

ADRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN ADENOMA VIRILIZANTE A PROPÓSITO DE UN CASO

HUMBERTO PONTILLO, JOSÉ MORO, JOSÉ PRINCE, ALFREDO BORGES, VERÓNICA MORA

MATERNIDAD DEL ESTE (HOSPITAL PRIVADO) INSTITUTO ONCOLÓGICO DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO DE VALENCIA, ESTADO CARABOBO.

RESUMEN

OBJETIVO: Presentar un caso clínico. **MÉTODOS:** Paciente femenina de 40 años de edad IIIIG IIII enfermedad actual en 2007 con amenorrea, signos de virilización, *fascie* cushinoide, por lo cual acude a facultativo. **RESULTADOS:** Estudia con un perfil hormonal reportando en abril de 2009: prolactina 7,83, T3, T4, TSH sin alteraciones, estradiol elevado 280, progesterona en 0,4, FSH 9,7 LH 6,5, ultrasonido abdominopélvico reportando quiste de ovario izquierdo simple de 36 mm x33 mm x 28 mm, volumen de 17,5 cm³, TAC abdomino-pélvica reporta imagen heterogénea capta contraste, contornos definidos en fosa suprarrenal derecha 4,8 cm de diámetro, sugestiva de adenoma suprarrenal, se aprecian aumento de volumen uterino sugestivo de fibromatosis y quiste de ovario derecho simple, catecolaminas urinarias y ácido vanidilmandélico normales, se decide tomar conducta quirúrgica definitiva, por lo que se solicita pre operatorio y el 17-02-10 fue llevada a adrenalectomía laparoscópica, con diagnóstico de adenoma suprarrenal virilizante. La biopsia definitiva reportó tumor epitelial benigno de células corticales adrenales (Adenoma adrenal cortical), sin invasión capsular necrosis ni pleomorfismos sin indicios de malignidad. La paciente fue dada de alta a las 24 horas, con posoperatorio inmediato satisfactorio, Presentando sangrado menstrual 1 mes posterior a la cirugía y reversión posquirúrgico de los signos de virilización. **CONCLUSIÓN:** Los adenomas suprarrenales virilizantes son una patología rara pero cuando se presenta la clínica es inequívoca, se recomienda el abordaje laparoscópica de estas lesiones en pacientes bien seleccionados ya que el beneficio es indiscutible.

PALABRAS CLAVE: Tumor, adrenalectomía, laparoscopia, virilizante, adenoma

SUMMARY

OBJECTIVE: Present a clinical case. **METHOD:** Feminine of 40 years old IIIIG IIII initial start disease in 2007 with amenorrhoea, virilization signs, cushin fascies. **RESULTS:** Goes to facultative that studies with hormonal profile reporting in April of 2009: Prolactin 7.83, T3 T4 TSH without alterations, estradiol 280, progesterone in 0.4, FSH 9.7 LH 6.5, pelvic and abdominal ultrasound reporting cyst simple left ovary of 36 mm x33 mm x 28 mm and volume of 17.5 cm³, abdominal and pelvic TAC that reports heterogeneous image that catches contrast, contours defined in right adrenal grave 4.8 cm of diameter, suggestive of adrenal adenoma, also increase uterine volume of fibromatosis and cyst of straight simple ovary, urinary catecholamines and normal vanidilmandelic acid are appraised, reason by which it is decided to take definitive surgical treatment, reason why asks for pre operating studies and the 02-17-10 was taken to laparoscopic adrenalectomy, with diagnosis of virilizant adrenal adenoma. The definitive biopsy report benign epithelial tumor of adrenal cortical cells (cortical adrenal adenoma), without capsular invasion necrosis non pleomorphic, without malignant suspicious items. The patient egresses to the 24 hours after surgery, with an immediate satisfactory post-operative, Presenting/ displaying menstrual bleeding 1 month subsequent to the surgery and postsurgical reversion of the signs of virilization. **CONCLUSION:** The virilizant adrenal adenomas are a rare pathology but when the clinic appears is unequivocal, laparoscopic boarding of these injuries in selected patients is good recommended since the benefit is unquestionable.

KEY WORDS: Tumor, adrenalectomy, laparoscopic, virilizantes, adenoma.

