COMUNICACIÓN

GRANDES QUISTES NO FUNCIONANTES DE LA GLANDULA SUPRARRENAL

DRES. CONRADO R. CIMINO *, RODOLFO A. TROIANO, JUAN A. PAGANO, ALEJANDRO M. DE LA TORRE Y CLAUDIO BARREDO **

De la División "B" de Cirugía, Hospital Fernández, Buenos Aires

Los grandes quistes no funcionantes de la glándula suprarrenal son de rara observación y la bibliografía sobre el tema es escasa. Todos los autores coinciden en que la primera descripción correspondería a Griselius * 8-10-11, de Viena, en 1670. Abeshouse y colaboradores 1, realizaron en 1959 una minuciosa recopilación de los casos publicados, reuniendo 153, de los cuales sólo 67 fueron operados y los restantes hallazgo de autopsia. En 1976, Kearney y Mahoney ** 11 recopilaron 250 casos en la literatura mundial, la gran mayoría de ellos pequeños y encontrados en necropsias.

Entre nosotros se encuentran las publicaciones de Ricardo Finocchietto 2 de 1946 y las de Saig y Yazel 3 y Dussaut 4 en 1961. En esta Sociedad el tema fue tratado en 1948 por la presentación de Ferreira y Carpanelli 5; en la discusión Lassala aportó 2 casos, uno de los cuales correspondía a un quiste hidatidico. Diez años después, Carreno 6 comunicó un seudoquistte y finalmente, en 1965, Bottini 7, relató un adenoma seudoquístico necrobiótico y hemorrágico. En total, hemos recopilado 8 casos en la bibliografía nacional a nuestro alcance. Como se puede ver, los quistes de la suprarrenal son sumamente raros, especialmente aquellos

* Docente Autorizado de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
** Miembro Académico Titular, Docente Autorizado de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Jefe de la División.

Leída en la Academia Argentina de Cirugía, sesión del 31 de julio de 1985.

que adquieren suficiente tamaño como para ser diagnosticados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos considerado de interés comunicar 4 casos operados por nosotros: uno de ellos en el Servicio donde actuamos, otro en la práctica privada y los dos restantes cuando actuábamos en el ex Hospital Rawson.


Se operó el 29-V-1973 (J.A.P.) con diagnóstico de quiste del polo superior del riñón izquierdo. Lumbotomía entre 11º y 12º costillas. Se liberó el riñón y se diseo a espesanzas de un perfecto plano de clivaje un tumor quístico alojado en la ceja suprarrenal, que respetaba el riñón y formaba cuerpo con la glándula. Posoperatorio sin incidencias. Anatomia patológica (Dr. Schössberg): tumor quístico de pared fibrosa, sin revestimiento endotelial, con focos aislados de tejido adenal. El urólogo excretor realizado 2 meses después de la operación, mostraba que el riñón izquierdo había vuelto a ocupar su posición normal.

Caso 2: R. F., hombre de 40 años de edad (Sala 6 del Hospital Rawson). Consultó por tumor en hipocondrio derecho, de crecimiento gradual e indoloro. Centellograma hepático: hígado de tamaño normal y superficie homogénea,

En mayo de 1970 se lo sometió a una laparotomía exploratoria (R.T.A.): incisión paramediana derecha. Se comprobó un tumor quístico que emergía entre el hígado y colón transverso, a la derecha del duodeno. Se realizó maniobra de Kocher-Vautrin y se abrió el retroperitoneo, descubriendo fácilmente el tumor que ocupaba el espacio de 10 x 10 x 10 cm de contenido líquido, que formaba cuerpo con la glándula suprarrenal. Posoperatorio: sin incidencias, alta a los 10 días. Evolución alejada buena a los 12 meses. Anatomia patológica (Dr. Hajman): Tumor quístico de suprarrenal con revestimiento endotelial.

Caso 3: C. de P., mujer de 33 años de edad, H.C: 219.045 del Hospital Fernández. Comenzó 2 meses atrás con dolor en hipocodrión izquierdo y notó simultáneamente el aumento de diámetro de su abdomen superior. En el examen se palpaba un tumor reniente, ligeramente doloroso, fijo al plano posterior, que sobresalía bajo el reborde costal izquierdo. La paciente en los últimos 10 días había tenido picos febriles de 38 y 39.

