CIR ESP. 2016;94(Espec Congr):440

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-067 - CARCINOMA SUPRARRENAL GIGANTE. DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

Arcas Marín, Luz María; Fontalva Pico, Ana Amelia; Arias Romano, Alberto Jesús; García Alegría, José Javier; Fernández Gutiérrez del Álamo, Fátima; Pereda Salguero, Teresa; Moya Donoso, Francisco; Gándara Adán, Norberto

Hospital Costa del Sol, Marbella.

Resumen

Introducción y objetivos: El carcinoma suprarrenal es una neoplasia poco frecuente con una incidencia anual estimada de unos 2 casos por millón de personas. Aproximadamente el 60% de ellos, provocan un exceso de hormonas suprarrenales, especialmente corticosteroides y andrógenos, mientras que la producción de aldosterona aparece sólo en el 2%. El resto de tumores no funcionantes presentan un curso clínico silente, hasta que alcanzan un gran tamaño y producen síntomas por efecto masa o metástasis a distancia. El conjunto de datos clínicos, bioquímicos y de imagen orientan al diagnóstico de carcinoma suprarrenal, que se confirma con la histopatología. Nuestro objetivo es presentar un caso, infrecuente y de difícil diagnóstico y tratamiento, de un paciente con hipopotasemia grave por hiperaldosteronismo secundario a carcinoma suprarrenal gigante estadio IV.

Caso clínico: Varón de 66 años, fumador, con hipertensión arterial controlada y glucemia basal alterada de forma aislada. Se descubre de forma casual en analítica de atención primaria alteración del perfil hepático, realizándose ecografía en la que se observa masa que parece depender de lóbulo hepático derecho. Se amplía estudio con RM y TC toracoabdominopélvico, que se informa como masa heterogénea de 16 cm en íntima relación con riñón derecho y páncreas, que pierde parcialmente el plano graso con el lóbulo hepático derecho, sin conseguirse visualizar la suprarrenal derecha ni la vena cava inferior adyacente a la lesión. Estos hallazgos orientan en primer lugar al diagnóstico de carcinoma suprarrenal derecho, sin poderse descartar otras posibilidades como el hepatocarcinoma. Se observaron además dos nódulos pulmonares y varias lesiones en cuerpo vertebral de L4, ambas palas ilíacas y sacro, sin poderse descartar su naturaleza metastásica. En el contexto del estudio el paciente es ingresado en UCI por arritmia maligna secundaria a hipopotasemia grave (K+ 1,6 mEq/L) junto con hipertensión arterial refractaria a tratamiento, que mejora tras 72 horas de tratamiento con espironolactona y suplementos de potasio. Se realiza estudio hormonal, observándose aldosterona 30 pg/ml (niveles normales < 32 pg/ml en ortostatismo y < 13 pg/ml en supino), con resto del estudio dentro de la normalidad. La biopsia suprarrenal fue compatible con carcinoma suprarrenal y la cavografía no descartaba infiltración tumoral del vaso.

Discusión: Tras mejoría clínica se interviene al paciente desestimándose la cirugía por desestabilización hemodinámica durante las maniobras de control vascular. El paciente fallece tres

días después de la cirugía. Nos encontramos ante un raro caso de carcinoma suprarrenal avanzado que debuta clínicamente con arritmias malignas por hipopotasemia severa e hipertensión arterial refractaria, a pesar de no presentar cifras de aldosterona tan elevadas como otros casos de carcinomas suprarrenales funcionante descritos en la literatura. La clínica tardía unida al difícil diagnóstico de los carcinomas suprarrenales lleva a su hallazgo en fases avanzadas de la enfermedad con pobres tasas de supervivencia (SP global a los 5 años entre el 15 y el 44%). A pesar de que las tasas de supervivencia puedan verse modificadas tras la resección radical (al 32-47%), la tasa de recidiva local o metástasis a distancia se estima en más del 70%.

See front matter © 2016 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados