



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

VC-016 - CARCINOMA CORTICOSUPRARRENAL CON HIPERSECRECIÓN PURA DE ALDOSTERONA

Osorio Ramos, Alexander; Solá, Marcos; Bardají, Manel; Guariglia, Claudio; Pardo, Sara; Font, Meritxell; Caraiman, Malina; Collera, Pablo

ALTHAIA Xarxa Assistencial de Manresa-Fundació Privada, Manresa.

Resumen

Introducción: El carcinoma corticosuprarrenal es una forma poco común de hiperaldosteronismo primario que se presenta con una incidencia de 0,5-2/1.000.000 habitantes y un pronóstico desfavorable por su tendencia a invasión local y metástasis precoz, con una mortalidad entre el 65-94% a los 5 años según el estadio de la enfermedad. No existen diferencias significativas de edad, sexo y la forma de presentación entre los adenomas y los carcinomas, pudiéndose distinguir a través de pruebas de imagen (TC y RM), hipersecreción de otras hormonas, la anatomía patológica y la presencia de metástasis. Presentamos el caso de una mujer de 45 años sin antecedentes relevantes, que inicialmente fue diagnosticada con un adenoma suprarrenal izquierdo productor de aldosterona. Se sometió a cirugía de adrenalectomía con un resultado definitivo de anatomía patológica de carcinoma cortical suprarrenal.

Caso clínico: Paciente femenina de 45 años es ingresada por clínica de sequedad bucal, poliuria, astenia y analítica que refleja alcalosis metabólica (pH 7,54), hipopotasemia grave (1,4 mEq/L) e HTA. Durante el estudio se objetiva hiperaldosteronismo primario con niveles de aldosterona de > 1.250 pg/mL, y resto de las hormonas dentro de los valores normales. Se realiza un TC y RM de abdomen que muestra una masa suprarrenal izquierda de 8×6 cm, con bordes bien definidos y sin signos de invasión, compatible con adenoma suprarrenal. Con un diagnóstico de hiperaldosteronismo primario por adenoma suprarrenal, se indica intervención quirúrgica. Se realizó una suprarrenalectomía laparoscópica transabdominal que fue convertida a cirugía abierta debido a complicaciones intraoperatorias, realizándose resección completa de glándula suprarrenal izquierda. La paciente fue alta en el quinto día posoperatorio con una evolución clínica y analítica satisfactoria. Sin embargo, a los 14 días posoperatorios, la paciente vuelve a ingresar por clínica de astenia, hipertensión arterial e hipopotasemia moderada (2,79 mEq/L). En espera de resultados de anatomía patológica (AP), se consideró la posibilidad de persistencia tumoral vs. neoplasia maligna y se realizó una nueva RM que descartó la presencia de tumor residual sin otros hallazgos abdominales. Finalmente, se obtuvieron los resultados de AP que confirmaron la presencia de carcinoma suprarrenal, pT3. Se realizó una PET-RM que reportó múltiples metástasis pulmonares y una metástasis hepática en el segmento IVa, no se observaron depósitos patológicos en las cadenas ganglionares ni captación anómala en la adrenalectomía izquierda. Al momento del envío de este trabajo la paciente se encuentra en tratamiento y seguimiento por oncología.

Discusión: El carcinoma suprarrenal es una forma poco común de hiperaldosteronismo primario, con un pronóstico desfavorable debido a su gran tendencia a invasión local y metástasis precoz. No hay diferencias significativas entre la edad, el sexo y la forma de presentación entre los adenomas productores de aldosterona

y los carcinomas, se podrían distinguir a través de pruebas de imagen con TC y RM, hipersecreción de otras hormonas, la anatomía patológica y la presencia de metástasis. El carcinoma suprarrenal es una enfermedad difícil de tratar y que requiere de un diagnóstico y tratamiento temprano para aumentar las posibilidades de supervivencia