

11201



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSTGRADO



**INSTITUTO DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

HOSPITAL REGIONAL "1° DE OCTUBRE"

PSEUDOQUISTE SUPRARRENAL

**PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE
LA LITERATURA**

ARTÍCULO PUBLICADO

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN**

ANATOMIA PATOLÓGICA

PRESENTA

DRA. EVA MIRIAM / ALBA LAGUNA

2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Vo. Bo.

DR. HORACIO G. OLVERA HERNÁNDEZ
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL REGIONAL "1° DE OCTUBRE"

Vo. Bo.

DR. HUGO ROBERTO MOLINA CÁRDENAS
PROFESOR TITULAR DE POSTGRADO DE ANATOMÍA
PATOLÓGICA
HOSPITAL REGIONAL "1° DE OCTUBRE"

Vo. Bo.

DR. JOSÉ GARCÍA MEJÍA
JEFE DE SERVICIO DE ANATOMIA PATOLÓGICA
HOSPITAL REGIONAL "1° DE OCTUBRE"



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

SUBDIVISION DE PATOLOGIA

03 ABR 2002

HOSP REGIONAL "1° DE OCTUBRE"
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA

JUSTIFICACIÓN

Dar a conocer la existencia de patología quística en la glándula suprarrenal, sus diagnósticos diferenciales tanto clínicos como en estudios de laboratorio y gabinete y conocer las características histopatológicas así como la inmunohistoquímica empleada para la corroboración diagnóstica, con la finalidad de que el Pseudoquiste suprarrenal sea considerado dentro de los diagnósticos en pacientes con dolor abdominal difuso.

OBJETIVOS

1. Conocer las generalidades de la patología quística de la glándula suprarrenal.
2. Conocer el porcentaje de presentación del pseudoquiste con respecto a las entidades quísticas adrenales.
3. Indagar las generalidades del pseudoquiste suprarrenal.
4. Conocer los métodos de diagnóstico del pseudoquiste adrenal.
5. Conocer las reacciones de inmunohistoquímica indispensables para la corroboración diagnóstica.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es un estudio **observacional** sin modificación de datos clínicos o de auxiliares diagnósticos; **transversal** con un seguimiento hasta un año después de la cirugía de la paciente; **retrospectivo** debido a la investigación de literatura internacional con respecto a la patología quística adrenal; **descriptivo y abierto**.

ANTECEDENTES

Los quistes de la glándula suprarrenal son entidades raras tanto clínica como patológicamente.

Históricamente el primer caso fue reportado en 1670 por Greisselius en Viena como hallazgo de autopsia en un hombre de 45 años. Sin embargo no fue hasta 1837 que Rayer describió un segundo caso.

Pawlik en Alemania llevo a cabo la primera cirugía exitosa en marzo de 1894, en la cual obtuvo 10 litros de contenido quístico con la subsiguiente excisión total y recuperación del paciente. El primer caso reportado en los Estados Unidos fue en 1906 por M'Cosh, con la excisión de un quiste de 2.5 litros que se encontraba adherido a la aorta y columna vertebral.

De Vecchi en 1910 reporto el primer caso de quistes adrenales bilaterales. Reiman y Guyton encontraron solo cuatro casos en la literatura americana de los años veintes y hasta antes de 1947.

La rareza de los quistes adrenales fue cuestionada por Wahl en 1951 que encontró nueve casos no sospechados ni diagnosticados en 13,996 autopsias con una incidencia de uno en 1555 casos.

Para 1966 se habían reportado 220 casos en la literatura mundial del total de casos, 120 (55%) fueron por procedimiento quirúrgico y 100 (45%) como hallazgos de autopsia. Hasta el año de 1999 habían reportados 613 casos.

INTRODUCCIÓN

La gran mayoría de los quistes de la glándula suprarrenal son asintomáticos y debido a lo raro de su presentación son con frecuencia mal diagnosticados. Cuando hay síntomas estos varían dependiendo del tamaño del quiste, entre los más comunes son el dolor abdominal difuso y los síntomas gastrointestinales.

Los quistes de la glándula suprarrenal se originan de la corteza ó médula, casi siempre son unilaterales y se distribuyen tanto del lado derecho como del izquierdo. Aproximadamente 8% son bilaterales.

Puede haber varios tipos de lesiones quística de la suprarrenal: los quistes parasitarios (7%) se relacionan con infección por *Equinococcus granulosus*, la afección suprarrenal en forma primaria es muy rara, puede medir varios centímetros de diámetro y tener loculaciones. La superficie interna está limitada por un epitelio cúbico o columnar ciliado y, generalmente, la luz es ocupada por el escolex del parásito

Los quistes epiteliales verdaderos (9%) casi siempre son pequeños e incidentales y raros en el ser humano. Se cree que se desarrollan embriológicamente de restos de tejido urogenital con una transformación quística. Desde el punto de vista histológico están revestidos por un epitelio cúbico o columnar ciliado.

Los quistes endoteliales más comunes son los multiloculados (45%), que están limitados por una capa de endotelio, con dos categorías: el quiste linfangiomatoso (42%), que también se conoce como "seroso", y los de tipo angiomatoso (3%).

Los pseudoquistes representan la segunda variedad más común de quiste de la glándula suprarrenal (39%). Desde el punto de vista histológico no están revestidos de epitelio y parcialmente presentan una capa endotelial; esto sugiere que pueden resultar de una hemorragia secundaria o malformación vascular, hipoxia neonatal, septicemia, tromboembolia o coagulopatía.

RECURSOS

PRESENTACION DEL CASO.

Mujer de la cuarta década de la vida, originaria del estado de Puebla, en sus antecedentes quirúrgicos plastia umbilical nueve años antes del comienzo del padecimiento. En sus antecedentes ginecoobstetricos tuvo cuatro embarazos con cuatro partos.