Serioda gastrodenenal: hernia hiatal por deslizamiento sin retiro y desaparición del estómago hacia adelante y a la derecha. Ecografía: en hemiabdomen izquierdo se observó un tumor de 14 x 19 cm, ecolucente y con zonas ecorrefringientes en su interior. Esta masa de contenido líquido y con algunas imágenes sólidas era compatible con: 1) seudoxiste del páncreas; 2) quiste hidatidico; 3) masa quística de otra etiología. Se comprobó además, litiasis vesicular. Laboratorio: Ectroescolmatización 117 mm, 1° hora; arco 5 y "test" del lácte, negativo.

El 28-VIII-1982 se realizó una laparotomía exploratoria (C.B.) con incisión mediana supra e infraumbilical. A través del epíplón gastrocólico se comprobó la presencia de una gran formación quística de 30 x 30 cm que no formaba cuerpo con el páncreas ni con el hígado. Se inició en la parte emesagnética, aspirándose unos 2.500 cc de un líquido serohematoeco e idéntico con algunos coágulos. Explorando desde la cavidad, se comprobó que ésta se proyectaba hacia arriba hasta el diafragma, hacia atrás contactaba con el plano retroperitoneal y hacia abajo, se palpaba el riñón izquierdo. Dado lo riesgoso de la disección por no existir plano de clivaje y previa biopsia por congélación, se resolvió marranizarlo a través de la laparotomía cerrando el piso de la pared en un plano; se dejaron 2 gruesos tubos de drenaje en la cavidad quística. El posoperatorio sin particularidades; alta a los 8 días. Anatomía Patológica (Dr. Gonzalez Cueto): pared quística formada por tejido fibroso. Por fuera tejido de granulación muy vascularizado. Se ven pequeños depósitos de hemosiderina, en el tejido fibroso, secuela de antigua hemorragia. En la biopsia por congélación se cuenta tejido suprarrenal en la cara externa de la pared quística.

La paciente fue intervenida en marzo de 1983 para efectuar la plástica de una evitación en la zona marranizada. La evolución alejada hasta la actualidad (30 meses), ha sido buena. Una tomografía abdominal de control no mostró alteraciones en la zona operatoria.

Caso 4: A. T., de M., mujer de 58 años de edad. H.C: 80.622 (IMOS). Consultó por la presencia de una formación abdominal desde 4 meses atrás en hipocodrión izquierdo y fílamo izquierdo, con aumento del diámetro abdominal. Rehusó presentar episodios aislados de dolor abdominal en la región periubuminal con irradiación hacia la izquierda en forma concomitante con traumatismos gastrointestinales de dispepsia inespecífica. No registraba antecedentes de importancia. Al examen, abdomen globuloso con notoria asimetría en hipocodrión izquierdo que se extendía hacia epigastro y flanco izquierdo. Se palpaba a este nivel un tumor redondeado, tenso y ligeramente doloroso, de bordes lisos y fijo a los planos profundos. No se palpaba hígado ni bazo.

Laboratorio: ecroesclerotización acelerada, 1° hora 51; hepatograma normal y arco 8 para hidatidosis negativo. Serioda gastrodenenal: marcado desplazamiento hacia la línea media del estómago. Ecografía: en hipocodrión izquierdo, imágenes ecorrefringientes mixtas de 21 x 16 x 17 cm, de contenido líquido con imágenes ecorrefringientes en su interior. Diagnóstico: Formación quística pancreática. Tomografía axial computada: Formación quística de bordes nets, contenido líquido y homogéneo, paredes gruesas y parcialmente calcificadas en algunos cortes, 16,5 x 13,8 x 19 cm. Esta formación ocupaba el hipocodrión y flanco izquierdo extendiéndose en dirección caudal hasta el nivel de las crestas ilíacas; desplazaba el hígado en dirección anterosuperior, el estómago y asas intestinales hacia el lado opuesto y comprimía el riñón izquierdo que era de características normales. Impresión diagnóstica: seudoxiste de la cola del páncreas, no derramándose su origen hidatidico.