Recibido: 28/07/2010 Revisado:22/11/2010
Aceptado para publicación:19/01/2011

Correspondencia: Dr. Humberto Pontillo. Instituto de Oncología "Dr. Miguel Pérez Carreño" Valencia, Estado Carabobo Tel: 414 7294090.
E-mail:hozile@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El exceso de andrógenos en la mujer se relaciona con cambios físicos que pueden ir desde hirsutismo hasta otros cambios más graves, como la virilización, incluidos: clítoro-megalia, engrosamiento de la voz, pérdida temporal de cabello, cambios en la distribución de la grasa corporal, disminución del volumen mamario, etc. Estos cambios pueden originarse por diferentes padecimientos, como el síndrome de ovarios poliquísticos, tumores ováricos o tumores suprarrenales ⁽¹⁻⁴⁾. El diagnóstico de estos últimos representa un reto.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenino N.A. de 40 años de edad IIIIG IIIIP quien inicia enfermedad actual a mediados de 2007 con trastornos menstruales, signos de virilización, hipertrichosis, *fascie* cushinoide, voz ronca, hipertensión arterial, y dolor en fosa iliaca derecha, motivo por el cual acude a facultativo quien la estudia con un perfil hormonal que reporta estradiol en 30, testosterona total 60 $\mu\text{g dL}$ y libre en 20, adicionalmente se solicitan marcadores tumorales Ca 125, CEA, Alfa feto proteínas y HCG todos con valores dentro de los límites de la normalidad, quien recibe tratamiento ambulatorio que no se especifica y se mantiene en control hasta el mes de abril de 2009 cuando se solicita ultrasonido abdominal y pélvico que reporta quiste de ovario izquierdo simple con imagen ovoidea eco lúcida de 36 mm x 33 mm x 28 mm y volumen de 17,5cm³ se solicitan nuevamente perfil hormonal esta vez reportando prolactina 7,83, T3 T4 TSH sin alteraciones, estradiol en 280, progesterona en 0,4, FSH 9,7 LH 6,5 todos sin alteraciones, motivo por el cual planteándose un tumor funcionante de ovario se refiere a la consulta de endocrinología quien valora a la paciente y sin solicitar más estudios de extensión la refieren a la consulta de cirugía

oncológica donde es valorada en octubre de 2009 y se solicita TAC abdominal con doble contraste que reporta imagen heterogénea que capta contraste, de contornos bien definidos a nivel de área suprarrenal derecha de 4,8 cm de diámetro AP y 4,4 transversal. Sugestiva de adenoma suprarrenal, también se aprecian aumento de volumen uterino sugestivo de fibromatosis y quiste de ovario derecho simple, motivo por el cual se decide en reunión de servicio tomar conducta quirúrgica definitiva, por lo que se solicita pre operatorio de la paciente sin mayor inconveniente y la conducta tomada el 17-02-10 fue la adrenalectomía laparoscópica + drenaje de quiste ovárico. La biopsia definitiva B10-0508 reportó tumor epitelial benigno de células corticales adrenales (Adenoma adrenal cortical). Sin invasión capsular necrosis ni pleomorfismos sin indicios de malignidad. Actualmente la paciente ha revertido algunos de sus síntomas virilizantes y se encuentra con evolución satisfactoria hasta el momento

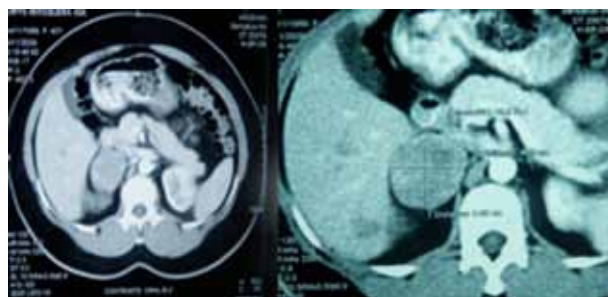


Figura 1. Tumor sub hepático derecho.



Figura 2. Disección del adenoma.

DISCUSIÓN

El hirsutismo puede ser el signo inicial, y aun en pocas ocasiones el único signo en diferentes enfermedades, que tienen principalmente origen ovárico o suprarrenal. Posteriormente se presentan signos de virilización, los cuales orientan a determinadas afecciones a estudiar. Entre las enfermedades más frecuentes están: síndrome de ovarios poliquísticos, tumores de ovario secretores de andrógenos, hiperplasia suprarrenal congénita, tumores suprarrenales benignos o malignos productores de andrógenos⁽⁵⁻⁷⁾. Los tumores virilizantes suprarrenales son muy raros, para lograr un diagnóstico inicial deben medirse las concentraciones en suero de diferentes andrógenos: dehidroepiandrosterona sulfato (DHEAS), androstenediona y testosterona (T). En estos casos la elevación es principalmente a expensas de DHEAS cuya producción es principalmente de origen suprarrenal, además de elevaciones de testosterona y androstenediona, mientras que en los casos en los que la elevación es principalmente de testosterona debe de orientar hacia un origen ovárico. Los adenomas suprarrenales suelen cursar con elevación de testosterona y androstenediona, mientras que los carcinomas muestran elevaciones importantes de DHEAS. En algunos casos se han encontrado cristaloides de *Reinke* característicos de las células de *Leydig*. Por medio de pruebas de supresión con dexametasona con 2 mg y 8 mg se puede intentar el diagnóstico diferencial. La falta de supresión de andrógenos con dexametasona

