



<https://www.elsevier.es/semergen>

242/4725 - MÉDICOS CONTRARRELOJ

C. Cantón Ortiz^a, A. Pérez de Castro Martínez^b, M. de las Cuevas Miguel^b, O. Arredondo Hortiguela^b, M. González Albóniga-Menor^b y L. Fernández Hernández^a

^aMédico de Familia. Centro de Salud Goya. Madrid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Goya. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 55 años dislipémica, con hipotiroidismo y alopecia autoinmunes desde la adolescencia en tratamiento crónico con corticoides que acude el verano del 2016 a consulta por dispepsia de pocos meses de evolución. Se inicia gastroprotección, se solicita ecografía abdominal a petición de la paciente y una analítica de sangre sin hallazgos relevantes. Acude en diciembre refiriendo que le han realizado un TC abdominal al poco tiempo de realizarse la ecografía. Clínicamente dirigiendo mucho el interrogatorio refiere molestia lumbar e hipocondrio derecho con regular control con tramadol. Se revisan imágenes y se solicita consulta rápida en Medina Interna. Tras una semana sin respuesta se deriva a Urgencias para completar estudio. A mediados de enero ingresa por deterioro funcional y dolor severos mal controlados en Oncología con resultado de exitus.

Exploración y pruebas complementarias: A destacar alopecia holocraneal y facies cushingoide. Analítica sangre: filtrado glomerular 55 ml/min/1,73 m²) y GOT 123. Ecografía abdominal masa retroperitoneal 20 cm (tipo linfoma, sarcoma o tumoración suprarrenal izquierda maligna) con afectación ganglionar y LOEs hepáticas. TC abdominal demuestra infiltración locoregional, adenopatías retroperitoneales, retrocrurales, hiliares, mediastínicas y supraclaviculares izquierdas y metástasis hepáticas y pulmonares. Biopsia adenopatía supraclavicular izquierda metástasis de carcinoma de probable origen adrenocortical. Estudio función suprarrenal normal.

Juicio clínico: Carcinoma adrenocortical izquierdo metastásico.

Diagnóstico diferencial: La mayoría de los tumores adrenocorticales son benignos, no funcionantes e incidentales. Ante el hallazgo de una masa única suprarrenal plantearemos la posibilidad de adenocarcinoma, miolipoma adrenal, carcinoma adrenocortical, feocromocitoma, metástasis adrenal o, aneclóticamente, aldosteronoma. Si son bilaterales pensaremos en enfermedad metastásica, hiperplasia adrenal congénita, adenomas corticales, linfoma, infección tuberculosa o fúngica, aldosteronismo primario, amiloidosis, feocromocitoma o enfermedad infiltrativa de las glándulas suprarrenales.

Comentario final: La incidencia de carcinoma adrenocortical es de 1-2 casos por millón de habitantes adultos, mayor en mujeres entre 40-50 años. Al diagnóstico, la mitad de los casos presenta estadios relativamente avanzados y en un tercio presentan metástasis. Pronóstico pésimo con tasas de supervivencia que oscilan entre los 6-9 meses al diagnóstico.

Bibliografía

1. Lacroix A, Hammer GD. Clinical presentation and evaluation of adrenocortical tumors. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-evaluation-of-adrenocortical-tumors?source=search_result&search=carcinoma%20adrenocortical&selectedTitle=2~99
2. Young FW, Kebebew E. The adrenal incidentaloma. UptoDate. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/the-adrenal-incidentaloma?source=search_result&search=carcinoma%20adrenocortical&selectedTitle=3~99

Palabras clave: Incidentaloma. Dispepsia. Metástasis.