

## LESION QUISTICA ADRENAL.

## HALLAZGO INCIDENTAL

CLARISA L. ALVAREZ, SILVANA T. ROVETO, GONZALO D'ELIA, DANIEL A. RIMOLDI

*Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires*

**Resumen** Se presenta el hallazgo de una masa adrenal quística unilateral no funcionante encontrada incidentalmente en una ecografía durante la evaluación de síntomas abdominales inespecíficos. Según la clasificación de quistes adrenales corresponde a un pseudoquiste multilocular con fibrosis y calcificación de la pared. La presencia de Factor VIII en el revestimiento de los quistes indicaría un origen vascular de los mismos.

**Abstract** *Cystic adrenal lesion. Incidental finding.* We report a case of a non functioning cystic adrenal mass. It was incidentally found in an abdominal ultrasound carried out for unrelated symptoms. According to the classification of adrenal cysts it is a multilocular pseudocyst with wall fibrosis and calcification. The pseudocyst lining expresses Factor VIII suggesting a vascular origin.

**Key words:** adrenal cyst, incidentaloma

Los quistes adrenales son lesiones extremadamente raras, de 0.064% a 0.18% en series de autopsia. El uso más frecuente de técnicas de imágenes no invasoras en la evaluación de dolores abdominales aumentó el hallazgo incidental de lesiones quísticas adrenales. Se dividen en cuatro grupos: parasitarios, epiteliales, endoteliales y pseudoquistes<sup>1</sup>.

**Cuadro clínico**

Mujer, de 44 años, obesa (índice de masa corporal 38.6), fumadora de 30 cigarrillos diarios con signos clínicos de bronquitis crónica. Consultó por dolor abdominal inespecífico en hipocondrio y flanco derecho, de dos años de evolución. La ecografía mostró una masa sólida con áreas quísticas en adrenal derecha, de 5.5 cm de diámetro (Fig. 1). Tomográficamente se vio una imagen irregular, heterogénea, calcificada, de 7 cm, en adrenal derecha. Adrenal contralateral normal. (Fig. 2). Los estudios bioquímicos fueron normales. (Tabla 1). Se decidió extirpación quirúrgica. Se realizó adrenalectomía en block y se extrajo una formación nodular de 8 x 6 x 4 cm, que pesaba 107 g. La superficie externa irregular, abollonada con abundante tejido adiposo. Al corte se observó una lesión quística multilocular con calcificación de la pared y glándula adrenal remanente en la periferia. Había múltiples quistes de

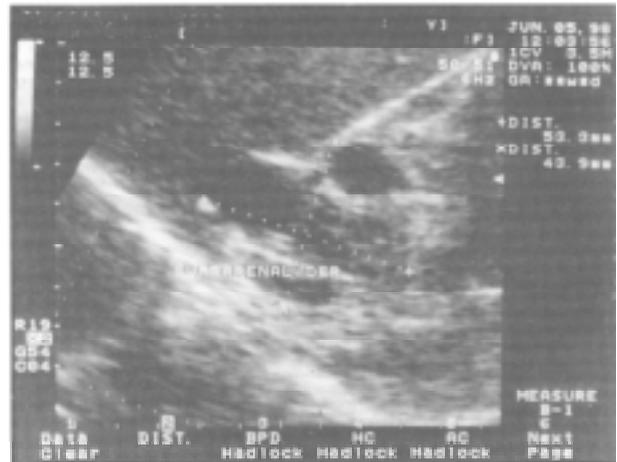


Fig. 1.— Masa sólida con áreas quísticas en adrenal derecha de 5.5 cm

diferente tamaño, entre 0.5 y 3.5 cm, algunos de contenido claro, otros hemorrágicos o amarillentos de paredes blanquecinas, con fibrosis y calcificación (Fig. 3).

Histológicamente se observaron numerosas dilataciones vasculares tapizadas por células planas algunas con plasma en el interior y otras de pared fibrosa con calcificaciones, cristales de colesterol y tejido adiposo intraquístico con islotes de glándula adrenal residual (Fig. 4). La paciente está asintomática, un año después de la cirugía.

Recibido: 15-XII-99

Aceptado: 29-XII-99

**Dirección postal:** Dra. Clarisa L. Alvarez, Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Combatientes de Malvinas 3150, 1427 Buenos Aires, Argentina  
 Fax: (54-11) 4785-7777 e-mail: abarsamli@intramed.nt.ar

TABLA 1.- Estudios bioquímicos pre-cirugía

		Determinaciones séricas		Método
		Valores de referencia: Mujer pre menopausia		
Testosterona		0.2 ng/ml	0.1-0.9 ng/ml	RIA
Dheas		100 µg/ml	94-366 µg/dl	RIA
Androstenediona		3.5 ng/ml	1.3-3.7 ng/ml	RIA
Cortisol	8 hs	7 µg/dl	5-25 µg/dl	RIA
Test nugent (Test de supresión con 1 mg de Dexametasona a las 23 hs)		0.7 µg/dl	< 1.4 µg/dl	RIA
Actividad renina plasmática		1.92 ng/h.ml	reposo: 0.51-2.64 ng/h.ml	RIA
Aldosterona		40.2 pg/ml	reposo: 10-105 pg/ml	RIA
Determinaciones en orina				
Cortisol libre urinario		Valores de referencia:		
Indice: 1 hora	22 a 23 hs	2.4 ngcort/mg creat	hasta 44 ng cort/mg creat.	RIA
Acido vainillín				
Mandélico		4,2 mg/24 hs	hasta 9 mg/24 hs	HPLC
Norepinefrina		20 µg/24 hs	18.5-100 µg/24 hs	HPLC
Epinefrina		no dosable	0-9 µg/24 hs	HPLC

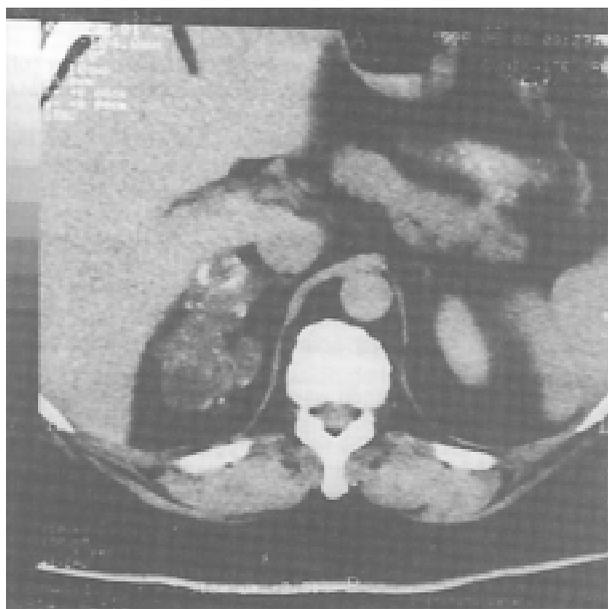


Fig. 2.- Masa irregular, heterogénea, calcificada en adrenal derecha de 7 cm. Adrenal contralateral normal.

**Discusión**

Los quistes adrenales son poco frecuentes, sin embargo el diagnóstico incidental está aumentando con el perfeccionamiento de las técnicas de imágenes. Se sostiene que hay menos de 500 casos comunicados en la literatura. El primer caso de quiste adrenal fue descrito en 1670 por Greiselius<sup>2</sup>, en Viena, desde entonces, hubo varios intentos en clasificarlos.

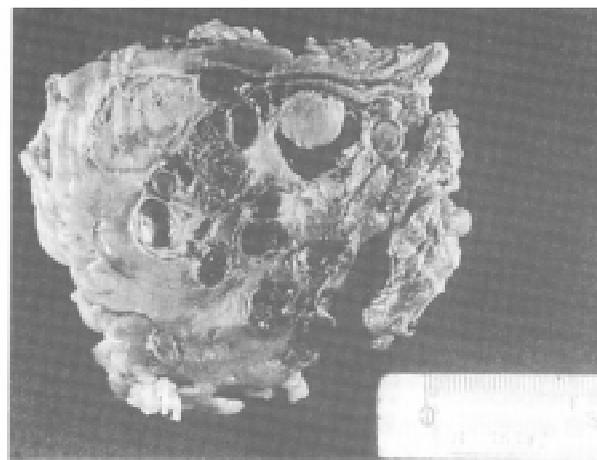


Fig. 3.- Adrenalectomía en block. Masa quística multilocular.

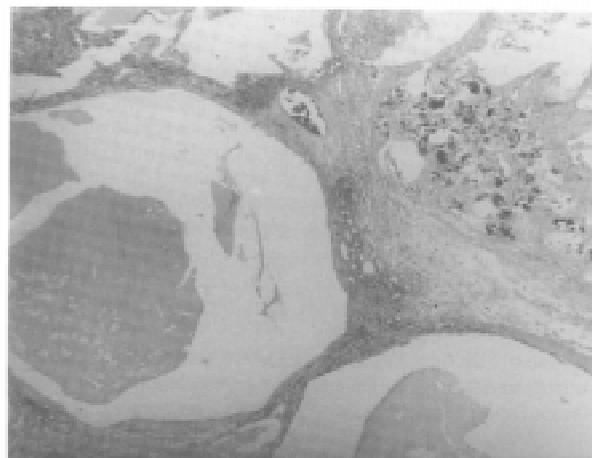


Fig. 4.- Quistes con fibrosis y calcificación de la pared.

