido caudal, sin identificar infiltración del mismo ni otras estructuras adyacentes (Ver Figura 2). No se apreciaron calcificaciones, cambios necróticos ni quísticos. No se encontraron otras masas abdominales ni lesiones en otros órganos o ascitis. La paciente no recibió tratamiento médico ni quirúrgico al no presentar sintomatología alguna y al no encontrar alteración en los exámenes de sangre y orina realizados.



Figura 1. Masa de gran tamaño (9x 8 cm), localizada en suprarrenal derecha. No se observa invasión de otras estructuras.

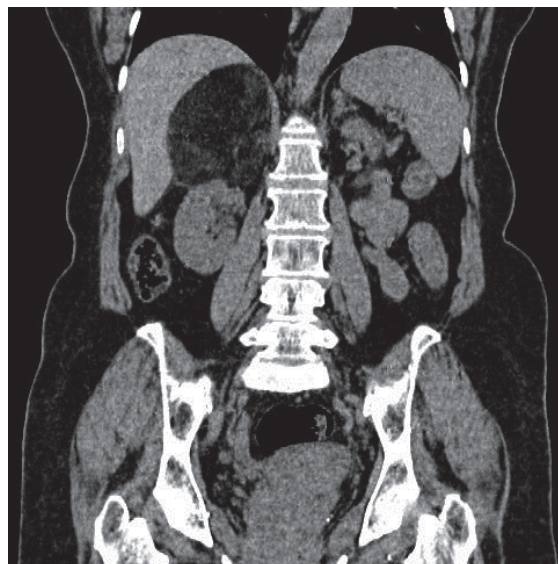


Figura 2. Se observa desplazamiento caudal del riñón derecho secundario a masa suprarrenal, hipodensa, compatible con mielolipoma. TAC simple en corte coronal de abdomen.

DISCUSIÓN

Diferentes técnicas de imagen se pueden utilizar para caracterizar masas a nivel abdominal. Entre el estudio de masas suprarrenales se encuentran la ecografía, la TAC, la Resonancia Magnética (RM) y la Tomografía por Emisión de Positrones-Tomografía Computarizada (PET/TC por sus siglas en ingles).

La ecografía detecta lesiones suprarrenales, pero no permite caracterizar la mayoría de estas, por lo cual se utilizan otros medios imageneológicos de mayor caracterización.

La TAC se realiza en primera instancia simple y si es necesario posteriormente con contraste endovenoso en fase portal a los 60 segundos y fase tardía a los 15 minutos. Se requiere realizar cortes finos entre 2 y 3 mm, medidas de densidad y análisis de histograma para una mejor definición de las lesiones⁵.

La técnica de desplazamiento químico (*chemical shift*) utilizada en la RM, permite detectar la presencia de lípidos intracitoplasmáticos, el cual es muy útil para caracterizar masas suprarrenales, ya que la presencia de estos orienta al diagnóstico, como por ejemplo: adenoma y el mielolipoma⁶.

El mielolipoma es un tumor poco frecuente de la glándula suprarrenal que se manifiesta por la presencia de grasa macroscópica. En este caso se presentaron densidades negativas, tal como se describe en otras presentaciones y series; los contornos son bien definidos y no infiltra otras estructuras, como por ejemplo se puede constatar el desplazamiento caudal del riñón derecho sin infiltración. A diferencia de otros tumores de la suprarrenal como el adenoma, siendo este el incidentaloma más frecuente, muestra valores de atenuación menores de 30 UH, un lavado rápido del medio de contraste, generalmente son pequeños, menores de 4 cm, además pueden ser funcionantes, generando síntomas como el síndrome de Cushing o síndrome de Conn⁵.

Dentro de los diagnósticos diferenciales se pueden encontrar otras lesiones como las metástasis con frecuencia son bilaterales, irregulares y presentan signos de malignidad como necrosis, hipervascularidad, lavado prolongado del medio de contraste y presencia de lesiones en otros sitios. Los pacientes presentan diferentes signos y síntomas

dependiendo del tumor primario, que no se relaciona con este paciente, el cual se encuentra asintomático. El feocromocitoma se ve en pacientes con hipertensión refractaria, suelen ser tumores redondeados u ovalados, generalmente homogéneos pudiendo tener áreas de hemorragias necrosis o cambios quísticos, menores de 3 cm, con realce intenso al medio de contraste y ausencia de grasa⁶. El carcinoma de suprarrenal consiste en lesiones grandes, generalmente unilaterales, de borde invasivos, captan intensamente el medio de contraste, pueden extenderse por contigüidad a otras estructuras como la vena cava inferior, vena renal, o metastatizar a hígado, pulmón y ganglios⁶.

CONCLUSIÓN

El estudio de la lesión suprarrenal se basa en el uso de imágenes: ecografía, TAC, RM, PET/TC además de contexto clínico y de laboratorio para el desglose de los diagnósticos diferenciales. En este caso se ratifica que el mielolipoma es una lesión benigna, no invasiva, de comportamiento asintomático. La TAC es uno de los métodos más fiables de diagnóstico y con amplia disponibilidad para el médico Radiólogo en el diagnóstico de esta entidad.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El artículo se realizó con el consentimiento informado de la paciente para no incurrir en fallas éticas ni morales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Junaid N, Danish R, Fatema N, Ghulam N. Incidental Detection of Adrenal Myelolipoma: A Case Report and Review of Literature. Hindawi Publishing Corporation. 2013; 1-3.
2. Rumack C, Charboneau JW, Wilson S, Levine D. Diagnostico por ecografia. 4a ed. Madrid: MARBAN; 2014.
3. Barzón L, Sonino N, Fallo F, Palu G, Boscaro M. Prevalence and natural history of adrenal incidentalomas. Eur. J. Endocrinol. 2003;149:273-85.
4. Reinhard C, Saeger W, Schubert B. Adrenocortical nodules in post-mortem series. Development, functional significance, and differentiation from adenomas. Gen Diagn pathol. 1996;141(3-4):203-8.
5. Federle M, Brooke J, Woodward P, Borhani A. Diagnóstico por imagen Abdomen. 2a ed. Madrid: MARBAN; 2011.
6. Oliveira R, Salvador R, Buñesh L, Sebastián M.C, Nicolau C. Manejo y diagnóstico del incidentaloma suprarrenal. Radiología. 2011;53(6):516-30.
7. Zuviri GA, Espinosa PD, Guzmán HF, Catalán QG, Mateos CJP, Hernández BMA, et al. Mielolipoma supradrenal. Rev Mex Urol. 2011;71:188-91.
8. López ML, García CJV, Gómez MJ, González EC. Adrenal myelolipoma. Contribution of a case and bibliographic review. Arch. Esp. Urol. 2010;63(10):880-3.