Con diagnóstico de formación quística del páncreas, se operó el 27-V-1983 (C.R.C.). Incisión mediana suprapubiana e infraumbilical. A través del epíplón gastrocólico se comprobó un gran tumor quístico de 20 x 20 cm que emergía desde el retroperitoneo. El páncreas presentaba aspecto y características normales y no tenía relación con el quiste. Punzándolo se obtuvo un líquido acocholado, completándose luego la aspiración de unos 1.500 cc. Como existía muy buen plano de clivaje, se extirpó toda la pared quística, comprobándose su origen en la glándula suprarrenal. Evolución posoperatoria sin incidencias. Alta a los 10 días, bien hasta la fecha.

Análisis químico del líquido de punción color pardo, aspecto turbio; sedimento abundante, se observa sangre macroscópicamente: p.h 8; proteínas 3,1 gr.%; hibulrubina total 8,4 mg, hemoglobina (+ + + +).

Anatomía patológica (Dr. Domínguez, Nº 33.042): Las distintas secciones muestran una pared quística fibrosa con calcificaciones, foliculos fibroadenoides, vasos de neoformación, y fragmentos de glándula suprarrenal de arquitectura conservada.

Comentarios

No existe unanimidad de criterio sobre la patogénesis de estas formaciones quísticas. Para su clasificación seguimos la propuesta por Terrer y Leccene con las modificaciones de Abeshouse y Goldstein 1 (cuadro 1).

---

**CUADRO 1**

1. - Quistes epiteliales:
   a) Glandulares verdaderos (de retención)
   b) Adenomas quísticos

2. - Quistes endoteliales:
   a) Linfangiomasatosos
   b) Angiomatosos

3. - Seudoxistemas:

4. - Quistes parasitarios
Quistes epiteliales: Representan el 10% de todos los quistes, predominando los adenomas quísticos. Ocasionalmente pueden alcanzar gran tamaño.

Quistes endoteliales: Aproximadamente el 45% de los suprarrenales son de estirpe endotelial y entre ellos los linfangiomatosos son los más frecuentes. Se originarían a partir de linfangiectasias o por la degeneración quística de un hamartoma; en cambio los angiomatosos lo harían de capilares o sáuroides dilatados entre columnas de células adrenales. Los quistes linfangiomatosos en general son múltiples y pequeños, tapizados por un endotelio liso y uniforme con contenido opalescente, blanquecino.

Seudoquistes: Representan el 40% de las formaciones quísticas. Generalmente son unicelulares y pueden alcanzar un tamaño considerable. Su pared, de espesor variable, no posee revestimiento epitelial, es fibrosa y puede presentar zonas de calcificación e hialinización y en ocasiones, islotes de tejido cárticoadrenal incorporados. El contenido es un líquido achocolatado. Se considera que su origen puede deberse a una hemorragia intraparenquimatosa en el seno de una glándula normal o patológica, con ulterior liceofaciación, absorción y encapsulación.

Quistes parasitarios: Son los más raros, menos del 5% del total. Como en otras localizaciones de la hidatidosis, pueden observarse calcificaciones de la pared.

En nuestros cuatro casos, el estudio histopatológico demostró que en 3 se trataba de seudoquistes y en el restante de un quiste epitelial.

Los grandes quistes no funcionantes de la glándula suprarrenal son más frecuentes de observar en la mujer que en el hombre, en proporción de 3 a 1. En la serie de Abeshausse, el 92% era unilateral, sin mostrar predilección por uno u otro lado. Pueden ser diagnosticados a cualquier edad, pero lo más común es entre la 5ª y 6ª décadas de la vida. Nuestros pacientes pertenecían 3 al sexo femenino, con un promedio de edad de 45 años; en 3, el tumor quístico se originó en la suprarrenal izquierda y en 1 en la derecha.

El tamaño puede alcanzar hasta 20 ó 30 cm de diámetro y en la bibliografía no se menciona ningún caso de transformación maligna a punto de partida de la pared quística. Por lo común son asintomáticos y sólo se manifiestan cuando por su crecimiento desplazan a órganos vecinos.

Tres de los casos que presentamos, consultaron por la presencia de un tumor de crecimiento progresivo, indoloro en 2 de ellos y acompañado de dolor en hipocondrio izquierdo en el otro; en el caso restante, el síntoma de comienzo fue dolor lumbar.

