



Linfoma adrenal bilateral

Solares-Sánchez Mario Emmanuel, Camarena-Reynoso Héctor, Martínez-Cervera Pedro Fernando, Jiménez-Ríos Miguel Ángel.



■ RESUMEN

Introducción: El empleo de métodos de imagen no invasivos y de alta resolución han permitido diagnosticar un mayor número de masas adrenales asintomáticas (incidentalomas). De acuerdo a su etiología, los tumores más frecuentes son los adenomas adrenales con una frecuencia de 36% a 94%. Los linfomas pueden afectar al aparato genitourinario de manera secundaria y la afección primaria es rara. Se presenta el caso de un paciente masculino de 55 años, sin antecedentes de importancia, quien inició su padecimiento con pérdida de peso de 12 kg en cuatro meses, acompañado de lumbalgia derecha. Acudió con el médico quien le realizó Tomografía Axial Computarizada (TAC) y Resonancia Magnética Nuclear (RMN) abdomino-pélvicas, en las que se identificaron lesiones suprarrenales bilaterales. Se le realizaron mediciones de catecolaminas y metanefrinas en orina las cuales se reportaron dentro de parámetros normales. Con sospecha clínica de carcinoma adrenal derecha y adenoma izquierdo se le propuso realizar inicialmente adrenalectomía derecha por vía laparoscópica. Por presencia de lesiones óseas en columna y manifestaciones clínicas asociadas, fue tratado con radioterapia (RT) paliativa 30 Gy en 10 sesiones en campos oblicuos posteriores y un campo anterior y quimioterapia adyuvante.

Palabras clave: Linfoma adrenal, incidentaloma, bilateral, México.

■ ABSTRACT

Introduction: Noninvasive, high resolution imaging methods have enabled a greater number of asymptomatic adrenal masses (incidentalomas) to be diagnosed. Incidence is reported at 0.35-4.4% in computed tomography and 1.4-5.7% in autopsy series. In relation to etiology, the most frequent tumors are adrenal adenomas, with a frequency of 36-94%. Adrenal cancer frequency is 1.2-11 % and metastases to other organs is 0-21%. Infections, granulomatous processes, and lymphomas are rare.

Genitourinary apparatus disease can be secondary to lymphoma and primary disease is uncommon. One case of lymphoma that presented with bilateral testicular and adrenal masses was found in the literature.

Keywords: Adrenal lymphoma, incidentaloma, bilateral, Mexico.

Departamento de Urología del Instituto Nacional de Cancerología. México, D. F.

Correspondencia: Dr. Miguel Angel Jiménez Ríos. Av. San Fernando N°22, Col. Sección 16. 14080. Delegación Tlalpan. México, D. F. Teléfono: 56280400, ext: 378, fax: 56551693. Correo electrónico: mjimenezr@incan.edu.mx.

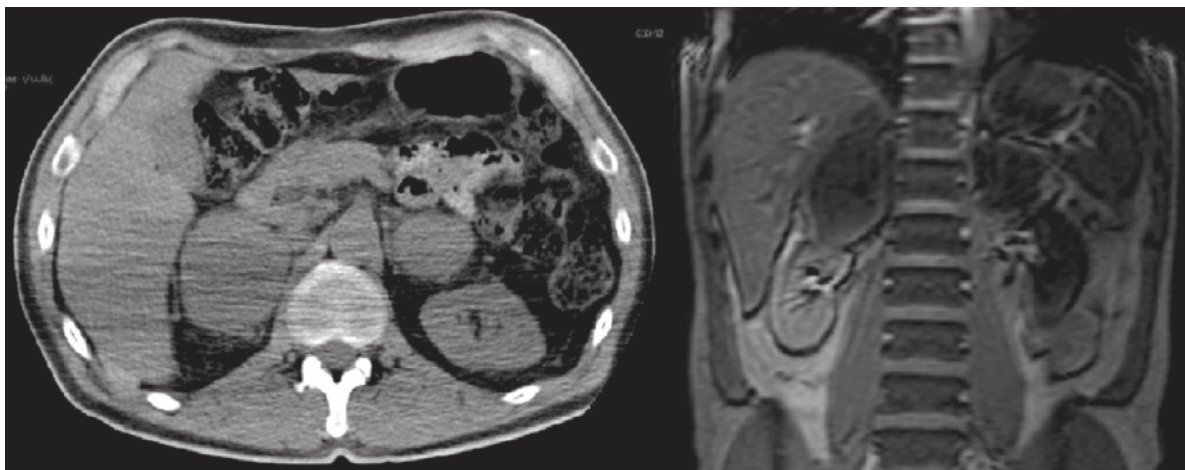


Imagen 1. Tumores suprarrenales bilaterales: Derecho de 5 cm por 6 cm, izquierdo de 3 cm por 3 cm, ambas de aspecto sólido, sin grasa en su interior, ni adenopatías regionales.