El padecimiento actual lo inició cuatro días antes de ingresar al servicio de urgencias, presentó de manera súbita dolor tipo cólico intenso, localizado en la fosa iliaca derecha, con irradiación difusa a todo el abdomen, con períodos de exacerbación y remisión parcial, concomitante con náusea y vómito de contenido alimenticio, además de distensión abdominal moderada e hipertermia. Ingreso al servicio de urgencias con diagnóstico de dolor abdominal agudo.

A la exploración física se encontró a una mujer de edad aparente a la cronológica, obesa, conciente, cooperadora, con facies de dolor y posición antiálgica. Los signos vitales al ingreso dentro de parámetros normales. Los ruidos respiratorios y cardiacos normales, el abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, con cicatriz antigua periumbilical, blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel de fosa iliaca derecha con perístasis disminuida.

Se realizó una tomografía axial computada que reportó probable colecistitis crónica litiásica agudizada y un tumor retroperitoneal izquierdo de 165 x 156 x 164 mm, de densidad negativa.

Fue sometida a laparotomía exploradora, colecistectomía y resección del tumor, con ruptura incidental transoperatoria y salida de líquido serohemático en cantidad aproximada de 1,000 cc.

El espécimen quirúrgico fue enviado al servicio de patología del Hospital Regional "1° de Octubre", donde se recibió un tumor regularmente ovoide, de aspecto

quístico, con peso de 700 gramos y tamaño de 15x10x7 cm, con superficie lisa y brillante, blanquecina, observándose en un extremo glándula suprarrenal remanente, de tonalidad amarillo naranja claro y de consistencia blanda. La superficie interna era blanquecina, de superficie lisa y brillante con áreas amarillentas de aspecto despulido.

Se procesaron en parafina y realizaron cortes micrométricos, que fueron teñidos con hematoxilina y eosina.

Histológicamente se identificó la pared constituida por tejido fibroconectivo vascularizado, hemorragia reciente y macrófagos con hemosiderina. Se observó tejido remanente de la glándula suprarrenal. No se realizaron tinciones especiales ni inmunohistoquímica. El diagnóstico histopatológico fue de Pseudoquistes suprarrenal y colecistitis crónica.

DISCUSIÓN

La incidencia en mujeres de lesiones quísticas de la suprarrenal, en relación con los hombres es de 3:1, con predominio en la raza blanca. Por lo general suceden en adultos, aunque se han reportado en niños con una rara asociación con el síndrome de Beckwith-Wiederman y con enfermedad poliquística hepática, quiste broncogénico, e incluso se han reportado casos de presentación *in utero*.

Los quistes de la glándula suprarrenal son tumores raros, carecen de síntomas característicos, Cuando alcanzan un tamaño considerable miden, incluso 30 cm. Los síntomas son más evidentes, como dolor y tumor abdominal palpable, etc. Generalmente se confunden con cualquier neoplasia retroperitoneal.

Puede cursar con hipertensión arterial por compresión aórtica, confundiéndose con feocromocitoma.

Los estudios con ultrasonografía, tomografía computada y resonancia magnética nuclear, son de gran valor para la diferenciación de las lesiones quísticas o neoplásicas sólidas, conocer el tamaño de la lesión y definir su estirpe histológica. Normalmente su hallazgo es incidental por cirugía, ultrasonido, tomografía o por necropsia. Además, esta afección puede estar vinculada con otras enfermedades. El tratamiento es quirúrgico y el pronóstico es bueno debido a que son lesiones benignas que muy pocas veces se vuelven malignas.

Desde el punto de vista histológico los quistes de la glándula suprarrenal son lesiones revestidas por un epitelio, células mesoteliales (mesoteliomas quísticos), o por células endoteliales.

Los pseudoquistes no muestran epitelio de revestimiento pero si una pared fibrosa con hemorragia, necrosis y hemosiderófagos.

La presencia de material necrótico es de suma importancia porque se puede encontrar con neoplasias malignas con cambios degenerativos quísticos del neuroblastoma, feocromocitoma y linfangioma o en metástasis. Pueden presentar otros cambios histológicos como: fibrosis, calcificación, inflamación, hemorragia e infiltración por tejido adiposo e incluso puede haber metaplasia mielolipomatosa y metaplasia ósea o, en caso del quiste hidatídiforme, se identifica el escólex del parásito.

Otras lesiones quísticas con pared fibrosa y presencia o no de material necrótico que pueden confundirse con los pseudoquistes de la suprarrenal son los quistes mesentéricos, el picrolecisto, quiste del uraco, hemangiomas hepáticos, hidronefrosis, riñones poliquísticos y quiste del colédoco.

Se ha tratado de precisar la estirpe histopatológica de acuerdo con las calcificaciones en el tumor, describiéndolas como calcificaciones septales, centrales y murales, y también así diferenciarla de los adenomas.

La glándula suprarrenal remanente en las lesiones quísticas puede ser funcional y no, por lo que no pueden cursar con alteraciones hormonales y endocrinológicas, por lo que clínicamente se llegan a confundir con feocromocitomas.

La técnica de inmunohistoquímica se ha utilizado en los quistes de la glándula suprarrenal, llegando a precisar la estirpe y el posible origen del quiste suprarrenal. Los estudios de inmunohistoquímica presentan positividad para *Laminina*, *Colágena tipo IV*, *Factor VIII* y *Ulex europeus*, lo que apoya la causa vascular linfática. La *cromogranina*, *Enolasa neurona específica* y *ACTH* se utilizan para identificar el origen neuroendocrino en los neuroblastomas.

El análisis por microscopia electrónica sugiere el probable origen linfático. Los que se originan de canales linfáticos o por malformación vascular, que sufren cambios degenerativos quísticos.

