Corticosuprarrenaloma maligno no funcionante

*Un problema diagnóstico.
A propósito de 2 observaciones.*

Dres. Martín Vallverdú, Julio Sanguinetti, Marcos
Torres, Carlos Bianchi y Guillermo Silva.

Se comentan dos observaciones clínicas de carcinomas suprarrenales no secretantes en las cuales se destacan las dificultades diagnósticas preoperatorias e incluso intraoperatorias. Se comentan la metodología de estudio destacando la TAC como método auxiliar invaluable.

Clinica Quirúrgica "B" (Director Prof. Dr. Uruguay Larre Borges). Hospital de Clínicas. Fac. de Medicina. Montevideo.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Adrenal cortex, Neoplasms.

SUMMARY: Non fonctionant adrenocortical carcinoma. A diagnostic problem.

Two cases of non fonctionant adrenocortical carcinoma are presented. Preoperatory and also intraoperatory diagnostic difficulties are pointed out. Study protocol is discussed and the high value of CAT scan is signalized.

RÉSUMÉ: Corticosurrénaloma maligne non fonctionant.

Les auteurs font des commentaires à propos de deux observations de cancers surrénales non secrétants, dont ils soulignent difficultés diagnostiques préopératoires et même intraopératoires. La méthodologie d'étude est discutée en soulignant la tomographie comme méthode auxilliaire de grande valeur.

INTRODUCCION

Los carcinomas originados en la corteza suprarrenal son una entidad poco frecuente con una incidencia de 2 casos por millón de habitantes por año. Representado el 0.05% de los cánceres según Rappaport. La presencia de secreciones o no de esteroides corticales en exceso lleva a establecer dos grupos dentro de estos tumores, los hormonosecretantes o funcionantes y los no funcionantes con distinta presentación clínica y con diferentes posibilidades diagnósticas. Los neoplasmas funcionantes tienen una presentación clínica florida pudiendo manifestarse con un síndrome de Cushing⁽¹⁾. Un síndrome adrenogenital (virilización o feminización), pubertad precoz o síndrome de hiperaldosteronismo⁽⁵⁾, esta forma de expresión permite un diagnóstico clínico más precoz y corriente a las dosificaciones hormonales, es un elemento fundamental en su diagnóstico. Por el contrario los carcinomas no funcionantes al carecer de las manifestaciones funcionales y físicas de un síndrome endócrino no hace sospechar su presencia hasta etapas avanzadas y hacen inútiles las dosificaciones hormonales. Debiendo el clínico basarse en los exámenes complementarios morfológicos. Estas características de diagnóstico tardío explican en parte el mal pronóstico de estos tumores⁽⁴⁾. El motivo de esta presentación a propósito de 2 casos es resaltar las dificultades

Presentado como Tema Libre ante el 36° Congreso Uruguayo de Cirugía. Tacuarembó, Diciembre de 1985.

Asistentes y Médicos Auxiliares de Clínica Quirúrgica.
Dirección: Dr. Carlos M. Ramírez 133, Montevideo. (Dr. M. Vallverdú).

diagnósticas mencionadas en los tumores no funcionantes y valorar la utilidad de los distintos procedimientos diagnósticos.

CASUÍSTICA

Caso N° 1: E.C. 57 años. Sexo femenino. Ingresa por cuadro agudo de abdomen, con dolor en flanco derecho, chuchos de frío. Al examen: temperatura rectal 38°. anemia clínica. Se palpa voluminosa tumoración que hace cuerpo con el hígado que llega hasta la fosa ilíaca izquierda, intensamente doloroso. Hematocrito 23%. Leucocitosis 13.000. Azoemia 0.25. Estudio radiológico de tórax y abdomen: s/p. se solicita fibrolaparoscopia que informa la presencia de exudados y falsas membranas en hipocondrio derecho. Intervenida de urgencia por incisión paramediana derecha encontrando voluminosa tumoración de hipocondrio derecho y flanco, en íntima relación con el hígado, sólida, hipervascularizada, se biopsia. Cierre de laparotomía. La anatomía patológica informa probable hepatoma. Nueva evaluación, arteriografía hepática. Confirma la hepatomegalia sin distorsión del árbol vascular ni vasos de neoformación. La urografía muestra descenso del riñón derecho sin alteraciones del sistema excretor. La cavografía es normal. Con el diagnóstico de tumoración retroperitoneal es reintervenida por incisión transversa de hipocondrio derecho amplia, encontrando la tumoración descrita que se extiende proximalmente por detrás del hígado. Bien encapsulada produciendo una biloculación del mismo, duodeno desplazado medialmente y riñón caudalmente. Hígado sin metástasis. Procedimiento: la cápsula permite la separación de la tumoración del hígado. Resección total de la misma incluyendo riñón derecho, al cual estaba íntimamente adherido. No adenopatías aórticas. Buena evolución. La anatomía patológica muestra tumor de 2400 gr. 30 cm de eje mayor, superficie lisa., Hemorragia al corte. La microscopía mostró carcinoma suprarrenal con mitosis de baja intensidad y con escasa infiltración linfocitaria. Evolución: a los 6 meses asintomática.

