



www.elsevier.es/cirugia

V-067 - Pseudoquiste suprarrenal de gran tamaño. Periquistectomía laparoscópica

Gómez Contreras, Ramón; Jareño Martínez, Sara; Grifo Albalat, Isabel; Mir Labrador, José; Redondo Cano, Carlos; Artigues Sánchez de Rojas, Enrique; Fabra Ramis, Ricardo

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Resumen

Introducción: Las tumoraciones quísticas suprarrenales son lesiones muy infrecuentes. Se distinguen 4 tipos de lesiones: pseudoquistes, quiste endotelial, quiste epitelial y quiste parasitario. La presentación clínica característica suele ser un cuadro inespecífico de dolor abdominal derivado del desplazamiento o compresión de las estructuras abdominales, junto con sensación de masa palpable; aunque cada vez es más normal su descubrimiento como hallazgo casual en una prueba de imagen realizada por otro motivo. Con menor frecuencia suelen presentarse como causa de un cuadro de hipertensión arterial (compresión arterial renal) o sangrado retroperitoneal. Hay que descartar la posible hiperfuncionalidad glandular, así como la posible etiología maligna de la lesión.

Caso clínico: Paciente de 51 años, con AP de neoplasia de tiroides intervenida hace 20 años, ingresada desde urgencias a cargo de medicina interna, para estudio de una masa en vacío derecho, que condicionaba un cuadro de dolor abdominal, y dispepsia; de 3 meses de evolución. Sin otra clínica asociada. Durante su estudio se determinó, tanto por ecografía como por TC, una masa quística de $14,9 \times 13,5 \times 14,5$ cm; con paredes calcificadas y contenido homogéneo, que desplazaba tanto el hígado hacia el hipocondrio izquierdo, como el riñón hacia fosa iliaca derecha. No se podía especificar si dependía de hígado o suprarrenal derecho. Pese a que durante estudio se evidenciaron anticuerpos antitaenia echinococcus negativos, el diagnóstico inicial se orientó hacia un gran quiste hidatídico hepático o suprarrenal derecho. Dado el tamaño y la clínica que condicionaba, se indicó el tratamiento quirúrgico, siendo de elección el abordaje laparoscópico. Intraoperatoriamente, se realizó tratamiento del quiste como si fuera de etiología parasitaria, con drenaje estanco del mismo a través de un trócar óptico de obesidad con balón, evidenciando un contenido homogéneo de aspecto marronáceo; con posterior instilación de suero fisiológico hipertónico. Sin embargo, tanto el aspecto macroscópico, como su contenido, indicaban más una patología quística no parasitaria. Ante los hallazgos intraoperatorios, se decide la disección completa del quiste, observándose dependiente de glándula suprarrenal derecha, presentando adherencias firmes en a nivel de cara inferior hepática, cúpula diafragmática y a nivel medial con vena cava inferior, que se liberan. Se completó una quisto periquistectomía incluyendo la glándula suprarrenal derecha. La paciente presentó una buena evolución postoperatoria, siendo dada de alta al segundo día postoperatorio.

Discusión: La poca frecuencia en las que se dan las tumoraciones quísticas suprarrenales, hacen que su diagnóstico diferencial sea más complejo. En un principio, orientado hacia un origen parasitario, por su gran tamaño, localización y por ser una zona endémica para la hidatidosis; es intraoperatoriamente donde se evidencia una lesión que por su morfología y características orienta más hacia un pseudoquiste suprarrenal. El pseudoquiste es el tipo de lesión quística más frecuente. Carece de revestimiento epitelial o endotelial,

siendo típicamente el residuo de un sangrado periglandular, que en ocasiones puede presentar calcificaciones. Su entidad benigna hace que el tratamiento quirúrgico de entrada sea discutible, reservándose para aquellos casos con sintomatología o tumores de gran tamaño, siendo el acceso laparoscópico de elección para su tratamiento.