Los quistes suprarrenales tienen múltiples diagnósticos diferenciales entre los que se cuentan los quistes broncogénicos retroperitoneales, que es consecuencia del desarrollo anormal del intestino posterior primitivo, aunque la localización típica de estos quistes es en el tórax, su ubicación retroperitoneal es inusual

Existe otra entidad de tipo mesenquimatoso que cuando se presenta en forma quística pura puede confundirse con una neoplasia quística adrenal, se trata del schwannoma presacral puramente quístico, se presenta con una sintomatología de dolor tipo ciática tanto en la región sacra como en una o ambas extremidades, el diagnóstico preoperatorio es de suma importancia para prevenir un déficit neurológico mayor con la cirugía.

En pacientes que fueron sometidos a algún tipo de cirugía abdominal debe considerarse el textiloma que es el término que se utiliza para describir un tumor ocasionado por un cuerpo textil retenido mismo que es limitado por una reacción inflamatoria granulomatosa con células gigantes de tipo cuerpo extraño, que puede producir un exudado tan intenso que puede confundirse con un tumor quístico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bapat DC, Award SM, Coperman JS, Goldberg SL, Lowry JW, Lessing J, Venkateshan VS. Adrenal pseudocyst: report of two cases. *N J Med* 1995; 92:33-6.
2. Bellantoine RM, Ferrante A, Raffaelli M, Lombardi CP, Cruciti F. Adrenal cystic lesions: report of 12 surgical treat cases and review of the literature. *J Endocrinol Inves* 1998; 21:109-14.
3. De Bree E, Schoretsanitis G, Melissas J, Christodoulakis M, Tsiftsis D. Cyst of adrenal gland: diagnosis and management. *Int Uro Nephrol* 1998; 30:369-73.
4. Cheema P, Cartagena R, Staubitz W. Adrenal cyst: diagnosis and treatment. *J Urol* 1981; 126:396-9.
5. Houdelette P, Houlgate A, Berlizot P, Garola P. Adrenal cyst tumors. Apropos of 8 cases. *Chirurgie* 1997; 22:521-6, disc. 527.
6. Medeiros LJ, Weiss LM, Vickery AL Jr. Epithelial-lined (true) cyst of the adrenal gland: a case report. *Hum Pathol* 1989; 20:491-2.
7. Bastounid E, Pokoulis E, Leppaniemi A, Cyrochristos D. Hydatid disease: rare case of adrenal cyst. *Am Surg* 1996; 62:386-95.
8. Schoretsanitis G, De Bree E, Melissas J, Tsiftsis D. Primary hydatid cyst of adrenal gland. *Scand J Urol Nephrol* 1998; 32:51-53.
9. Rozenblit A, Morehouse HT, Amis ES Jr. Cystic adrenal lesions: CT features. *Radiology* 1996; 201:541-43.
10. Alapont Pérez FM, Martínez García R, Compan Quilis A, Borrel Palanca A, García Garzón J, Gil Salom M, García Simamon F. Cyst lymphangioma of the adrenal gland in adults. Review of the literature and report of a new case. *Actas Urol Esp* 1996; 20: 739-42.
11. Martín Fernández J, Delgado Portela M, Ladron Gil C, Casanueva Luis T, Ramia Angel JM, Cubo Cintas T, Hernández Calvo J. Adrenal pseudocyst, therapeutic attitude. *Arch Esp Urol* 1998; 51:761-65.
12. Medeiros LJ, Lewandrowski KB, Vickery AL. Adrenal pseudocyst: a clinical and pathologic study of eight cases. *Hum Pathol* 1989; 20:660-65.

13. Bastide C, Boyer L, Djellouli N, Baguet JC, Viallet JF. Bilateral adrenal cysts and hepatorenal polycystic disease. *Press Med* 1997; 26:711-12.
14. Williams JF, Wolf JS Jr. Laparoscopic adrenal cyst resection. *Tech Urol* 1998; 4:202-27.
15. Akata D, Haliloglu M, Ozmen MN, Akhan O. Bilateral cystic adrenal masses in the neonato associated with the incomplete form of Beckwith-Wiedemann syndrome. *Pediatr Radiol* 1997; 27:1-2.
16. Doggett RS, Carty SE, Clarke MR. Retroperitoneal bronchogenic cyst masquerading clinically and radiologically as a pheochromocytoma. *Virchows Arch* 1997; 43: 73-76.
17. Trauffer PM, Malee MP. Adrenal pseudocyst in pregnancy. A case report. *J Reprod Med* 1996; 41: 195-57.
18. Tait DL, William J, Sandstad J, Lucci JA. Benign adrenal cyst presenting in a pregnant patient. *AM J Perinatol* 1997; 14: 461-64.
19. Kise H, Arima D, Yamashita a, Sugimura Y, Tochigi H, Kawamura J. Asymptomatic unilateral adrenal medullary hiperplasia with a cyst: a case report. *Hinyokika Kiyo* 1995; 41: 793-96.
20. Lair S, Beland P, De Guise S, Martineau D. Adrenal hiperplastic and degenerative changes in Beluga whales *J Wildl Dis* 1997; 33: 430-37.
21. Fukushima N, Oonishi T, Yamaguchi K, Fukuyama M. Mesothelial cyst of the adrenal gland. *Pathol Int* 1995; 45: 156-59.
22. Iderne A, Duchene H, Bruant P. Cystic lymphangioma of the adrenal gland. *J Chir* 1995; 132: 87-89.
23. Jagush CR, Adickes ED, Neal PM. Lymphangiomatosis cyst of the adrenal gland, an unusual cause of flank pain. *Nebr Med J* 1996; 81:186-90.
24. Hamada Y, Ikebukuro K, Sato M, Tanano A, Kato Y, Takada K, Hioki K. Prenatally diagnosed cystic neuroblastoma. *Pediat Surg Int* 1999; 15: 71-74.
25. Richards ML, Gundersen AE, William MS. Cystic neuroblastoma of infancy. *J Pediatr Surg* 1995; 30: 1354-57.
26. Belden CJ, Powers C, Ros PR. Demonstration of a cystic pheocromocythoma. *J Magn Resin Imaging* 1995; 5: 773-80.

