



P-081 - HEMANGIOMA CAVERNOSO SUPRARRENAL. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

López Antoñanzas, Leyre; Alarcón García, Lorenzo; García Galocha, José Luis; Gómez Latorre, Lorena; Avellana Moreno, Rocío Belén; Talavera Eguizabal, Pablo; Ochagavía, Santiago; Torres García, Antonio José

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción: Los hemangiomas cavernosos suprarrenales (HCS) son tumores benignos, raros que suelen presentarse como hallazgo incidental. El diagnóstico diferencial preoperatorio con otras lesiones suprarrenales puede constituir un reto para el clínico.

Caso clínico: Mujer de 75 años con hipertensión arterial como antecedente. Tras realización de RM de columna por otra causa, se evidencia de forma incidental una masa redondeada en la glándula suprarrenal derecha con áreas heterogéneas con componente hemorrágico en su interior. Paciente asintomática, sin alteraciones en la exploración física ni análisis generales y endocrinológicos. Se decide completar el estudio mediante una tomografía computarizada (TC) abdominal que reveló, masa de 57 × 53 mm, bien definida, redondeada, encapsulada, heterogénea, con captación difusa y calcificaciones en su interior. La izquierda no presentaba alteraciones. Dada la dificultad del diagnóstico con las pruebas preoperatorias, se plantea el tratamiento quirúrgico, realizándose una suprarenalectomía laparoscópica reglada. Microscópicamente, la lesión presentaba proliferación celular con canales vasculares de pared delgada tapizadas por endotelio, sin presentar atipias o signos de malignidad, mostrando focos de fibrosis y de osificación metaplásica, hallazgos sugerentes de hemangioma cavernoso.

Discusión: Los HCS son tumores benignos poco frecuentes que surgen de las células endoteliales. Son más frecuentes en piel, hígado o columna vertebral, siendo extremadamente infrecuentes en las glándulas suprarrenales. Hasta la fecha, se han descrito 60 casos, el primer caso quirúrgico fue descrito por Johnson y Jeppeson en 1955. Por lo general, aparecen entre los 50-70 años, con predilección por el sexo femenino (2:1). Suelen ser unilaterales, y en cuanto a la lateralidad no presentan diferencias. Son habitualmente asintomáticos y hormonalmente no funcionantes, únicamente el 5,8% muestran alteraciones. No obstante, cuando presentan clínica destaca el dolor abdominal, debido al efecto masa, y la pérdida de peso. Normalmente resulta difícil su diagnóstico etiológico preciso ya que no poseen características propias diferenciales. En cuanto a las pruebas de imagen; la ecografía no es útil. El TC muestra habitualmente una masa de gran tamaño con rápido crecimiento, irregular, heterogénea, con calcificaciones tumorales, necrosis y altos valores de atenuación con mínimo o ningún lavado de contraste. Debido a la escasa especificidad de las pruebas, sumado a su rara incidencia e inespecificidad de la sintomatología, hace que los HCS se diagnostiquen tras el estudio anatomopatológico. Histológicamente, son lesiones encapsuladas, localizadas en la corteza suprarrenal y de tipo cavernoso. El tratamiento, sigue las mismas indicaciones quirúrgicas que el incidentaloma. La adrenalectomía laparoscópica se considera el tratamiento estándar, individualizando en función del paciente, tumor y experiencia del equipo quirúrgico. Recientemente, se postulan nuevos tratamientos como el

sunitinib, inhibidor tirosina-quinasa, que produce una citorreducción en la viabilidad celular. Este fármaco o análogos podrían ser útiles en el tratamiento médico de los HCS en pacientes no quirúrgicos. Los HCS son extremadamente infrecuentes, y aunque existen ciertas características que pueden orientar hacia su diagnóstico, presentan una importante falta de especificidad preoperatoria, lo cual impide una exclusión concluyente de la malignidad en el diagnóstico diferencial, considerándose la adrenalectomía laparoscópica el tratamiento estándar.