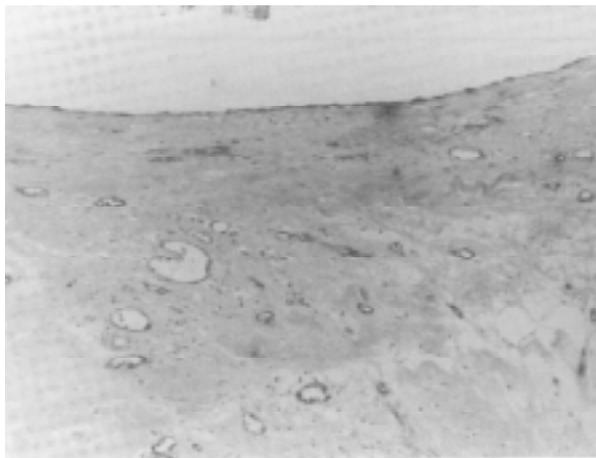


Fig. 5.— Factor VIII en el revestimiento de los quistes y en el endotelio de los capilares

Si bien, no hay acuerdo definitivo sobre la patogenia y la etiología, se ha aceptado convencionalmente la clasificación de Foster<sup>1</sup> en cuatro categorías: parasitarios (7%), epiteliales (9%), endoteliales (45%) y pseudoquistes (39%). En general son unilaterales y no tienen predilección por un lado u otro. La incidencia mayor es entre la tercera y sexta década de la vida y afecta más frecuentemente a mujeres que a hombres, en una proporción de 2:1<sup>3</sup>. El tamaño es variable, desde microscópico hasta varios centímetros. La mayoría son pequeños, pero pueden adquirir grandes dimensiones asociados a hemorragias y a calcificaciones intraquisticas y en la pared. El pseudoquiste de mayor tamaño comunicado en la literatura, medía 35 cm de diámetro y pesaba 4 500 g. En general son asintomáticos o con dolores abdominales inespecíficos<sup>4</sup>.

El algoritmo de masa adrenal descubierta incidentalmente indica que el tratamiento es quirúrgico en lesiones no funcionantes si miden más de 3 cm y en todas las lesiones funcionantes. Cuando la masa adrenal es menor de 3 cm, no funcionante, el tratamiento puede

ser conservador, con seguimiento periódico por imágenes e incluso estudio del fluido intraquistico<sup>5</sup>. El tamaño de la masa adrenal como indicador para decidir la cirugía ha ido cambiando. Hay acuerdo que las lesiones pequeñas menores de 2 cm son generalmente benignas mientras que por encima de 6 cm aumenta significativamente la probabilidad de carcinoma primario o metastásico.

Este caso tiene las características de un pseudoquiste, pero con la particularidad de ser multilocular. Este es un hallazgo menos frecuente ya que habitualmente son uniloculares<sup>6</sup>.

La marcación con Factor VIII fue positiva en el revestimiento de los quistes, lo que permitiría suponer un origen vascular de los mismos (Fig. 5). La distinción con los quistes endoteliales es dificultosa y no hay acuerdo si son entidades vasculares diferentes o manifestaciones del mismo proceso<sup>7</sup>.

## Bibliografía

1. Foster DG, Calif A. Adrenal Cysts. *Arch Surg* 1966; 92: 131-43.
2. Griselius: citado por Doran AHG Cystic tumor of suprarenal body successfully removed by operation. *BMJ* 1908; 1: 1558.
3. Bellantone R, Ferrante A, Raffaelli M, Boscherini M, Lombardi CP, Crucitti F. Adrenal cystic lesions: Report of 12 surgically treated cases and review of the literature. *J Endocrinol Invest* 1998; 21: 109-14.
4. Bree E, Schoretsanitis G, Melissas J, Christodoulakis M, Tsiftsis D. Cysts of the adrenal gland: Diagnosis and management. *Intern Urol Nephrol* 1998; 30: 369-76.
5. Peppercorn PD, Grossman AB, Reznick RH. Imaging of incidentally discovered adrenal masses. *Clin Endocr* 1998; 48: 379-88.
6. Medeiros LJ, Lewandrowski KB, Vickery AL. Jr. Adrenal Pseudocysts: A clinical and pathologic study of eight cases. *Human Pathology* 1989; 20: 660-5.
7. Torres C, Ro JY, Batt MA. Vascular adrenal cysts: A clinicopathologic and immunohistochemical study of six cases and a review of the literature. *Modern Pathology* 1997; 10: 530-6.