27. Forte A, Gallinaro LS, Angelici A, Soda G, Bosco D, Closchi S, Bisanto AM, Grassi M, Bezzi M. Adrenal hemorrhagic cyst: apropos of a clinical case and review of the literature. *Ann Ital Chir* 1998; 69: 365-69.
28. Gaffey ML, Mills SE, Fechner RE, et al. Vascular adrenal cyst. A clinicopathologic and immunohistochemical study of the endothelial and hemorrhagic (pseudocyst) variants. *Am J Surg Pathol* 1989; 13: 740-746.
29. Groben PA, Roberson JB, Anger SR, et al. Immunohistochemical evidence for the vascular origin of the adrenal pseudocyst. *Arch Path Lab Med* 1986; 110: 121-23.
30. Incze JS, Lui PS, Merriam JC, et al. Morphology and pathogenesis of the adrenal cyst. *Am J Pathol* 1979; 95: 423-28.
31. Haddadin WJ, Reid R, Jindal RM. A retroperitoneal bronchogenic cyst: a rare cause of a mass in the adrenal region. *J Clin Pathol* 2001; 54(10): 801-2.
32. Ogose A, Hotta T, Sato S, Takano R, Higuchi T. Presacral schwannoma with purely cystic form. *Spine* 2001; 26(16):1817-9.
33. Salinas Sanchez AS, Lorenzo Romero JG, Segura Martin M, Hernandez Millan IR, Pastor Guzman JM, Virseda Rodriguez JA. An unusual retroperitoneal cystic tumor. *Urol Int* 2000; 64(1):58-60.

Pseudoquiste suprarrenal

HUGO ROBERTO MOLINA CÁRDENAS,* MARTHA LILIA TENA SUCK,** EVA MIRIAM ALBA LAGUNA,*
ERIKA GODÍNEZ HERNÁNDEZ,* CARLOS ALEJANDRO HERNÁNDEZ GONZÁLEZ,*
ROSA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ***

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

El quiste suprarrenal (QS) es un padecimiento raro, con una frecuencia de 0.06%. La mayor parte son hallazgos incidentales (por imagenología, laparoscopia y como hallazgo de autopsia). Los quistes no neoplásicos incluyen los parasitarios, de retención, embrionarios endoteliales y los pseudoquistes. Por lo común se presentan entre la quinta y sexta décadas de la vida; en los niños es poco frecuente, aunque hay casos reportados *in útero*. Nuestro caso es el de una mujer de 45 años de edad que ingresó porque padecía dolor tipo cólico en el hipocondrio derecho, acompañado de náusea y vómito. Se le realizó una ultrasonografía abdominal en la que se observaron litos vesiculares y un tumor retroperitoneal que se corroboró mediante tomografía axial computada. Se le efectuó una colecistectomía y resección de la lesión.

Palabras clave: glándula suprarrenal, quiste suprarrenal, neuroblastoma, tumor retroperitoneal, pseudoquiste

ABSTRACTS

The adrenal cysts is rare a frequency of 0.06%. The finding are accidentally by ultrasonography, tomography or are surgical finding. The adrenal no neoplastic cyts included the parasite type, the endothelial type, and the pseudocysts. More frequently in adults at the 5° and 6° decade of the life and in childrens is very rare. notherwere are some cases have been reported in utero. We study a women of 45 year old, with abdominal pain, nauseous and vomiting. The abdominal ultrasonographic shows retroperitoneal tumour and coelitis. The laparotomy was made.

Key words: Adrenal gland, Adrenal cyst, Retroperitoneal cyts tumors, Adrenal pseudocysts.

INTRODUCCIÓN

El primer caso de quiste de la glándula suprarrenal (QGS) se reportó en 1670 por Greisselius en Viena.¹ No fue sino hasta 1857 que Rayer describió un segundo caso, y en forma bilateral, en 1910, por De Vecchi.¹ Hasta el año de 1999 se habían reportado 613 casos.^{1,2,3}

Los quistes de la glándula suprarrenal se originan de la corteza ó médula, casi siempre son unilaterales y se distribuyen tanto del lado derecho como del izquierdo. Aproximadamente 8% son bilaterales.^{4,5,6}

Puede haber varios tipos de lesiones quísticas de la suprarrenal: los quistes parasitarios (7%) se relacionan con infección por *Equinococcus granulosus*, la infección suprarrenal en forma primaria es muy rara,^{2,7,8} puede medir varios centímetros de diámetro y tener loculaciones. La superficie interna está limitada por un epitelio cúbico o columnar ciliado y, generalmente, la luz es ocupada por el escolex del parásito.^{7,8}

Los quistes epiteliales verdaderos (9%) casi siempre son pequeños e incidentales y raros en el ser humano.^{5,6,9} Se cree que se desarrollan embriológicamente de restos de tejido urogenital con una transformación

* Departamento de patología. Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE.

** Departamento de medicina interna. Servicio de psiquiatría, Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE. Académico de la Facultad de Medicina, UNAM.