■ INTRODUCCIÓN

El empleo de métodos de imagen no invasivos y de alta resolución han permitido diagnosticar un mayor número de masas adrenales asintomáticas (incidentalomas); cuya incidencia se señala de 0.35% a 4.4% en TC y de 1.4% a 5.7 en series de autopsias.¹ De acuerdo a su etiología, los tumores más frecuentes son los adenomas adrenales, con una frecuencia de 36% a 94%, el cáncer

de suprarrenal se presenta en 1.2% a 11% y las metástasis de otros órganos en 0% a 21%. Las infecciones, procesos granulomatosos y linfomas tienen una incidencia rara.¹

Los linfomas pueden afectar al aparato genitourinario de manera secundaria y la afección primaria es rara, en la bibliografía encontramos un caso de linfoma que se presentó con masas testiculares en forma bilateral y en adrenales.²

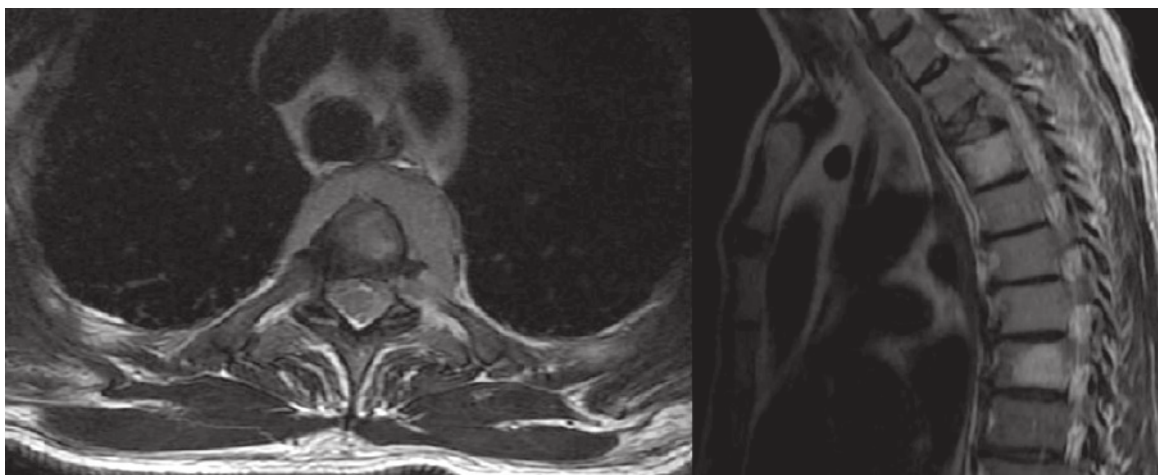


Imagen 2. RMN de columna. Invasión a 50% del canal medular con compresión del saco dural, e inestabilidad de la columna torácica.