Si bien no lo hemos observado, en algunos pacientes se ha descripto la aparición de hipertensión arterial, por compresión sobre los vasos del pédículo renal que se normaliza con la extirpación del tumor. No se menciona en la bibliografía ningún caso con manifestaciones clínicas de hipercreción de glucocorticoides.

Los grandes quistes suelen ser unilaterales, de manera que, siendo la glándula opuesta normal, no se desarrolla el cuadro de insuficiencia adrenal; solamente se describen 5 casos en la literatura con hipofunción adrenal definitiva.

El diagnóstico de una formación quística de la glándula suprarrenal presenta serias dificultades; hasta 1996, solamente en 16 casos se hizo el diagnóstico preoperatorio. Tampoco se realizó en ninguna de nuestras 4 observaciones; 2 se sometieron a una laparotomía exploratoria y los otros 2 se operaron con diagnóstico presuntivo de quiste del polo superior del riñón y quiste pancreático.

Es importante diferenciarlos de los quistes del polo superior del riñón, dilatación quística del colédoco, formaciones quísticas del hígado, bazo, páncreas, o raíz del mesentério, tumores benignos o malignos del riñón.

Como hemos comprobado, la radiología directa del abdomen sólo puede aportar algunos signos indirectos: borramiento del espacio, presencia de calcificaciones que delimitan el contorno quístico en "cascara de huevo" y desplazamiento de vísceras huecas. Esto último, se confirmará con los estudios contraste, observándose el rechazo del estómago y el descenso de los ángulos hepático o esplénico del colon. La pielografía descende y descarta la etiología renal y muestra el desplazamiento del riñón hacia abajo y acodamiento del uréter.

Con la radiología no se puede realizar un diagnóstico definitivo de quiste suprarrenal, solamente se localiza topográficamente. De la misma manera, la arteriografía selectiva del tronco celiaco y suprarrenales, en sus tiempos arterial y de retorno venoso, sólo delimitan el territorio comprometido; la venografía suprarrenal no se recomienda, dado que puede provocar complicaciones importantes como el infarto glandular.

Los estudios por imágenes adquieren gran importancia porque localizan la formación quística y determinan su tamaño y características estructura-
les con precisión. Sin embargo, en nuestros 2 últimos casos no permitieron establecer el diagnóstico del órgano de origen.

La conducta de elección es la exploración quirúrgica, procurando la extirpación total del quiste preservando el riñón y si es posible, el resto de la glándula suprarrenal.

El abordaje debe ser amplio, utilizando una laparotomía vertical u oblicua que permita, en caso necesario, ser ampliada al tórax.

La técnica dependerá de la fijación de la pared quística a los planos vecinos, especialmente al diafragmático, vena cava inferior, aorta, mesocolon e intestino grueso. Si puede disecársele sin riesgo de comprometer estructuras nobles, se extirpará en su totalidad respetando la mayor cantidad posible de tejido adrenal; así se procedió en 3 de nuestras observaciones. De lo contrario, si se encuentra íntimamente adherida a los planos vecinos la disección resultará peligrosa, aconsejándose la marsupialización.

**CONCLUSIONES**

1) Los grandes quistes no funcionantes de la glándula suprarrenal son extremadamente raros y su patogénesis discutida.

2) Los seudoquistes y los quistes linfangiactásicos son las variedades más comunes.

3) Predominan en el sexo femenino en relación de 3 a 1. Pueden presentarse a cualquier edad, pero con mayor frecuencia en la 5ª y 6ª década.

4) Generalmente son unilaterales, sin tener predilección por un lado, si bien fueron más comunes a la izquierda en nuestra serie.

5) Suelen tener comienzo insidioso, ocasionando síntomas vagos e inespecíficos. Crecen lentamente y desplazan gradualmente a órganos vecinos. Generalmente la primera manifestación es la palpación de un tumor por debajo del reborde costal.

6) La radiología simple y contrastada permite establecer la ubicación topográfica pero no el diagnóstico etiológico. La ecografía y la tomografía computada determinan con precisión su tamaño y características estructurales. En raras oportunidades se hace el diagnóstico preoperatorio.

7) El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica, conservando la mayor cantidad posible de tejido adrenal. La marsupialización se reserva para aquellos casos de disección peligrosa por íntima adherencia a estructuras nobles vecinas.