*** Departamento de Patología. Hospital Juárez de México SSA.

Correspondencia: Dr. Hugo Molina Cárdenas
Servicio de Anatomía Patológica
Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE
Av. Politécnico Nacional, 1669
Col. Magdalena de las Salinas
Delegación Gustavo A Madero

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

quistica. Desde el punto de vista histológico están revestidos por un epitelio cúbico o columnar ciliado.^{3,5-8}

Los quistes endoteliales más comunes son los multiloculados (45%), que están limitados por una capa de endotelio, con dos categorías: 1. El quiste linfangiomatoso (42%), que también se conoce como "seroso", y los de tipo angiomatoso (3%).^{5,10}

Los pseudoquistes representan la segunda variedad más común de quiste de la glándula suprarrenal (39%).¹¹ Desde el punto de vista histológico no están revestidos de epitelio y parcialmente presentan una capa endotelial; esto sugiere que pueden resultar de una hemorragia secundaria o malformación vascular, hipoxia neonatal, septicemia, tromboembolia o coagulopatía.¹¹⁻¹⁴

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 45 años de edad, originaria del estado de Puebla, con antecedente quirúrgico de plastía umbilical efectuada nueve años antes. Tuvo cuatro gestaciones y cuatro partos

Padecimiento actual: se inició cuatro días antes de su ingreso al servicio de urgencias, presentó súbitamente dolor tipo cólico intenso, localizado en la fosa iliaca derecha, que se irradiaba de manera difusa en todo el abdomen, con periodos de exacerbación y remisión parcial, concomitante con náusea y vómito de contenido gastroalimenticio con distensión abdominal moderada e hipertermia. Ingresó al servicio de urgencias con diagnóstico de dolor abdominal agudo.

A la exploración física se encontró a una mujer de edad aparente a la cronológica, obesa, consciente, cooperadora con facies de dolor y posición antiálgica. Signos vitales: TA 100/70 mmHg, FC de 120 por minuto, FR de 20 por minuto. Cardiopulmonar sin compromiso. Abdomen globoso a expensas del panículo adiposo, cicatriz antigua en la región umbilical, blando, depresible, con distensión moderada, doloroso a la palpación superficial y profunda en la fosa iliaca derecha. Giordano negativo y peristalsis disminuida. El tacto vaginal y rectal fueron dolorosos.

Se le realizó una tomografía abdominal que reportó probable colecistitis crónica litiásica agudizada y un tumor retroperitoneal hacia el lado izquierdo de 165 x 156 x 164 mm, de densidad negativa (figura 1).

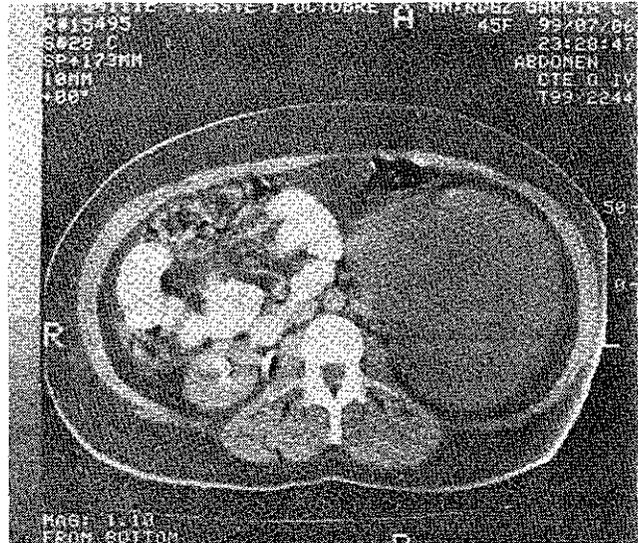


Figura 1 Tomografía abdominal que muestra una lesión del lado izquierdo que mide 165x156x164 mm. De densidad homogénea de bordes bien delimitados

Se le efectuó laparotomía exploradora, colecistectomía y resección de tumor, con rotura incidental del mismo, con salida de liquido serohemático en cantidad aproximada de 1000 cc

Evolución. El postoperatorio tuvo un proceso satisfactorio y en seis días fue dada de alta. Un año después la paciente se encuentra asintomática

MATERIAL Y MÉTODO

En el servicio de anatomía patológica del Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE, se recibió el espécimen quirúrgico, la vesícula biliar y un tumor retroperitoneal.

El tumor era regularmente ovoide, de aspecto quístico, con peso de 700 gramos y tamaño de 15 x 10 x 7 cm; de superficie lisa y brillante, blanquecino (figura 2) y en un extremo se identificaba la glándula suprarrenal remanente (figura 3) de color amarillo claro, de consistencia blanda. La superficie interna era blanquecina, de superficie lisa y brillante con áreas amarillentas de aspecto despulido (figura 4).

Se procesaron en parafina y se realizaron cortes a 4u que se tiñeron con la tinción de hematoxilina y eosina

Desde el punto de vista histológico se identifica la pared de tejido fibroconectivo vascularizado, con he-



Figura 2. Superficie externa del pseudoquistes era de color blanquecino, lisa y brillante, muestra zonas centrales de hemorragia y en uno de los extremos se identifica la glándula suprarrenal remanente.

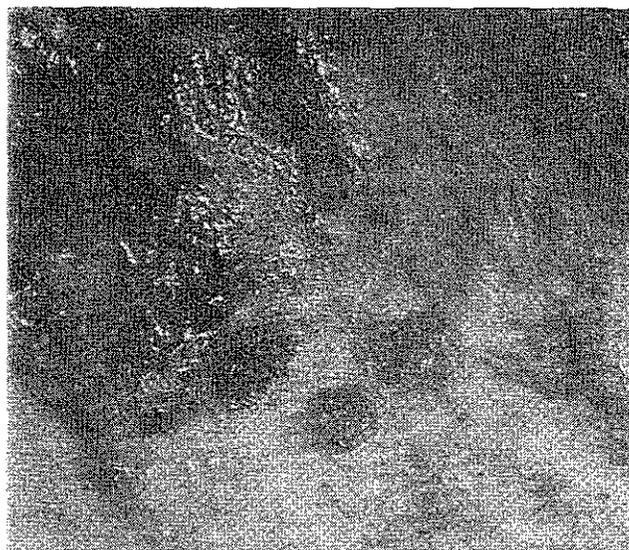


Figura 4 Por la superficie interna del pseudoquistes se advierten zonas amarillentas opacas despididas, que corresponden a la glándula suprarrenal

