

Hidatidosis suprarrenal primaria

L. M. Herranz, B. Doblado, E. Larrañaga, G. Schoendorff, J.L. Martín, J. Auza, M. Jiménez y P.A. Serrano

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Resumen

La afección suprarrenal por la hidatidosis es una entidad muy poco frecuente, sobre todo si es primaria. Presentamos dos casos y comentamos las características clínicas, diagnósticas, epidemiológicas y terapéuticas. El caso número 1 es un varón de 55 años diagnosticado de masa adrenal no funcionante que al examen histológico resultó ser una hidatidosis. El caso número 2 es una mujer de 51 años diagnosticada de quiste hidatídico hepático que en el acto quirúrgico se descubrió que era dependiente de la suprarrenal derecha. Ambos casos evolucionaron favorablemente.

Palabras clave: Hidatidosis. Suprarrenal. Quiste.

(*Cir Esp* 2001; 70: 302-303)

PRIMARY HYDATIDOSIS OF THE ADRENAL GLAND

Adrenal involvement in hydatidosis is infrequent, especially when primary. We present two cases and discuss their clinical, diagnostic, epidemiologic and therapeutic features. Case 1 was a 55-year-old male diagnosed with a non-functioning adrenal mass that histological examination revealed to be hydatid disease. Case 2 was a 51-year-old female diagnosed with a hepatic hydatid cyst, which was discovered to be dependent on the right adrenal gland. Evolution was favorable in both patients.

Key words: Hydatid. Adrenal gland. Cyst.

Introducción

La enfermedad hidatídica es una parasitosis producida por el *Ecchinococcus granulosus* que afecta fundamentalmente al hígado (70%) y al pulmón (15%)^{1,2}. Se estima que la localización retroperitoneal ocupa el tercer lugar en frecuencia (2-3%)³, siendo excepcional su localización única². La localización suprarrenal constituye el 0,5% de los casos, mientras que la hidatidosis adrenal primaria es extremadamente rara^{1,4-6}.

La vía de diseminación más admitida es la hematológica, según la cual el embrión tras atravesar el filtro hepático y pulmonar se detiene en un capilar del espacio retroperitoneal².

Presentamos dos casos de quiste hidatídico de localización suprarrenal primaria.

Casos clínicos

Caso 1

Se trata de un varón de 55 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, infarto de miocardio, angina inestable y eccema

Correspondencia: Dr. L.M. Herranz Fernández.
C/ Puentelarra, 1, 10.º B, esc. 1.
28031 Madrid.

alérgico no filiado. Ante el hallazgo casual de una calcificación paravertebral derecha en una radiografía simple de abdomen se procede a la realización de una ecografía abdominal que demuestra la dependencia de la misma de la glándula suprarrenal derecha. Se realiza tomografía computarizada (TC) abdominal, visualizándose una masa quística redondeada de 4,5 cm de diámetro con porciones líquidas en su interior y con calcificaciones periféricas en cáscara de huevo (fig. 1). Las pruebas serológicas fueron normales (serología a hidatidosis negativa), así como los valores de catecolaminas en orina (catecolaminas totales: 90 g/24 h; metanefrinas: 0,85 mg/24 h).

Con el diagnóstico de masa suprarrenal no funcionante el paciente fue intervenido quirúrgicamente, realizándose suprarrenalectomía derecha por vía laparoscópica. El postoperatorio cursó sin incidencias. El estudio anatomopatológico de la pieza confirmó la existencia de un quiste hidatídico.

Caso 2

Mujer de 51 años con antecedentes personales de osteoporosis. En una analítica sanguínea de rutina se objetiva una elevación de transaminasas en sangre que es sometida a estudio. En la ecografía abdominal se observan dos imágenes quísticas, una en el segmento posterior del lóbulo hepático derecho de 12,3 11,3 10,2 cm, que desplaza caudalmente el riñón derecho, y otra en el segmento medial del lóbulo hepático izquierdo de 1,9 cm de diámetro. La TC abdominal reveló la existencia de un gran quiste de 10 cm de diámetro adyacente al segmento posterior del lóbulo hepático derecho que producía un efecto masa sobre el riñón derecho. Además, se visualizó una pequeña lesión hipodensa en el lóbulo caudado.

La serología hidatídica fue negativa.

La paciente fue sometida a una laparotomía exploradora procediéndose a la exéresis de una lesión quística de localización retroperitoneal dependiente de la glándula suprarrenal derecha (fig. 2) y de otra, de

Fig. 1. TC abdominal. Se observa una masa quística con calcificaciones periféricas en la glándula suprarrenal derecha.

Fig. 2. Quiste hidatídico de la glándula suprarrenal derecha.

menor tamaño, en cara anterior del segmento IV hepático. El postoperatorio cursó sin incidencias.

