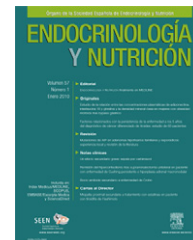




# ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN

www.elsevier.es/endo



## CARTAS CIENTÍFICAS

### Quiste endotelial adrenal con imagen preoperatoria sospechosa de malignidad

#### Adrenal endothelial cyst with a preoperative image suggesting malignancy

Los quistes adrenales son una patología infrecuente, aunque su incidencia está aumentando con el mayor uso de técnicas de imagen. El diagnóstico preoperatorio resulta difícil y existe gran controversia respecto al tratamiento.

Presentamos el caso de un varón de 38 años, sin antecedentes de interés, que fue remitido a la consulta de Endocrinología desde el Servicio de Urgencias por una masa adrenal de 5 cm. El paciente refería dolor en hipocondrio derecho de 3 semanas de evolución. El dolor era continuo, irradiado a espalda y sin relación con la ingesta de alimentos. Ante la persistencia de dicho dolor acudió a Urgencias. La analítica básica era normal y en la exploración física destacaba dolor en hipocondrio derecho a la palpación profunda. Se decidió realizar una ecografía abdominal para descartar patología biliar. En la ecografía se objetivó una masa quística con tabiques gruesos de 5,2 x 3,8 cm en la glándula suprarrenal derecha (fig. 1).

El paciente no presentaba palpitations ni cefaleas ni cambios de peso, el único síntoma a destacar era el dolor lumbar. Su peso era de 68 kg y su índice de masa corporal de 21 kg/m<sup>2</sup>. La tensión arterial en la consulta fue de 130/75 mmHg. No presentaba rasgos cushingoides. Se inició estudio solicitando catecolaminas, metanefrinas, ácido vanilmandélico y cortisol en orina de 24 horas. Los resultados fueron: noradrenalina 20,7 µg/24 h (12,1-85,5), adrenalina < 3 µg/24 h (1,7-22,4), dopamina 215,9 µg/24 h (0-498), metanefrinas 152 µg/24 h (0-341), normetanefrinas 308 µg/24 h (0-444) y cortisol libre urinario 70,7 µg/24 h, todos ellos dentro de los límites de la normalidad. El cortisol plasmático era de 25,1 µg/dl, la dehidroepiandrosterona sulfato de 1,6 µg/ml (0,9-4,3) y la testosterona total de 8,52 ng/ml. Para completar el estudio también se realizó la supresión tras 1 mg de dexametasona nocturna (23 h), siendo el cortisol plasmático de 0,7 µg/dl. El TAC demostró una masa quística de alta densidad con engrosamientos murales hipercaptantes en la glándula suprarrenal derecha de 5 cm (fig. 2). A pesar de ser una lesión no funcionante, dado el tamaño tumoral y las dudas sobre su etiología, se decidió tratamiento quirúrgico.

Se realizó adrenalectomía derecha laparoscópica sin complicaciones. En el estudio anatomopatológico de la pieza se apreció una masa de 5 x 4 x 2 cm y 21 g de peso con superficie lisa y contenido mucinoso. La descripción microscópica se correspondía con una lesión multiloculada tapizada por un epitelio plano simple y contenido seroso, con abundantes vasos sanguíneos con calcificaciones y presencia de cristales de colesterol, todo ello compatible con quiste endotelial adrenal.

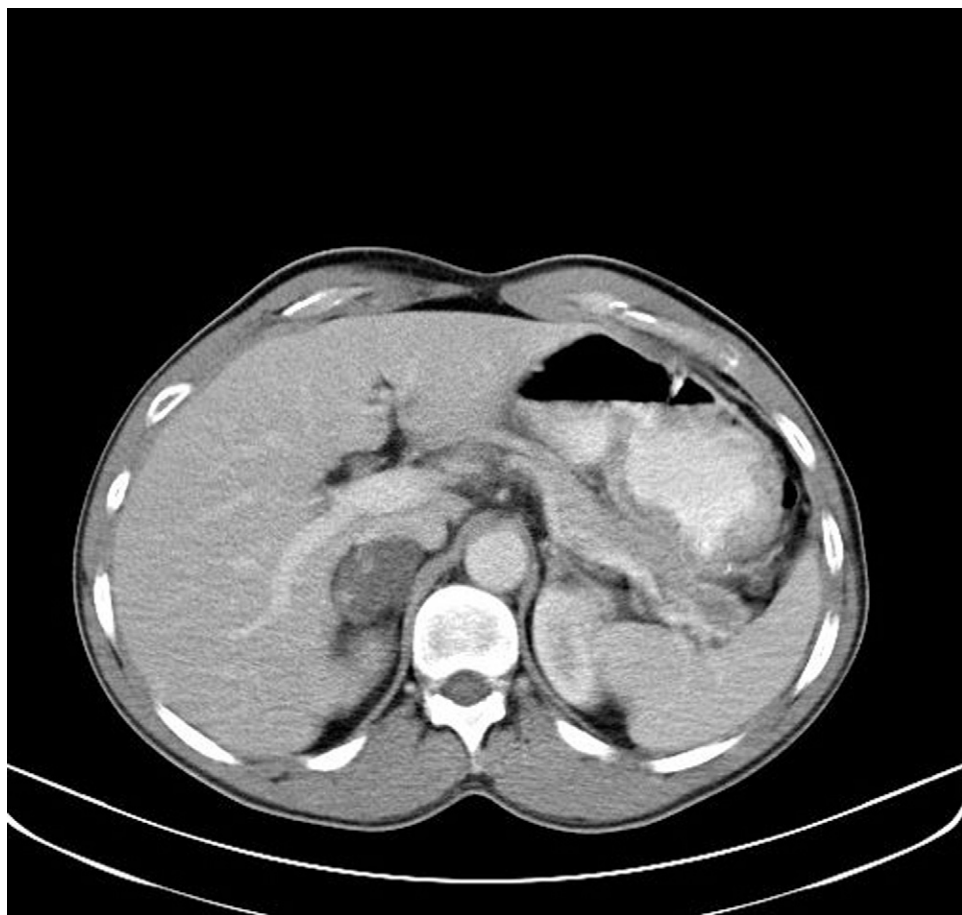
El dolor mejoró tras la intervención quirúrgica y el paciente permanece asintomático desde entonces.