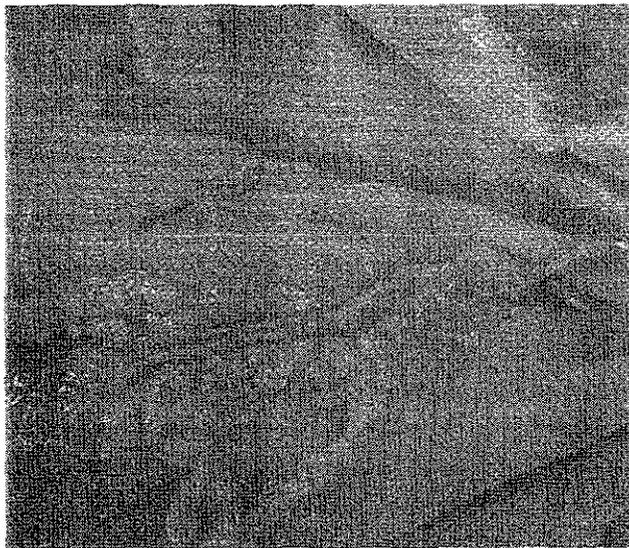


Figura 3. Acercamiento de las zonas amarillentas que corresponden a la glándula suprarrenal atrapada

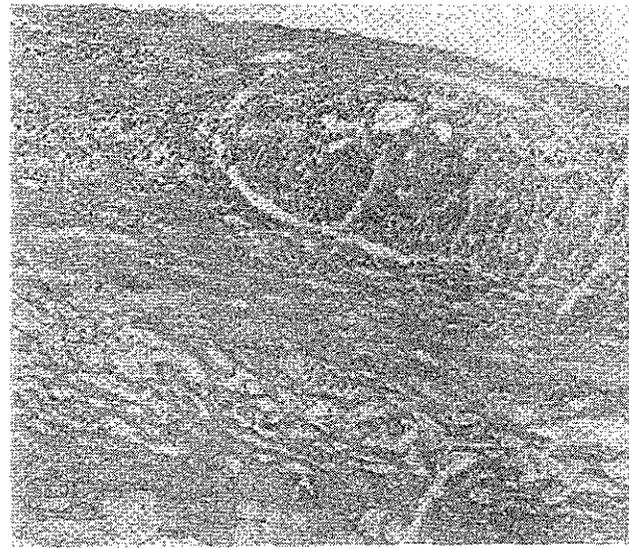


Figura 5. Corte histológico del pseudoquistes que muestra una pared fibrosa con células inflamatorias (macrófagos con hemosiderina) y en un extremo se aprecia la glándula suprarrenal normal HE 20 x

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

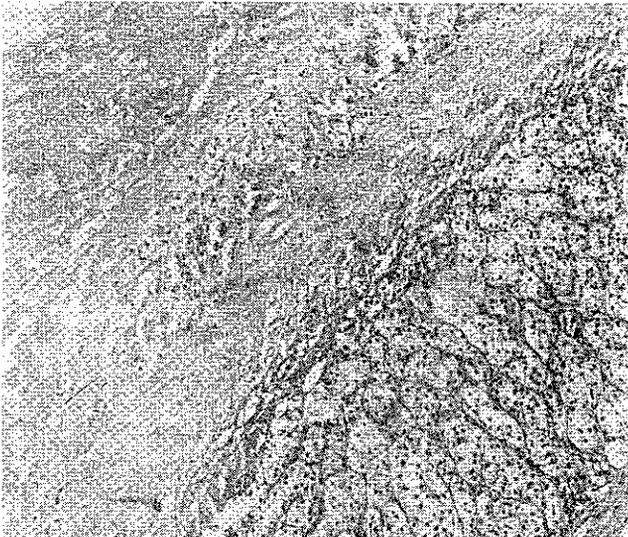


Figura 6. Acercamiento de la lesión en donde se observan fibrosis, abundantes macrófagos y células inflamatorias y acumulaciones de células de corteza suprarrenal HE 40X

morragia reciente y macrófagos con hemosiderina (*figura 5,6*). Se identificó un remanente de la glándula suprarrenal (*figura 7*). No se realizaron tinciones de inmunohistoquímica. El diagnóstico fue de pseudoquiste suprarrenal y colecistitis crónica.

DISCUSIÓN

La incidencia en mujeres de lesiones quísticas de la suprarrenal, en relación con los hombres, es de 3:1, con predominio en la raza blanca^{2,5}. Por lo general suceden en adultos, aunque se han reportado en niños con rara asociación con el síndrome de Beckwith-Wiedemann¹⁵ y con enfermedad poliquística hepática,¹³ quiste broncogénico,¹⁶ e incluso se han reportando *in útero*.^{17,18}

Los quistes de la glándula suprarrenal son tumores raros, carecen de síntomas característicos. Cuando alcanzan un tamaño considerable miden, incluso, 30 cm. Los síntomas son más evidentes, como dolor y tumor abdominales palpables, etc.¹⁻⁵ Por lo general se confunden con cualquier neoplasia retroperitoneal.^{7,9,30}

Puede cursar con hipertensión arterial por compresión de la aorta, por lo que clínicamente se confunde con feocromocitoma.^{14,6}

Los estudios con ultrasonografía, tomografía com-

putada y resonancia magnética nuclear, son de gran valor para la diferenciación de las lesiones quísticas o neoplásicas sólidas, conocer el tamaño de la lesión y definir su estirpe histológica. Normalmente su hallazgo es incidental por cirugía,^{2,13,14} ultrasonido, tomografía o por necropsia.^{3,5} Además, esta afección puede estar vinculada con otras enfermedades.^{7,8,9} El tratamiento es quirúrgico y el pronóstico es bueno debido a que son lesiones benignas que muy pocas veces se vuelven malignas.^{2,13,14}