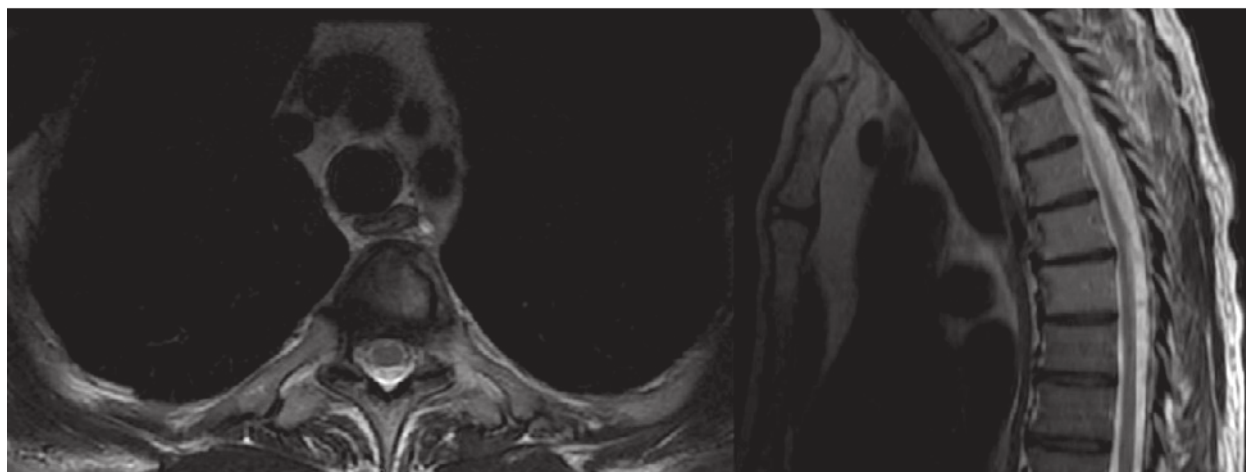


Imagen 3. RMN columna posterior a la RT. Respuesta total de las lesiones en la columna.

■ PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 55 años, sin antecedentes de importancia que inició su padecimiento con pérdida de peso de 12 kg en cuatro meses, acompañado de lumbalgia derecha. Acudió con médico quien le realizó tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética nuclear (RMN) abdomino-pélvicas (**Imagen 1**), con las que se identificaron lesiones suprarrenales bilaterales: del lado derecho tumor dependiente de suprarrenal de 5 cm por 6 cm, del lado izquierdo tumor dependiente de suprarrenal de 3 cm por 3 cm, ambas de aspecto sólido, no hiperintensas, sin evidencia de grasa en su interior. No existió evidencia de adenopatías regionales y el resto de los órganos intra-abdominales sin alteraciones. Se le realizaron mediciones de catecolaminas y metanefrinas en orina las cuales se reportaron dentro de parámetros normales. Fue referido al Instituto Nacional de Cancerología, donde se le realizaron TC de cráneo y tórax, sin notar evidencia de lesiones neoplásicas, cerebrales o pulmonares. Se observó cambio de densidad en los cuerpos vertebrales torácicos, por lo que se le realizó gammagrama con MIBG, con resultado negativo. Con la sospecha clínica de carcinoma adrenal derecho y adenoma izquierdo se le propuso realizar inicialmente adrenalectomía derecha por vía laparoscópica. Posteriormente presentó dolor óseo en columna torácica y parestesias en hemiabdomen inferior. Sus extremidades inferiores mantenían fuerza, sensibilidad y reflejos, pero con marcha atáxica. Bajo la sospecha de compresión del canal medular se le realizó RMN con la que se determinaron lesiones líticas secundarias a infiltración neoplásica en T1 a T5, con fractura patológica en T4 y T8 e invasión a 50% del canal

medular con compresión del saco dural e inestabilidad de la columna torácica (**Imagen 2**).

Fue tratado con base en radioterapia (RT) paliativa 30 Gy en 10 sesiones en campos oblicuos posteriores y un campo anterior. Se consideró realizar corpectomía, descompresión medular y colocación de soporte lateral; sin embargo, posterior a RT el paciente presentó disminución significativa de dolor óseo y marcha normal. En la RMN de control se observó respuesta completa de las lesiones en columna (**Imagen 3**).

De acuerdo con los hallazgos en columna vertebral y así como la presencia de fiebre de presentación vespertina con picos de hasta 39°C. Se consideraron los siguientes diagnósticos diferenciales: infección fúngica o por micobacterias con afección suprarrenal y de columna dorsal, por lo que se realizaron tinciones para micobacterias y hongos, PPD y cultivos, los cuales se informaron como negativos. Se decidió realizar biopsia guiada por tomografía del tumor adrenal derecho, el estudio histopatológico señaló linfoma difuso de células grandes B, tipo no centro germinal. Los estudios de inmunohistoquímica con CD 20, MUM1, Bcl 6 y CD 3 fueron positivos. Se inició tratamiento con quimioterapia a base de esquema CHOP – R, (Ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, prednisona, rituximab) actualmente está en su segundo ciclo (**Imagen 4**).