se relaciona con la coexistencia de tumores suprarrenales, tanto adenomas como carcinomas, aunque es difícil precisar la naturaleza benigna o maligna por estos estudios. Los estudios de imagen orientan hacia un diagnóstico más preciso, que al principio detectan la existencia de una masa tumoral. La sospecha de malignidad depende de las características de la tumoración: tamaño, densidad, homogeneidad y contornos. La tomografía axial computada y la resonancia magnética nuclear son métodos efectivos para la exploración de las glándulas suprarrenales (como fue demostrado en el presente caso). Cuando se encuentra un tumor mayor de 7 cm debe pensarse en un carcinoma, aunque tumores más pequeños no lo excluyen y ninguno de los dos consigue discriminar con precisión entre tumoraciones benignas y malignas. En el caso que se reporta todo indicaba que se trataba de un carcinoma, debido a la rápida evolución, pérdida de peso y concentraciones elevadas de DHEAS, así como por la coexistencia de datos sugerentes de malignidad en ambos estudios de imagen. Sin embargo, debe recordarse que en pacientes con tumor suprarrenal el diagnóstico definitivo será histopatológico⁽⁷⁾.

El hirsutismo puede ser el signo inicial, y aun en pocas ocasiones el único signo en diferentes enfermedades, que tienen principalmente origen ovárico o suprarrenal. Posteriormente se presentan signos de virilización, los cuales orientan a determinadas afecciones a estudiar. Entre las enfermedades más frecuentes están: síndrome de ovarios poliquísticos, tumores de

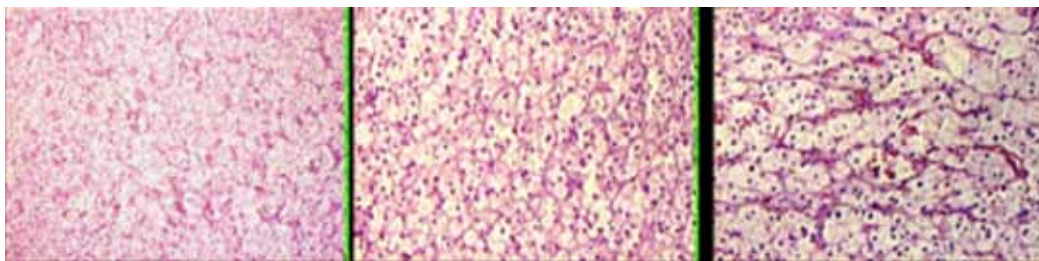


Figura 3. Aspecto microscópico.

ovario secretores de andrógenos, hiperplasia suprarrenal congénita, tumores suprarrenales benignos o malignos productores de andrógenos. Los tumores virilizantes suprarrenales son muy raros, para lograr un diagnóstico inicial deben medirse las concentraciones en suero de diferentes andrógenos: dehidroepiandrosterona sulfato (DHEAS), androstenediona y testosterona (T) ⁽⁷⁾. Por lo anterior, se solicitó un estudio de tomografía axial computarizada del abdomen, que mostró una lesión tumoral suprarrenal derecha que por tamaño, impregnación e intensidad sugirió origen benigno. La paciente fue intervenida quirúrgicamente para la resección de la glándula suprarrenal derecha. La evolución pos quirúrgica de la paciente ha sido satisfactoria

con regresión de los signos de virilización, así como la reinstalación espontánea de los períodos menstruales. El reporte histopatológico reportó: tumor epitelial benigno de células corticales adrenales (Adenoma adrenal cortical). Sin invasión capsular necrosis, ni pleomorfismos sin indicios de malignidad. De 4,8 cm x 4,4 cm libre en todos sus márgenes.

El estudio de la paciente con hiperandrogenismo debe ser integral con la evaluación clínica, hormonal y de gabinete para poder determinar el origen de la producción androgénica. Una vez diagnosticado un tumor suprarrenal solo el estudio histopatológico permitirá establecer el pronóstico de estas pacientes.

REFERENCIAS

1. Young WF. The incidentally discovered adrenal mass. *N Engl J Med.* 2007;356:601-610.
2. Imai T, Kikumori T, Shibata A, Fujiwara M, Hibi Y, Nakao A. Laparoscopic adrenalectomy for incidentaloma and bilateral adrenal disease. *Asian J Surg.* 2003;26(2):64-70.
3. Thompson GB, Young WF. Adrenal incidentaloma. *Curr Opin Oncol.* 2003;15:84-90.
4. Mac Gregor AL, Velasco Díaz G, Carranza LS. Adenoma suprarrenal virilizante: comunicación de un caso. *Ginecol Obstet Mex.* 2005;73:261-264.
5. Bornstein SR, Stratakis CA, Chrousos GP. Adrenocortical tumors: Recent advances in basic concepts and clinical management. *Ann Intern Med.* 1999;130:759-771.
6. Herrera MF, Grant CS, van Heerden JA, Sheedy PF, Ilstrup DM. Incidentally discovered adrenal tumors: An institutional perspective. *Surgery.* 1991;110:1014-1021.
7. Norton J. Adrenal tumors. En: De Vita V, Hellman S, Rosenberg S, editores. *Principles and Practice of Oncology.* 5ª edición. Filadelfia: Lippincott Raven; 1997.p.1659-1677.