Desde el punto de vista histológico los quistes de la glándula suprarrenal son lesiones revestidas por un epitelio,⁶ células mesoteliales (mesotelomas quísticos),²¹ o por células endoteliales.^{22,23}

Los pseudoquistes no muestran epitelio de revestimiento pero sí una pared fibrosa con hemorragia, necrosis y hemosiderófagos.^{28,29,30}

La presencia de material necrótico es de suma importancia por que se puede encontrar en neoplasias malignas con cambios degenerativos quísticos del neuroblastoma,^{24,25} feocromocitoma,^{16,26} y linfangioma^{22,23} o en metástasis.²⁹ Pueden presentar otros cambios histológicos como: fibrosis, calcificación, inflamación, hemorragia e infiltración por tejido adiposo e incluso puede haber metaplasia mielolipomatosa.^{5,7,28,29} y metaplasia ósea²⁸ o, en caso del quiste hidatidiforme, se identifica el escólex del parásito.^{7,8,7}

Otras lesiones quísticas con pared fibrosa y presencia o no de material necrótico que pueden confundirse con los pseudoquistes de la suprarrenal son los quistes mesentéricos, el pirocolecisto, quiste del uraco, hemangiomas hepáticos, hidronefrosis, riñones poliquísticos y quiste del colédoco.^{28,30}

Se ha tratado de precisar la estirpe histopatológica de acuerdo con las calcificaciones en el tumor, describiéndolas como calcificaciones septales, centrales y murales, y también así diferenciarla de los adenomas.²⁹

La glándula suprarrenal remanente en las lesiones quísticas puede ser funcional y no, por lo que pueden cursar con alteraciones hormonales y endocrinológicas, por lo que clínicamente se llegan a confundir con feocromocitomas.^{16,19,26}

La técnica de inmunohistoquímica se ha utilizado en los quistes de la glándula suprarrenal, llegando a precisar la estirpe y el posible origen del quiste

suprarrenal. Los estudios de inmunohistoquímica presentan positividad para *Laminina*, *Colágena tipo IV*, *Factor VIII* y *Ulex europeus*, lo que apoya la causa vascular linfática.²⁷ La cromogranina, enolasa neurona específica, y ACTH se utilizan para identificar el origen neuroectodérmico en los neuroblastomas.²⁷⁻²⁹

El análisis por microscopía electrónica sugiere el probable origen linfático. Los que se originan de canales linfáticos o por malformación vascular, que sufren cambios degenerativos quísticos.²⁸⁻³⁰

REFERENCIAS

1. Bapat Kc, Award SM, Coperman JS, Goldberg SL, Lowry JW, Lessing J, Venkataseshan VS. Adrenal pseudocyst: report of two cases. *N J Med* 1995; 92: 33-6
2. Bellantoiné RM, Ferrante A, Raffaelli M, Lombardi CP, Cruciti F. Adrenal cystic lesions: report of 12 surgical treat cases and review of the literature. *J Endocrinol Inves* 1998; 21:109-14.
3. De Bree E, Schoretsanitis G, Melissas J, Christodoulakis M, Tsiiftsis D. Cyst of adrenal gland: diagnosis and management. *Int Uro Nephrol* 1998; 30: 369-73
4. Cheema P, Cartagena R, Staubitiz W. Adrenal cyst: diagnosis and treatment. *J Urol* 1981; 126: 396-9.
5. Houdelette P, Houlgate A, Berlizot P, Garola P. Adrenal cyst tumors. Apropos of 8 cases. *Chirurgie* 1997; 122: 521-6, disc. 527.
6. Medeiros LJ, Weiss LM, Vickery AL Jr. Epithelial-lined (true) cyst of the adrenal gland: a case report. *Hum Pathol* 1989; 20: 491-2.
7. Bastounid E, Pokoulis E, Leppaniemi A, Cyrochristos D. Hydatid disease: rare case of adrenal cyst. *Am Surg* 1996; 62: 386-95.
8. Schoretsanitis G, De Bree E, Melissas J, Tsiiftsis D. Primary hydatid cyst of adrenal gland. *Scand J Urol Nephrol* 1998; 32: 51-53.
9. Rozenblit A, Morehouse HT, Amis ES Jr. Cystic adrenal lesions: CT features. *Radiology* 1996; 201:541-43
10. Alapont Pérez FM, Martínez García R, Compan Quilis A, Borrel Palanca A, García Garzón J, Gil Salom M, García Simamon F. Cyst linfangioma of the adrenal gland in adults. Review of the literature and report of a new case. *Actas Urol Esp* 1996; 20: 739-42.
11. Martín Fernández J, Delgado Portela M, Ladron Gil C, Casanueva Luis T, Ramia Angel JM, Cubo Cintas T, Hernández Calvo J. Adrenal pseudocyst therapeutic attitude. *Arch Esp Urol* 1998; 51:761-65
12. Medeiros LJ, Lewandrowski KB, Vickery AL. Adrenal pseudocyst: a clinical and pathologic study of eight cases. *Hum Pathol* 1989;20: 660-65
13. Bastide C, Boyer L, Djellouli N, Baguet JC, Viallet JF. Bilateral adrenal cysts and hepatorenal polycystic disease. *Press Med* 1997; 26: 711-12
14. Williams JF, Wolf JS Jr. Laparoscopic adrenal cyst resection. *Tech Urol* 1998; 4: 202-27.
15. Akata D, Haliloglu M, Ozmen MN, Akhan O. Bilateral cystic adrenal masses in the neonate associated with the incomplete form of Beckwith-Wiedemann syndrome. *Pediatr Radiol* 1997; 27: 1-2
16. Doggett RS, Carty SE, Clarke MR. Retroperitoneal bronchogenic cyst masquerading clinically and radiologically as a pheochromocytoma. *Virchows Arch* 1997; 43: 73-76
17. Trauffer PM, Malee MP. Adrenal pseudocyst in pregnancy. A case report. *J Reprod Med* 1996; 41: 195-57
18. Tait DL, William J, Sandstad J, Lucci JA. Benign adrenal cyst presenting in a pregnant patient. *Am J Perinatol* 1997; 14: 461-64
19. Kise H, Arima D, Yamashita A, Sugimura Y, Tochigi H, Kawamura J. Asymptomatic unilateral adrenal medullary hiperplasia with a cyst: case report. *Hinyokika Kiyo* 1995;41:793-96
20. Lair S, Beland P, De Guise S, Martineau D. Adrenal hiperplastic and degenerative changes in Beluga whales. *J Wildl Dis* 1997; 33: 430-37.
21. Fukushima N, Onishi T, Yamaguchi K, Fukuyama M. Mesothelial cyst of the adrenal gland. *Pathol Int* 1995; 45:156-59
22. Iderne A, Duchene H, Bruant P. Cystic lymphangioma of the adrenal gland. *J Chir* 1995;132: 87-89.
23. Jagusch CR, Adickes ED, Neal PM. Lymphangiomatous cyst of the adrenal gland. an unusual cause of flank pain. *Nebr Med J* 1996; 81: 186-90.
24. Hamada Y, Ikebukuro K, Sato M, Tanano A, Kato Y, Takada K, Hioki K. Prenatally diagnosed cystic neuroblastoma. *Pediatr Surg Int* 1999; 15: 71-74
25. Richards ML, Gundersen AE, William MS. Cystic neuroblastoma of infancy. *J Pediatr Surg* 1995; 30:1354-57
26. Belden CJ, Powers C, Ros PR. Demonstration of a cystic pheocromocytoma. *J Magn Reson Imaging* 1995; 5: 773-30
27. Forte A, Gallinaro LS, Angelici A, Soda G, Bosco D, Cioschi S, Bisanto AM, Grassi M, Bezzi M. Adrenal hemorrhagic cyst: apropos of a clinical case and review of the literature. *Ann Ital Chir* 1998; 69: 365-69.
28. Gaffey ML, Mills SE, Fechner RE, et al. Vascular adrenal cyst. A clinicopathologic and immunohistochemical study of the endothelial and hemorrhagic (psuedocyst) variants. *Am J Surg Pathol* 1989; 13: 740-746
29. Groben PA, Roberson JB, Anger SR, et al. Immunohistochemical evidence for the vascular origin of the adrenal pseudocyst. *Arch Path Lab Med* 1896; 110: 121-23
30. Inoze JS, Lui PS, Merriam JC, et al. Morphology and pathogenesis of the adrenal cyst. *Am J Pathol* 1979; 95: 423-28