Caso N° 2: N.D. 41 años. Sexo femenino, (AE1°SM). En el curso de un cuadro febril instala dolor abdominal, comprobándose al examen hepatomegalia irregular. Enzimograma hepático normal. La ecografía: tumoración quística de lóbulo hepático derecho. Se opera, por incisión transversa. Tumor retroperitoneal, bien encapsulado, de 20 por 16 cm. Riñón derecho descendido, duodeno desplegado hacia adelante. Resección. Cierre por planos. Buena evolución. La anatomía patológica muestra grueso tumor nodular, de superficie lisa, amarillo al corte, con áreas hemorrágicas de 800 gr de peso. La microscopía informa: adenocarcinoma de la glándula suprarrenal.

COMENTARIO

Los carcinomas de suprarrenal no secretantes dada la ausencia de manifestaciones funcionales son descubiertos generalmente como tumoraciones abdominales cuando han alcanzado un tamaño considerable (Observ. N° 1), o cuando han metastasiado. Este hecho se explica por la situación profunda retroperitoneal, de la glándula suprarrenal. A derecha como en nuestras dos observaciones una vez evadido de la fosa lumbar llevan a confusión con tumoraciones hepáticas o renales (Observ. N° 2). El voluminoso crecimiento determina fenómenos de necrosis y hemorragia

intratumoral lo que se traduce clínicamente por dolor, fiebre y anemia, simulando un cuadro agudo de abdomen (Observ. N° 1).

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

El estudio radiológico simple de abdomen demostró escaso valor, siendo el único elemento orientador la presencia de calcificaciones en la topografía suprarrenal. La urografía de excreción muestra desplazamiento caudal del riñón sin alteraciones del sistema excretor lo que sugiere tumoración suprarrenal. El retroneumoperitoneo, antiguamente usado, ha sido desplazado por los nuevos métodos imagenológicos. La ecografía ha sido descrita como de utilidad pudiendo revelar tumores de hasta 3 cm de diámetro^{1 2)}. Las mismas se revelan como masas sólidas, redondeadas, sustituyendo la glándula normal. Sin embargo la utilidad de este método está en relación directa con la habilidad del operador, y dada la baja frecuencia de la entidad, en nuestro medio no existen ecografistas entrenados. En la observación N° 2 se comprueba esta dificultad. No contamos con tomografía axial computarizada en los casos comentados; tampoco existen en nuestro medio publicaciones sobre el tema. Si las hay en la literatura mundial revisada^{6, 7)}, donde se destaca la precisión diagnóstica en tumores menores de 1 cm. La revisión de la literatura⁸⁾ destaca la utilidad de la TAC en identificar estos tumores topografiándolos correctamente, valuando la extensión a órganos vecinos, así como la presencia de metástasis. La arteriografía selectiva y la venografía, si bien son métodos que han demostrado su utilidad diagnóstica por ser métodos invasivos sujetos a complicaciones como la hemorragia y el infarto suprarrenal se han reservado para aquellos casos en que los métodos no invasivos no permitan diferenciar su origen renal o suprarrenal. La cavografía sobre todo en las de topografía derecha, (Observ. 1 y 2) es de utilidad para ver el grado de invasión de vena cava inferior y por ende de su resecabilidad. La centellografía es de poco valor en los tumores no funcionantes, siendo de gran valor en los secretantes.

CONCLUSIONES

El carcinoma suprarrenal no secretante constituye un problema diagnóstico cierto, como lo prueba las dos observaciones comentadas. Su presentación clínica más frecuente es como tumor abdominal, planteándose diagnósticos diferenciales con tumoración de órganos vecinos

fundamentalmente hígado y riñón a derecha, páncreas y riñón a izquierda. Pueden acompañarse de cuadro agudo de abdomen. Las dificultades diagnósticas pueden mantenerse aún en el intraoperatorio (Observ. N° 1). Entre los métodos auxiliares se destaca el valor de la TAC, método rápido, no invasivo, con elevado grado de especificidad y sensibilidad. Se reserva la arteriografía para casos seleccionados y la cavografía de valor en los tumores derechos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. RICHIE J., GITES R. — Carcinoma of the adrenal cortex. *Cancer*. 1980, 45: 1957-64.
2. CARIED G. Y COL. — Corticosurrenalomas malins. *La Nouv. Pres. Medicale*. 1982, 11 (38): 2821-25
3. JOHNSTONE F.R.S. — The surgical Anatomy of the Adrenal Gland with Particular Reference to the Suprarrenal vein. *Surg Clin North Am*. 1315-1324.
4. MOGAM T.F. — A clinical and pathological Study of adrenocortical carcinoma. *Cancer*. 1980, 45: 2880-83.
5. MYROM H. AND COL. — Primary aldosteronism. *Ann. Int. Med*. 1979, 90: 386-95.
6. REED DUNNICK M. AND COL. — Localization of functional adrenal tumor by computed tomography and venous sampling. *Radiology*. 1982, 142: 429-33.
7. HARVEY S. GLAZER AND COL. — Malfunctioning Adrenal masses. Incidental discovery on computed tomography. *AJR*. 1982, 139: 81-5.
8. WHITE F. AND COL. — Value of computed tomography of the abdomen and chest in investigation of Cushing's syndrome. *Br Med J*, 1982, 294: 771-3.