El estudio anatomopatológico confirmó la existencia de un quiste hidatídico de 12 × 11 × 11 cm dependiente de la glándula suprarrenal derecha, así como el hallazgo de un adenoma biliar hepático que correspondía al quiste de menor tamaño.

Discusión

El primer quiste localizado en las glándulas suprarrenales fue descrito por Greiseliuss en 1670. Su incidencia es baja, estimándose en un 0,064-0,18% en la población^{5,7}.

Desde el punto de vista etiológico, según Foster, pueden ser endoteliales (45%), pseudoquistes (39%), epiteliales (9%) y parasitarios (7%)^{5,7,8}.

La mayoría de los casos son asintomáticos y se descubren de forma accidental como ocurrió en el caso 1. En ocasiones se inician con dolor abdominal y el hallazgo de una masa abdominal o lumbar. Sólo se diagnostican co-

rrrectamente de forma previa a la cirugía en el 3,2-7,2% de los quistes suprarrenales^{6,7}. El diagnóstico se realiza mediante la ecografía, que confirma el carácter quístico de la lesión, revelando una imagen de contenido líquido tabicada por septos y su relación con las estructuras vecinas¹. Se puede realizar una urografía intravenosa para descartar compresión renoureteral. La TC se considera la exploración más sensible para el estudio de las masas de localización retroperitoneal ya que, además de su localización y volumen, nos aportará su relación con las estructuras de alrededor. La serología hidatídica mediante la realización de la aglutinación con látex y la hemaglutinación indirecta serán positivas en un 70-80% de los casos, mientras que la inmunoelectroforesis presenta una sensibilidad del 85-90%. Si existen dudas sobre su diagnóstico se puede realizar la punción percutánea para la extracción de líquido y el análisis citológico, bacteriológico y serológico del mismo, aunque no deben ser pinchados los quistes suprarrenales sospechosos de hidatidosis.

El tratamiento de elección es quirúrgico, existiendo principalmente dos vías de abordaje: transperitoneal mediante laparotomía para poder así explorar la cavidad abdominal o extraperitoneal mediante lumbotomía para alcanzar directamente la lesión. El abordaje laparoscópico, a pesar de que fue usado en uno de los casos presentados porque no se sospechaba que fuera hidatidosis, no es la técnica más correcta en el tratamiento del quiste hidatídico, puesto que aumenta la probabilidad de su rotura en la manipulación quirúrgica; es mejor utilizar las técnicas quirúrgicas abiertas^{2,4}.

El tratamiento con mebendazol o albendazol queda limitado a casos inoperables o como coadyuvante de la cirugía (pre o postoperatoriamente), así como cuando se trate de enfermedad diseminada¹⁰.

Bibliografía

1. Bastounis E, Pikoulis E, Leppaniemi A, Cyrochristos D. Hydatid disease: a rare cause of adrenal cyst. *Ann Surg* 1996; 62: 383-385.
2. Benejam Gual JM, Rioja Sanz C, Cuesta Presedo JM, Gil Martínez P, Bono Ariño A, Rioja Sanz LA. Hidatidosis retroperitoneal primaria. *Actas Urol Esp* 1997; 21: 524-527.
3. Bennani S, El Mrini M, Raji A, F Meziane F, Benjellous S. Les kystes hidatidiques rétro-vésicaux et rétro-péritoneaux isolés. A propos de cinq cas. *Ann Urol* 1992; 26: 344-349.
4. Martínez Marsal E, Mora Nadal J, Closas Capdevila M, Busquet Dalmau N, Sarquella Mateu P. Quiste hidatídico suprarrenal solitario. *Actas Urol Esp* 1992; 16: 333-336.
5. Sroujich AS, Farah GR, Haddad MJ, Abu Khalaf MM. Adrenal cysts: diagnosis and management. *Br J Urol* 1990; 65: 570-575.
6. Garrido Rivas C, Sanroma Ortueta I, Ruiz Díaz I, Garmendia Larrea JC, Arocena Lanz F. Hidatidosis suprarrenal. *Arch Esp Urol* 1990; 43: 291-293.
7. Lee SH, Goodacre BW, Scudamore CH. Case report: unusual appearance of a giant adrenal pseudocyst. *Clin Radiol* 1991; 43: 349-351.
8. Foster DG. Adrenal cysts. *Arch Surg* 1966; 92: 131-143.
9. Tubía Landaberea JI, Echenique Elizondo M, Del Amo JM, Lirón de Robles FC, Amondarain J, Arocena F. Quistes hidatídicos de localización atípica. Revisión de la literatura y aportación de cuatro nuevos casos. *Cir Esp* 1991; 49: 371-374.
10. Von Sinner W, Hellström M, Kagevi I, Norlen B. Hydatid disease of the urinary tract. *J Urol* 1993; 149: 577-580.