ASOCIACIÓN MEXICANA DE PATÓLOGOS, A. C. 1999 - 2001

FUNDADA EN 1954

Acapulco, Gro., mayo 2 del 2001.

MESA DIRECTIVA

- Presidente**
JESÚS AGUIRRE GARCÍA
- Secretaria**
ISABEL ALVARADO CABRERO
- Tesorera**
ANA MARÍA GÓMEZ RAMÍREZ

Alba Laguna EM, Molina Cárdenas HR, Godínez Hernández E, Tena-Suck ML, Hernández González CA, Rodríguez Rodríguez RM

VOCALES

- Centro**
LOURDES GONZÁLEZ M.
LUIS MUÑOZ
- Chihuahua**
ERNESTO RAMOS
- Jalisco**
FELIPE DE J. CERDA
DAVID ESPINOSA DE LOS MONTEROS
- La Laguna**
YOLANDA JARAMILLO
ELIZABETH MEZA
- Noreste**
RAQUEL GARZA
- Noroeste**
ARMANDO DUEÑAS
JORGE PLATT
ALFONSO VALENZUELA
- Oaxaca**
VILMA BARAHONA
- Puebla**
MARCO ANTONIO HUERTA
RUBÉN TAMAYO
- Tampico**
JUAN J. SZYMANSKI
- Toluca**
RAÚL DE LEÓN
- Sureste**
BEATRIZ VEGA
LETICIA RODRÍGUEZ
- Veracruz**
PEDRO CHAVARRÍA
AGUSTÍN GUZMÁN
ISABEL RUÍZ

Por medio de la presente hacemos **Constar** su participación con el trabajo:

T-015: Pseudoquistes suprarrenal. Presentación de un caso.

Presentado como **Minicaso** en el salón Olmeca el día 2 de mayo del presente año, durante el XLIV Congreso Anual de Patólogos, realizado en Acapulco, Gro.

Agradecemos su participación, entusiasmo e interés en dicho Congreso.

COMITÉ CIENTÍFICO

- PATRICIA ALONSO DE RUÍZ
- ARTURO ÁNGELES
- JULIÁN ARISTA
- LOURDES CABRERA
- CONSUELO CALLEJA
- LAURA CHÁVEZ
- GUILLERMO DE LA VEGA
- FERNANDO DE LA TORRE
- HUGO DOMÍNGUEZ
- ANA MARÍA GÓMEZ
- JUAN OLVERA
- ROCÍO PEÑA
- CECILIA RIDAURA
- HÉCTOR A. RODRÍGUEZ
- SERGIO SÁNCHEZ
- HÉCTOR SANTIAGO
- GEORGINA SIORDIA

Atentamente

Minerva
Dra. Minerva Lazos Ochoa

Luis Muñoz
Dr. Luis Muñoz Fernández

TESIS CON FALLA DE ORIGEN