Los quistes adrenales son una entidad rara, solamente hay unos 300 casos descritos en la bibliografía<sup>1</sup>; sin embargo, el primero ya fue descrito en 1690 por el anatomopatólogo vienés Greiseliuss<sup>3</sup>. Su incidencia varía según distintas series entre 0,06 y 0,18%<sup>1</sup>. La mayoría se diagnostican de forma casual. Son más frecuentes en mujeres (3:1) y en pacientes entre 40 y 60 años. Habitualmente son unilaterales y se localizan por igual en ambas glándulas suprarrenales. Solo el 7% de los quistes adrenales son malignos o potencialmente malignos y únicamente el 0,2% son metástasis en origen. Existen varias clasificaciones, actualmente la más usada es la clasificación de Foster (1966) que divide los quistes adrenales en 4 tipos: quistes endoteliales (45%), pseudoquistes (39%), quistes epiteliales (9%) y quistes parasitarios (7%)<sup>3</sup>. Los quistes endoteliales se dividen en linfangiomatosis y hemangiomas quísticos; y los epiteliales son de origen embrionario o adenomas quísticos. En cambio, los pseudoquistes no son quistes verdaderos porque carecen de capa de revestimiento; la causa más probable de su aparición es una hemorragia de la glándula suprarrenal con encapsulación posterior. Por último, el equinococo es el parásito más frecuentemente hallado en los quistes parasitarios<sup>1</sup>. Aunque normalmente no producen síntomas, pueden cursar con dolor por compresión de estructuras vecinas, sobre todo los de mayor tamaño. Incluso se han descrito casos graves de shock hipovolémico por hemorragia intraquiste<sup>2</sup> o sepsis por infección de un pseudoquiste<sup>3</sup>.

No existe un acuerdo respecto al tratamiento de las masas adrenales. Existen claras indicaciones quirúrgicas como un tamaño tumoral > 6 cm, sospecha de malignidad, crecimiento progresivo o actividad endocrina. Ante imágenes sugestivas de benignidad, no secretoras y menores de 4 cm la actitud más extendida es la conservadora con vigilancia evolutiva. Sin embargo, no está clara la actitud terapéutica ante masas entre 4 y 6 cm<sup>4</sup>.



**Figura 1** Masa quística con tabiques gruesos en la glándula suprarrenal derecha.



**Figura 2** Masa quística de alta densidad con engrosamientos murales hipercaptantes en la glándula suprarrenal derecha.

Los hallazgos radiológicos pueden ser de gran ayuda a la hora de decidir un tratamiento adecuado. Ante una imagen quística con contenido líquido y coeficiente de atenuación similar al agua con calcificaciones (aparecen hasta en el 15% de los casos), podemos sospechar un quiste adrenal. Rozenblit et al. clasifican en cuatro tipos las masas adrenales quísticas no funcionantes basándose en criterios radiológicos: se consideran quistes no complicados aquellos menores de 6 cm homogéneos, y con pared menor de 3 mm; en esta variedad se recomienda la vigilancia periódica para detectar cambios en la naturaleza o en el tamaño. Como quistes complicados se clasifican aquellos con altos valores de atenuación o no homogéneos, con pared mayor de 5 mm de espesor o con gruesas calcificaciones centrales o periféricas; y se recomienda su exéresis quirúrgica. Los quistes mayores de 5-6 cm con valores de atenuación mayores que el agua o con grosor de pared entre 3 y 5 mm se consideran indeterminados. En esta variedad podría estar indicada una punción de la lesión o el tratamiento conservador<sup>5</sup>. La punción aspiración con aguja fina (PAAF) podría resultar útil para clasificar el tipo de quiste adrenal o para diferenciarlos de quistes de otro origen (hígado...)<sup>6</sup>. Nunca debe realizarse una PAAF en lesiones sospechosas de quiste parasitario ni en feocromocitomas. Según Neri y Nance, este procedimiento podría mejorar los síntomas compresivos de ciertos pacientes evitando la escisión quirúrgica<sup>6</sup>. En cambio, para otros autores el papel de la PAAF es muy limitado a la hora de determinar la malignidad de la lesión siendo el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica el único en confirmar el diagnóstico de certeza<sup>7</sup>.

