



## P-081 - SUPRARRENAL ECTÓPICA LOCALIZADA EN QUISTE MESENTÉRICO GIGANTE. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

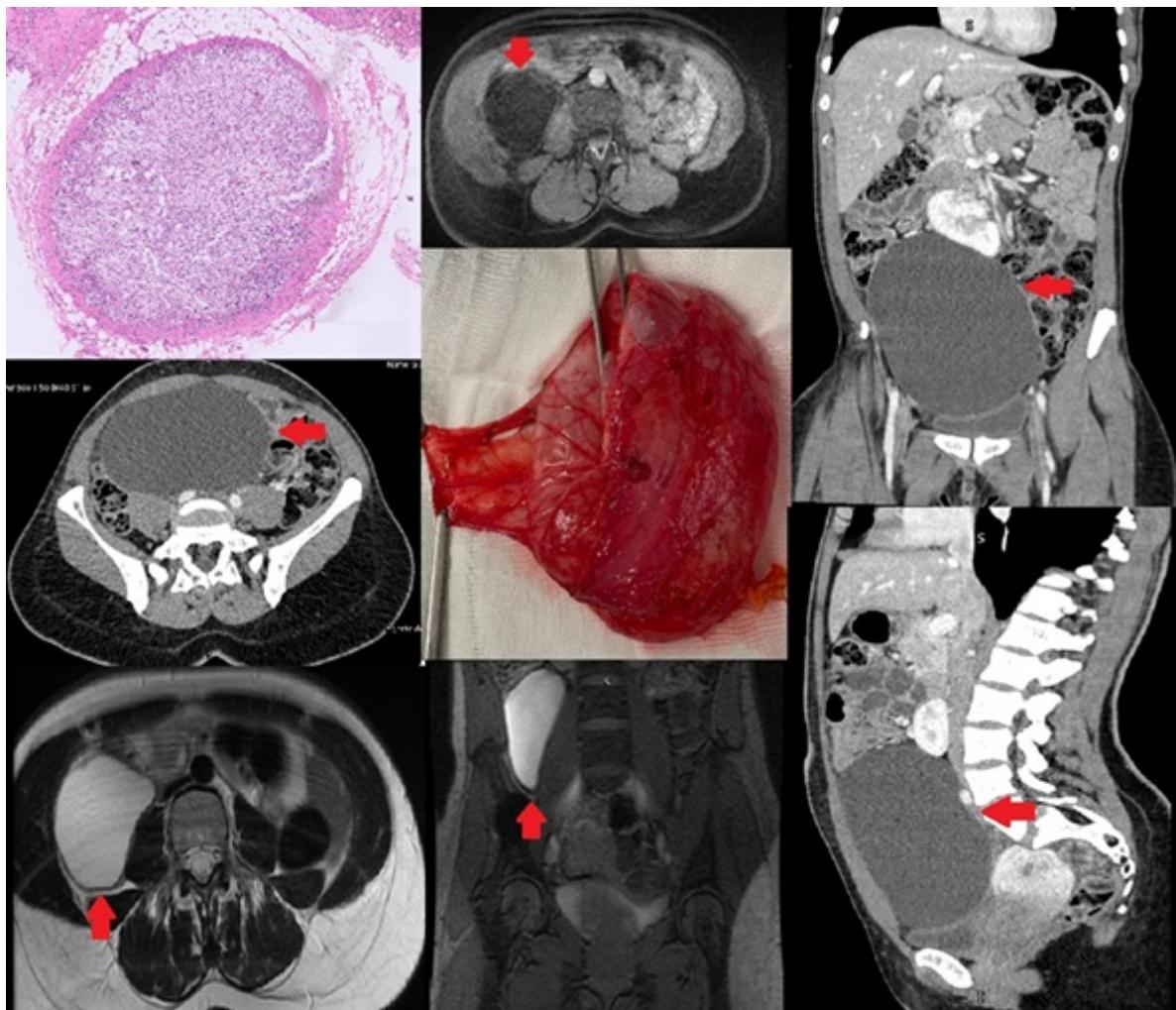
*Gemio del Rey, Ignacio Antonio; de la Plaza Llamas, Roberto; Díaz Candelas, Daniel Alejandro; García Gil, José Manuel; Espínola Benza, Mónica María; Gorini, Ludovica; Arellano González, Rodrigo; Sun, Wenzhong*

*Hospital Universitario, Guadalajara.*

### Resumen

**Introducción:** La ectopia suprarrenal se define como la presencia de células suprarrenales en un lugar distinto del habitual, incluida la región alrededor de la glándula suprarrenal, el plexo celíaco, el riñón y la ruta de descenso gonadal, que comprende también los sacos herniarios. En casos excepcionales, se ha descrito su presencia en la placenta, el pulmón o la cavidad intracranal. Tiene una incidencia en adultos de aproximadamente el 1%. Los nódulos ectópicos suelen contener únicamente el componente cortical. Probablemente se originan a partir de múltiples primordios o de fragmentos corticales desprendidos secundariamente durante la penetración de las células medulares en el anclaje cortical. Estos restos pueden permanecer cerca de la glándula principal o migrar, principalmente en la pelvis o en la región inguinal. La ectopia en sitios anatómicos no usuales es más difícil de explicar, y se han propuesto otras teorías, incluyendo un posible origen a partir de células pluripotentes.

**Caso clínico:** Mujer de 34 años que, estudiada inicialmente por el Servicio de Ginecología, es diagnosticada por ecografía y TAC de masa anexial derecha de 15 cm. Realizan laparoscopia exploradora, constatando que la lesión es de origen peritoneal, sin conexión con el ovario derecho. Realizan punción y evacuación del quiste, remitiendo su contenido a AP para estudio citológico, siendo informado como negativo para malignidad. Se continua estudio con RMN y nuevo TAC, donde se evidencia reducción importante del tamaño tras punción/evacuación y se determina que la lesión quística, de  $6,5 \times 6,7 \times 11,5$  cm, es de localización retroperitoneal y no dependiente de estructuras adyacentes. Se decide laparotomía, identificando un quiste mesentérico adherido a psoas derecho, vasos gonadales derechos, ovario y trompa derechas, apéndice cecal e íleon terminal. Se realiza exéresis completa de la lesión, que es informada de manera diferida como quiste peritoneal sin datos de malignidad. Durante la exéresis, se identifica a nivel del quiste una lesión de  $0,4 \times 0,5$  cm cuyo aspecto macroscópico es compatible con tejido adrenal ectópico. Se remite de manera diferida a AP, siendo informado como tejido adrenal ectópico de 2 mm donde se observan las zonas glomerular y fascicular de la corteza adrenal recubiertas por cápsula. Fue dada de alta a las 48 horas de la intervención presentando únicamente un cuadro de hipotensión ortostática autolimitado (Clavien I, CCI 8,7).



**Discusión:** La prevalencia real de adrenales ectópicas en la población adulta es probablemente mucho mayor de lo publicado, pero la baja relevancia clínica y su pequeño tamaño hacen que la mayoría de ellos no se identifiquen. La localización del tejido suprarrenal ectópico es importante en pacientes con síntomas causados por la hipersecreción de hormonas adrenocorticales y cuya causa orgánica no se identifica en la localización habitual. La hiperplasia e incluso a la transformación neoplásica pueden producirse en el tejido ectópico. En las series de casos publicadas, la mayoría de las lesiones presentan únicamente corteza adrenal, son silentes y no se relacionan con otras malformaciones, a excepción del testículo no descendido en la población masculina, que está presente según las diferentes series hasta en el 20% de los casos.