■ DISCUSIÓN

La evaluación de los tumores adrenales se basa en establecer la diferencia entre masa maligna o benigna y funcionante o no funcionante. Mientras que 25% de los

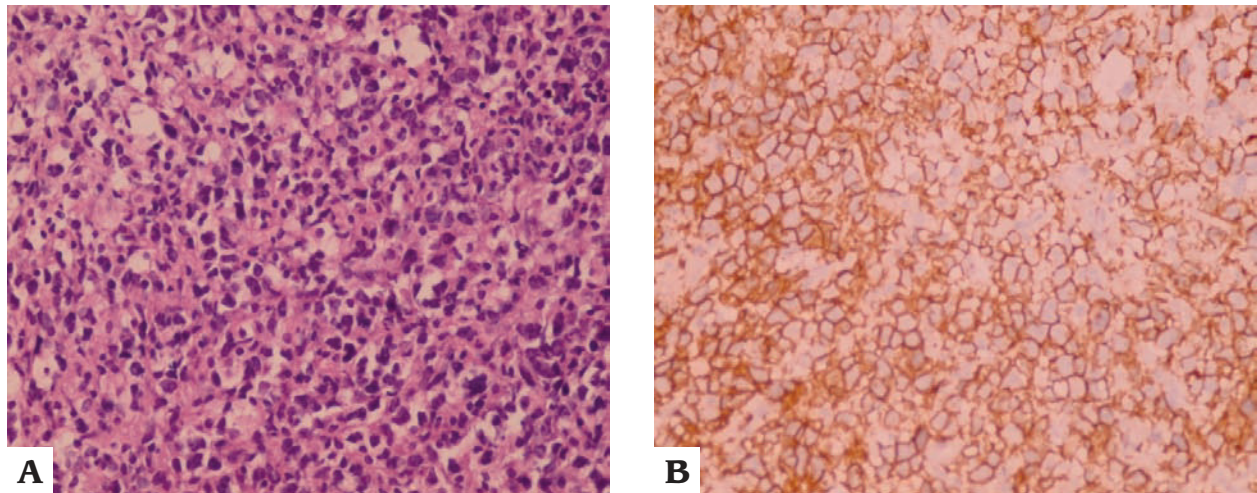


Imagen 4. Biopsia de suprarrenal: A). Linfoma difuso de células grandes B, tipo no centro germinal. B). Inmunohistoquímica positiva para CD20.

linfomas tienen afección adrenal en informes de autopsia, su afección primaria es rara y más de 90% son de células B. La enfermedad bilateral puede causar insuficiencia suprarrenal y progresar rápidamente con afección extraganglionar. A pesar del tratamiento, pocos pacientes sobreviven más de dos años, considerándose como promedio unos 15 meses, hay un caso publicado con sobrevida a ocho años, tratado con adrenalectomía y radioterapia adyuvante.³ Existen pocos casos incluidos en la bibliografía con informe de afección suprarrenal bilateral (19 de 27 casos publicados con linfoma primario de adrenales).^{2,4,5}

Esta entidad es más común en los hombres que en las mujeres (19:8); presentan síntomas inespecíficos, aunque pueden relacionarse con insuficiencia adrenal (12 de 27 casos). Usualmente se descubren de manera incidental en ultrasonido o TAC, el diagnóstico diferencial incluye metástasis o adenomas y es difícil de realizar, se cree que se originan del tejido hematopoyético inherente a la suprarrenal.³

REFERENCIAS

1. Barzon L, Boscaro M. Diagnosis and management of adrenal incidentalomas. *J Urol* 2000;163:398-407.
2. Clemens J, Pins M. Non-Hodgkin's lymphoma presenting as bilateral testicular and adrenal masses. *J Urol* 2000;163:241-2.
3. May F, Bachor R, Hack M, et al. Primary adrenal non-Hodgkin's lymphoma: long-term survival. *J Urol* 1998;160:487.
4. Coventry B, Nacey J, Orell S, et al. Bilateral testicular and adrenal malignant lymphoma of pre B-cell type. *Aust N Z J Surg* 1989;59:79-83.
5. Shea T, Spark R, Kane B, Lange R. Non-Hodgkin's lymphoma limited to the adrenal gland with adrenal insufficiency. *Am J Med* 1985;78:711-4.