En nuestro caso se decidió tratamiento quirúrgico por la sospecha de malignidad de la imagen del TAC, si bien resultó ser un quiste endotelial. Además, la extirpación del quiste se acompañó de mejoría de la sintomatología que había motivado la consulta. Aunque no sea la etiología más frecuente de los incidentalomas adrenales, debemos tener en cuenta este tipo de quistes a la hora de realizar el diagnóstico diferencial y tomar una decisión terapéutica.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Sanz Mayayo E, Maganto Pavón E, Gómez García I, Mayayo Dehesa T, Rodríguez Patrón R, García Gonzalez R, et al. Quistes suprarrenales: presentación de seis casos. Arch Esp Urol. 2003;56:345-53.
2. Rizwan Khan M, Ajmal S, Saleem T. Giant adrenal endothelial cyst associated with acute and chronic morbidity in a young female: a case report. Cases J. 2009;2:8841.
3. Schmid H, Mussack T, Wörnle M, Pietrzyk M, Banas B. Clinical management of large adrenal cystic lesions. Int Urol Nephrol. 2005;37:767-71.
4. William F, Young Jr. The incidentally discovered adrenal mass. N Engl J Med. 2007;356:601-10.
5. Rozenblit A, Morehouse HT, Amis ES. Cystic adrenal lesions: CT features. Radiology. 1996;201:541-8.
6. Neri LM, Nance FC. Management of adrenal cysts. Am Surg. 1999;65:151-63.
7. Chien HP, Chang YS, Hsu PS, Lin JD, Wu YC, Chang HL, et al. Adrenal cystic lesions: a clinicopathological analysis of 25 cases with proposed histogenesis and review of the literature. Endocr Pathol. 2008;19:274-81.

Nerea Egaña Zunzunegui<sup>a,\*</sup>, Alfredo Yoldi Arrieta<sup>b</sup>, Cristina García Delgado<sup>b</sup>, Maite Aramburu Calafell<sup>b</sup> y Miguel Goena Iglesias<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Endocrinología, Hospital de Zumarraga, Zumarraga, Guipúzcoa, España

<sup>b</sup> Servicio de Endocrinología, Hospital Donostia, San Sebastián, Guipúzcoa, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [nereaega@yahoo.es](mailto:nereaega@yahoo.es)

(N. Egaña Zunzunegui).

doi:10.1016/j.endonu.2011.07.014

## Exoftalmos unilateral e hipotiroidismo

### Unilateral exophthalmos and hypothyroidism

Las masas orbitarias y la oftalmopatía tiroidea son las causas más prevalentes de proptosis unocular. Describimos el caso de una paciente con un empeoramiento de una proptosis unilateral previa por la asociación de una oftalmopatía tiroidea (OT).

Una mujer de 41 años con hipotiroidismo primario y un estafiloma congénito de ojo izquierdo consultó por un empeoramiento de su proptosis y dolor retroorbitario izquierdo de varias semanas de evolución.

La exploración física confirmó la presencia de un exoftalmos unilateral, y descartó la existencia de edema o signos de inflamación conjuntival en ninguno de los dos ojos. La paciente tenía bocio, palpable pero no visible ni siquiera con el cuello en extensión, sin adenopatías adyacentes. La ecografía confirmó una glándula heterogénea pero sin

nódulos con un lóbulo izquierdo de 3,7 × 2,0 × 1,3 cm y un lóbulo derecho de 3,6 × 1,5 × 1,2 cm.

Un análisis de sangre realizado unas semanas antes mostraba hipotiroidismo subclínico autoinmunitario: TSH 10,337 µUI/mL (0,3-4,5), T4 libre 1,04 ng/100 mL (0,7-2), anticuerpos antiperoxidasa 817 UI/mL (0,0-35), antitiroglobulina 59,4 UI/mL (0-40), que se trató con 75 mcg/día de levotiroxina.

Para descartar la presencia de una masa, se realizó una TC orbitaria, que demostró el conocido aumento del diámetro del globo ocular izquierdo (propio del estafiloma) y un engrosamiento bilateral leve-moderado de la musculatura extraocular (fig. 1), sugestivo de oftalmopatía tiroidea. La concentración de anticuerpos anti-receptor de TSH fue 27,5 U/L (0-10).

La oftalmopatía de Graves u oftalmopatía tiroidea (OT) es un proceso confinado a la órbita, en el que una reacción inmunológica contra un autoantígeno, que probablemente es el receptor de TSH, produce una reacción