**RESUMEN**

Se presentan 4 casos de quistes gigantes de la glándula suprarrenal. Se trata de una entidad clínica patológica muy rara. No hay acuerdo sobre su patogénesis. Los más comunes son los quistes endoteliales linfangiomaatosos y los seudoquistes. Se debe realizar el diagnóstico diferencial con otras formaciones quísticas del abdomen superior, aunque rara vez se establece el diagnóstico preoperatorio del órgano. El abordaje quirúrgico debe ofrecer una adecuada exposición y la extirpación realizarse conservando la mayor cantidad posible de tejido adrenal.

**SUMMARY**

Four cases of giant adrenal cysts are presented. They are rare clinic and pathologic entities. There is no significant agreement as the cause and pathogenesis of the disease. The most common histologic types are lymphangiomatous, endothelial cysts and pseudocysts. Adrenal cysts must be differentiated from all space-occupying lesions of the upper abdomen. The choice of the surgical approach should be planned to provide for safe and adequate exposure. Careful dissection with preservation of the adrenal tissue should be performed.

**BIBLIOGRAFÍA**


DISCUSION

Dr. Osvaldo H. Mammoni*: La dificultad que ha tenido el Dr. Cimino en el diagnóstico es coincidente con todos los autores, hay que tenerlo presente por la dificultad que se presenta en la vía de abordaje. Además es difícil tomar la decisión sin conocer la patología. Coincidiendo en que la ecografía y la tomografía son de gran ayuda. Sin embargo nosotros vamos a presentar un quiste verdadero de suprarrenal, que fue diagnosticado como quiste hidatídico de cara inferior de hígado (se proyecta). Se trata de un quiste endotelial verdadero que no es muy común y no adquiere el tamaño de los pseudoquistes, ocupaba toda la suprarrenal, lo que hizo necesario la suprarrenallectomía derecha. Clínicamente tenía vómitos por compresión de la segunda porción del duodeno.

Dr. Jorge A. Ferreira**: Es muy significativo presentar 4 casos de un proceso que en la estadística mundial sólo hay un centenar. Uno de los 2 casos nuestros tuvo características muy particulares que justifican su comunicación. El riñón del lado afectado presentaba un desplazamiento tan significativo que cambiáramos el vocablo “desplazar” por el de “transportar”, ya que era eso precisamente lo que había acontecido al ser transportado el riñón en su totalidad a la fosa lumbar del lado opuesto previo giro de 180º. Se lo ofrecimos al Dr. Michans que estaba precisamente realizando su relato sobre “Tumores retroperitoneales con exclusión de los renales” del año 1953 (pág. 60). Este tumor era un adenoma a células claras de características quísticas similares a la otra observación.

Proyectaremos las pieografías descendentes en las que se pueden definir muy claramente ambas pelvis renales ubicadas en la misma fosa lumbar. Cuando concluimos la operación ambos riñones se hallaban ya normalmente ubicados en sus respectivas celdas. Lamentablemente en la época que estudiábamos ambos casos no nos fue posible recurrir a la arteriografía selectiva. De haber contado con ella, hubieramos seguramente documentado el alargamiento del pedículo renal vascular que permitió lo que llamamos “transporte insitito” del riñón hecho posible quizás porque el paciente era un adolescente de 14 años de edad. Mostramos finalmente una pieografía descendente obtenida un mes después de la intervención en la que se pueden apreciar ambas pelvis renales ubicadas cada una en su correspondiente celda lumbar.

CIERRE DE LA DISCUSION

Dr. Claudio Barredo: Las contribuciones de los doctores Mammoni y Ferreira con 3 casos, más los 4 nuestros son 7 que se agregan a los 8 de la literatura argentina hasta este momento, lo que revela que actualmente hay una actividad quirúrgica en nuestro país que ha permitido reunir 15 casos cuando en la literatura mundial hasta 1976 había publicados unos 250.

El doctor Mammoni presenta un quiste endotelial del lado derecho; uno de nuestros casos también era del mismo lado; las consideraciones que hace están de acuerdo con lo que nosotros dijimos.

El doctor Ferreira, de 2 casos, muestra uno con un llamativo transporte de riñón, como él lo deno- mina, era un quiste de gran tamaño, no se si lo resecó o marsupializó; el retroneumoperitoneo puede ser de valor cuando no se cuenta con tomografía ni ecografía.